



วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2560 VOL.10 No 2 MAY - SEPTEMBER 2017

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการให้ลูกศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้สื่อ สารถัญญะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลละหานนา อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น	1
วิทยา จันตุ , จุฬารักษ์ โสตะ	
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วิถีธรรมชาติบำบัดร่วมกับแนวคิดกำกับตนเองเพื่อควบคุม น้ำหนักของผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลขอนแก่น	12
จิรัตน์ ยอดสง่า , พรณี บรรชรหัตถกิจ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม	22
สุรเกียรติ์ สีสาร , จุฬารักษ์ โสตะ	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือกต่อการดูแลตนเอง เพื่อลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะ ไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี	33
อภิษฐา จำปาวงศ์ , พรณี บรรชรหัตถกิจ	
การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น	45
นาฎยา ระสร , เกศินี สราญฤทธิชัย	
การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	52
อังศวีร์ ทาริวงศ์ , เกศินี สราญฤทธิชัย	
ผลของการประยุกต์ใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับสื่อพื้นบ้าน “หมอลำกลอน” ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่ม เสี่ยงสูงริมอ่างเก็บน้ำแก่งเลิงจาน จังหวัดมหาสารคาม	61
พุดผล ดอนหอมดี , พรณี บรรชรหัตถกิจ	
ผลของโปรแกรมทันตศึกษาในการป้องกันโรคฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม	71
นภลัย พูนศิริ , ปรีชา นิพพานนท์	
ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วย ตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น	83
ไพวัลย์ กานา , ปรีชา นิพพานนท์	
ภาว่น้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะใดโรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงในบุคลากรกลุ่มคนงานของ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	93
รัชฎ์ฤกษ์ ทอนราช , เบญจา มุกตพันธุ์	
แรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วน ตำบลจังหวัดมหาสารคาม	100
รังสรรค์ แสงโทโป , ชนะพล ศรีฤชา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ ในประชาชน อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย	111
ภัทรวรรณ ชินนอก , ดาวิวรรณ์ เศรษฐีธรรม	
ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการสุขภาพอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม	119
วรารัตน์ ไสวรัตน์ , ดาวิวรรณ์ เศรษฐีธรรม	



รายงานการวิจัย	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย	126
สยามรัฐ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , วรรณชนก จันทชุม	
การสนับสนุนจากองค์กรและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น	133
นิตยา ลักษณะภาวรรณ , ชนพล ศรีธาดา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อยของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น	140
เบญจมา ลาหนองแคน , เบญจมา มุกตพันธ์	
ปัจจัยด้านการศึกษาศาสตร์และจิตวิทยาสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของคนทำไร่ไถ่จังหวัดนครราชสีมา	148
สมบูรณ์ จิตต์พิมาย, วงศา เล้าหศิริวงศ์	
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไปใช้บริการที่ โรงพยาบาลภูเวียง	159
พวงชมพู ฐนะภูมิชัย , ณิชกัฏฐ์ พุฒิกามิน	
ความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7	168
สุวรรณา ภูบุญเดิม, เรณูการ์ ทองคำรอด, เพ็ญพักตร์ อุทิศ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7	179
วิมลรัตน์ คชอาจ , เรณูการ์ ทองคำรอด , ศรีนวล สติวิทยานันท์	
ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก	187
ณิชกร แก่นเผือก , อริ ชิวเกษมสุข	
ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี	197
รุสดี บาหะ, รูปนรรณ์ ประทีปเกาะ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะในนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพิษณุโลก	205
คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, นิทรา กิจธีระวุฒินงษ์, ขวดี วัชรอมรังสิมันต์	
วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง	213
เกษร คาปัญญา , อารี ชิวเกษมสุข	
บทเรียนและแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ	222
วุฒิชัย จิรยา, อาทิตยา วัจนสินธุ์, สุภาพร แสงอ่วม, สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์, พิมพ์พรรณ ปันโพธิ์	
การศึกษาปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้าน ตำบลดงบัง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี	232
จันทน์ ศรีเกตุ, พัฒนา พรหมณี	
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแกนนำสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอโป่ง จังหวัดพะเยา	240
เนตรนภา พรหมมา, พรพนา สมจิตร	
ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษา: คู่มือบอกเลิก เพื่อลดการสูบบุหรี่ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล	248
จิรวุฒิ กุจะพันธ์, จุน หนองแก้ว, จิรายุทธิ์ เชื้อตานาม, นาฎนภา บิดชาสุวรรณ	
ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเทศบาลนครใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน	254
อิทธิพนธ์ ศรีวัฒนสุวรรณ, กฤตติกา แสนโกษณ์, ประจัญ กิ่งมิ่งแสง, สืบชาติ อันทะไชย	
การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ	265
พัชรภรณ์ ชัยพัฒน์เมธี	
การศึกษาค่าจุดตัดของการใช้ค่า LRINEC Score สำหรับการวินิจฉัยเบื้องต้นของโรคพังผืดอักเสบตายเน่าในผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธิ์ทอง อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด	273
วรวิทย์ เอมอ้อมอนันต์, ปิยะวรรณ เอมอ้อมอนันต์, ปิยะมาศ เอมอ้อมอนันต์	



สารบัญ(ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด สุริยา หล้าคำ, ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่, อรุณ จินตะรักย์	282
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กาญจนา จันทะนุช, พัทธมาศ คุณวงศ์, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์	292
แนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ปิยวรรณ คัดการ, ศิวะ ศรีโกกลางกุล	299
การพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใน จังหวัดบึงกาฬ จัญญ์ สุวรรักษ์	307
การพัฒนารูปแบบพื้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นและเยาวชน วิรัตน์ ปานศิลา	314
รูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออกของไทย อนุสรณ์ ส่งทิพย์เจริญกุล, สุวารี ศรีบุญ, สมหอม เจริญโกทา, อนันญา โพธิ์ประดิษฐ์	322
การปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น คมกริช สิริภักย์โสภณ	329
ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี หทัย ธาตุทำเล	333
ระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน ตำบลนามนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ อนุรักษ์ ปิ่นทอง, พงศกร ชาวเชียงคอง, อนงค์นาถ โรจนกร, วังคำหาญ, กาญจนา สนอุทา	342
การพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ อัญชลี หนองแก้ว, วุฒิพงษ์ สันทรทรัพย์, และ นัฐวุฒิ พัวพิทยาเลิศ	347
กระบวนการทางบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา รัตนภรณ์ จอมพลเรือง, ชัญญา อภิบาลกุล	355



บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขและสาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน , พฤษภาคม – สิงหาคม , กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี เพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะ 5 ปี (ปี 2556 – 2560) คือ ชาวกาฬสินธุ์สุขภาพดีแบบพอเพียงในปี พ.ศ.2560 และได้ประกาศภาวะสุขภาพ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ คือจะต้องลดการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นปัญหาของจังหวัดได้และสังคมกาฬสินธุ์มีวัฒนธรรม วิถีชีวิตสุขภาพที่มีความพอเพียงเป็นองค์รวม ซึ่งการถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่ระดับหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จัดยุทธศาสตร์ รองรับโดยกำหนดวิสัยทัศน์ของหน่วยงานคือ “เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่เป็นเลิศในการสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและพอเพียง”โดยใช้องค์ความรู้เป็นฐานของการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด จึงจำเป็นต้องเผยแพร่องค์ความรู้ทั้งที่เป็นรายงานการวิจัย บทความและนวัตกรรมที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศ เพื่อเกื้อกูลความรู้ นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้พื้นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 28 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2560 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ ผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้สื่อสื่อบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลละหานนา อำเภอเวียงชัย จังหวัดขอนแก่น , ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วิถีธรรมชาติบำบัดร่วมกับแนวคิดกำกับตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลขอนแก่น , ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม , ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือกต่อการดูแลตนเอง เพื่อลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร , การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น , การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน , ผลของการประยุกต์ใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับสื่อพื้นบ้าน “หมอลำกลอน”ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเสี่ยงสูงริมอ่างเก็บน้ำแก่งเลิงจาน จังหวัดมหาสารคาม , ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของเด็กร่อนวัยเรียน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอภูพาน จังหวัดมหาสารคาม , ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจคัดกรองด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอสิมพล จังหวัดขอนแก่น , ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงในบุคลากรกลุ่มคนงานของ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น , แรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม , ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ ในประชาชน อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย , ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการสุขภาพอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม , ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย , การสนับสนุนจากองค์กรและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจผูกพันต่อการบริการ ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น , ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อยของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น , ปัจจัยด้านการยศาสตร์และจิตวิทยาสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของคนทำไร่ไถนาจังหวัดนครราชสีมา , ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไปใช้บริการที่ โรงพยาบาลภูเวียง , ความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 , ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 , ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก , ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี , ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะในนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพิษณุโลก , วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง , บทเรียนและแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ , การศึกษาปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้าน ตำบลดงบัง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี , การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแกนนำสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอโป่ง จังหวัดพะเยา , ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพ : คู่มือบอกเลิก เพื่อลดการสูบบุหรี่ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล , ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน , การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ , การศึกษาค่าจุดตัดของการใช้ค่า LRINEC Score สำหรับการวินิจฉัยเบื้องต้นของโรคพังผืดอักเสบตายได้ในผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลโพธิ์ทอง อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด , การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด , การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม , แนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ , การพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใน จังหวัดบึงกาฬ,การพัฒนารูปแบบพื้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นและเยาวชน , รูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีที่เป็มิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย , การปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น , ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไทรเรอยด์ในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี , ระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนาแมน ตำบลนาแมนอำเภอนาแมน จังหวัดกาฬสินธุ์ , การพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

ผลของโปรแกรมการให้รู้สึกรู้หายโดยการประยุกต์ใช้แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้สื่อสรภัญญะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลละหานนา อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

**THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION PROGRAM BY APPLYING THE PROTECTION
MOTIVATION THEORY AND SOCIAL SUPPORT WITH LOCAL MEDIA SOR-RAPANYA
FOR HEALTH BEHAVIOUR MODIFYING AMONG LIVER FLUKE PATIENTS IN
LAHANNA SUB DISTRICT, WEANGNOI DISTRICT, KHONKEAN PROVINCE.**

วิทยา จันตุ¹, จุฬารักษ์ โสตะ²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้รู้สึกรู้หายโดยการประยุกต์ใช้แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้สื่อสรภัญญะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลละหานนา อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 42 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม ร่วมกับการใช้สื่อสรภัญญะ วิชิตี แผ่นพับโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับรู้สึกรู้หายบุคคลจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t- test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : พยาธิใบไม้ตับ1, สื่อสรภัญญะ2

Abstract

This a quasi-experimental study aimed to assess the effects of health education program by applying protection motivation theory and social support with local media Sor-rapanya for health behavior modifying among liver fluke patients in Lahanna sub-district Wangnoi district, Khon kaen province. The participants were liver fluke patients. The experimental and control group were 42 patients per group. The experimental group received a health promotion program which consisted of lectures, discussions, VDO, flip charts and practice guideline for liver fluke and given social support with local media Sor-rapanya for health behavior modifying. 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 within and between two groups were analyzed using paired and independent t-tests.

From the results showed that, The mean scores of knowledge about liver fluke, perceived severity and perceived susceptibility of the experimental group after received a health promotion program were significantly higher than before and the control group. ($P\text{-value} < 0.05$)

Keywords : Liver Fluke1, Local Media SOR-RAPANYA2

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคที่พบได้ทั่วไปในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หรือประเทศแถบลุ่มแม่น้ำโขง ซึ่งโรคพยาธิใบไม้ตับถือได้ว่าเป็นโรคประจำถิ่นของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และคาดว่าคนไทยในภูมิภาคนี้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจำนวน 1.5 ถึง 2 ล้านคน ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และการประมาณการว่าจะมีประชากรติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภูมิภาคดังกล่าวมากกว่า 35 ล้านคน โดยที่มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงมากกว่า 600 ล้านคน ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และพบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแล้วประมาณ 10 ล้านคน⁽¹⁾ จากการสำรวจในประเทศไทยพบจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 22.72 ต่อแสนประชากร จังหวัดน่าน ร้อยละ 14.24 ต่อแสนประชากร จังหวัดลำพูน ร้อยละ 13.31 ต่อแสนประชากร จังหวัดแพร่ ร้อยละ 10.89 ต่อแสนประชากร และจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 2.49 ต่อแสนประชากร และพบว่าภูมิภาคที่มีอัตราการป่วยสูงที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย 1.68 ต่อแสนประชากร โรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประชากรร้อยละ 9.6 หรือประมาณ 6 ล้านคน ตรวจพบโรคนี้⁽²⁾ ตำบลละหานนา อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น มีบริบทของพื้นที่ติดบึงละหานนาซึ่งมีขนาดประมาณ 10 ไร่ เป็นแหล่งอาหารที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ทั้งการเกษตร การจับปลาเพื่อเป็นอาหาร ซึ่งปลาที่จับได้จากบึงละหานน่านำมาแปรรูปเป็นอาหารชนิดต่างๆ เช่น ปลาข้าว ปลาต้ม หม่าปลา และปลาจ่อม เป็นต้น จากสถานการณ์การคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับปี 2557 พบว่า พบเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis Viverrini* คิดเป็นร้อยละ 7.55 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความชุกในการเกิดโรคอัตราการตรวจพบในปี 2557 มีจำนวนมากขึ้นจากปี 2556 คิดเป็นร้อยละ 2.00 ทั้งโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคหนอนพยาธิชนิดอื่นๆ ซึ่งแสดงถึงสภาวะสุขภาพของประชาชนและพฤติกรรมการ

บริโภคในชีวิตประจำวันของประชาชนในพื้นที่ที่ควรได้รับการแก้ปัญหาต่อไป⁽³⁾ ได้มีผู้ศึกษาการสื่อสารเพื่อการรื้อฟื้นและสืบทอดการสวดสรภัญญะ ในระดับปัจเจกบุคคล ระดับชุมชนและระดับสังคม ผลการวิจัยพบว่า บทบาทหน้าที่ของการสวดสรภัญญะ มีหน้าที่ในการสร้างสมาธิและปัญญา การพัฒนาจิตใจ การสร้างเสริมสุขภาพ การอบรมกำลังคนในสังคม การสร้างความตระหนักในปัญหาชุมชน การระดมพลังชุมชน การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างวัย การเป็นสื่อกลาง และปัจจัยที่ทำให้เกิดหน้าที่สืบเนื่องคือ คุณลักษณะของสื่อสรภัญญะที่สามารถยึดหยุ่นได้ทั้งเนื้อหาและพื้นที่⁽⁴⁾ จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) ซึ่งเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สรุปเป็นกระบวนการรับรู้ได้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งมีการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ความเสี่ยง 2) การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความคาดหวัง ผลลัพธ์หรือประโยชน์และอุปสรรค และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง⁽⁵⁾ ดังนั้น จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าในการศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้มีผู้ทำการศึกษาในเขตอำเภอชนบท อำเภอบ้านไผ่ อำเภอมัญจาคีรี อำเภอบ้านแฮดและกิ่งอำเภอโคกโพธิ์ไชย แต่ยังไม่มีผู้ทำการศึกษาวิจัยในเขตอำเภอเวียงน้อย ซึ่งเป็นพื้นที่ของอัตราการเกิดโรคสูงและยังมีบริบทของพื้นที่ที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น วิธีการจับปลาในบึงละหานนาหรือลำน้ำชีที่นำมาเป็นอาหารในชีวิตประจำวัน นอกจากพบอัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับแล้วตำบลละหานนายังพบว่าอัตราการเสียชีวิตพบสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเฉลี่ยปีละ 3 คนซึ่งแสดงถึงสภาวะสุขภาพของประชาชนและพฤติกรรมการบริโภคในชีวิตประจำวันของประชาชนในพื้นที่ที่ควรได้รับการแก้ปัญหา ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้สื่อสรภัญญะ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลละหานนา อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำ

ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเรื่องเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อวิจัยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สมมติฐาน

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งตัวอย่างที่ทำการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม (Two Group Pre-test And Post-test) คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการประยุกต์ใช้สื่อสรภัญญะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปกติตามเดิม ใช้ระยะเวลาทำการวิจัย 12 สัปดาห์เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไป ซึ่งได้จากการคัดกรองความเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและรับการ

ตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ โดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเวียงน้อยแล้วพบไข่พยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ กลุ่มประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไป ซึ่งได้จากการคัดกรองความเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ และรับการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ โดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเวียงน้อยแล้วพบไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ **เกณฑ์การคัดเข้า** เป็นประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ตำบลละหานนา, ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ, อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป, ไม่มีโรคอื่นแทรกซ้อน เช่น โรคตับ โรคตับแข็ง มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี, เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์การคัดออก** ไม่สามารถอ่านออกและเขียนได้, มีโรคอื่นแทรกซ้อน เช่น โรคตับ โรคตับแข็ง มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี, อาสาสมัครที่ได้รับยาฆ่าพยาธิก่อนเข้าร่วมโครงการ **เกณฑ์การถอนตัว** กลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการวิจัย คือ ขาดการเข้าร่วมโครงการเกิน 2 ครั้งขึ้นไป, กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่ใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่ม ประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ได้สูตรดังนี้⁽⁶⁾

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(z\alpha+z\beta)^2}{\Delta^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย

คะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

$Z\alpha$ = ค่าสถิติการแจกแจงปกติ ที่ระดับ

นัยสำคัญที่ 0.05 และเป็นการทดสอบสมมติฐานทางเดียว กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% เมื่อค่า Z ที่ระดับอัลฟากำหนดที่ 0.05 เมื่อเปิดตาราง จะได้ค่า z ซึ่งมีค่า = 1.65 ในการคำนวณขนาดตัวอย่างได้นำผลการศึกษาโครงการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดขอนแก่น⁽⁷⁾ โดยทำการศึกษานำร่องที่บ้านโนนจั่ว ซึ่งการวิจัย พบว่า หลังการทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ



41.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.64 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 37.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.45

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

$(\mu_1 - \mu_2)$ = ผลต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยง
เท่ากับ 3.97

จากสมการคำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 38 คน จากนั้นคำนวณปรับเพิ่มขนาดที่ใช้ในการศึกษาโดยคิดค่า (drop out) ในกรณีตัวอย่างสูญหายระหว่างการทดลองอีกร้อยละ 5 ใช้สูตรเพื่อคำนวณหาขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณ

n_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R คือ สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตามร้อยละ 5

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 42 คน รวม 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้คือ โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 3 ท่าน และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ ตามเลขที่ HE582374 เมื่อวันที่ 3 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแวงน้อยในการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ

อาสาสมัครสาธารณสุขในการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสนทนากลุ่ม การบรรยายให้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมกับการใช้สื่อสรภัญญะ

สัปดาห์ที่ 3 สร้างการเรียนรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัวและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการบันทึกการรับประทานปลาสุกหรืออาหารสุกๆดิบๆ

สัปดาห์ที่ 5-10 กิจกรรมสร้างการปฏิบัติที่ถูกต้องโดยแรงสนับสนุนทางสังคม

สัปดาห์ที่ 11-12 กิจกรรมการตรวจพยาธิใบไม้ตับแจ้งผลการตรวจพยาธิใบไม้ตับและกิจกรรมมอบของที่ระลึกสำหรับอาสาสมัครทุกคน

กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยแบบสอบถามตามวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

สัปดาห์ที่ 12 การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired-Sample t-test ก่อนและหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent-Samples T-test ก่อนและหลังการทดลอง กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% ของความแตกต่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 50.00 มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 47.62 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 56.86 ± 11.89 ปี โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90.48 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.92 ทำนาเป็นอาชีพหลักมากที่สุด ร้อยละ 88.10 และมีผลตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 1 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 69.05

กลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองคือ เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 88.10 มีอายุระหว่าง 45-54 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.24 มีอายุเฉลี่ย 49.26 ± 7.52 ปี โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพหย่าร้าง ร้อยละ 50.00 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.71 ทำนาเป็นอาชีพหลักมากที่สุด ร้อยละ 88.10 และมีผลตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 1 ครั้ง ร้อยละ 90.48

2. ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การเผชิญปัญหาและการรับรู้ความคาดหวัง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
1.ความรู้ที่ถูกต้อง									
กลุ่มทดลอง	42	9.93	1.85	11.21	1.12	1.29	4.819	0.75 – 1.82	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	11.21	1.05	11.05	1.01	-0.17	-1.044	-0.49 – 0.16	0.849
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง									
กลุ่มทดลอง	42	26.55	4.21	28.33	3.00	1.79	3.443	0.74 – 2.83	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	28.26	2.22	27.00	2.97	-1.26	-2.700	-2.21 – 0.32	0.995
3.การรับรู้ความรุนแรง									
กลุ่มทดลอง	42	26.67	2.85	28.02	2.04	1.36	3.190	0.50 – 2.22	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	27.50	2.61	27.17	1.89	-0.33	-0.675	-1.33 – 0.66	0.748
4.การเผชิญปัญหา									
กลุ่มทดลอง	42	14.64	0.82	14.78	0.09	0.14	1.029	-0.14 – 0.42	0.155
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	13.78	1.80	13.93	1.37	0.14	0.499	-0.44-0.72	0.310
5.การรับรู้ความคาดหวัง									
กลุ่มทดลอง	42	14.74	0.66	14.78	0.75	0.05	0.329	-0.24 – 0.34	0.372
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	14.57	0.77	14.38	0.85	-0.19	-1.213	-0.51 – 0.13	0.884
6. การปฏิบัติตัว									
กลุ่มทดลอง	42	23.07	4.61	23.69	6.20	0.62	0.765	-1.02 – 2.25	0.224
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	21.50	4.56	21.43	5.45	-0.19	-0.098	-1.55 – 1.41	0.538



ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การเผชิญปัญหา และการรับรู้ความคาดหวัง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
1.ความรู้ที่ถูกต้อง	42	1.28	1.73	-0.17	1.03	1.45	4.67	0.83 – 2.07	<0.001
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	42	1.78	3.36	-1.26	3.02	3.05	4.36	1.66 – 4.44	<0.001
3.การรับรู้ความรุนแรง	42	1.35	2.75	-0.33	3.19	1.69	2.59	0.39 – 2.99	0.005
4.การเผชิญปัญหา	42	0.14	0.89	0.14	1.85	0	0.000	-0.63 – 0.63	0.500
5.การรับรู้ความคาดหวัง	42	0.05	0.94	-0.19	1.02	0.24	1.12	-0.19 – 0.66	0.133
6.การปฏิบัติตัว	42	0.62	5.24	-0.07	4.74	0.69	0.63	-1.48 – 2.86	0.264

พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 9.93 ± 1.85 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.21 ± 1.12 คะแนน ซึ่งหลังการทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 1.29 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI = 0.75 – 1.82; P -value < 0.001) กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 11.21 ± 1.05 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.05 ± 1.01 คะแนน และหลังการทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น -0.17 คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI = -0.49 – 0.16; P -value = 0.849) ดังตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.45 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI = 0.83 – 2.07; P -value < 0.001) ดังตาราง 2

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 26.55 ± 4.21 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ย 28.33 ± 3.00 คะแนน ซึ่งภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.78 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI = 0.74 – 2.83; P -value < 0.001) กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 28.26 ± 2.22 คะแนน ภายหลังการทดลองมี

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ย 27.00 ± 2.97 คะแนน และภายหลังการทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น -1.26 คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -2.21 – 0.32; P -value = 0.995) ดังตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.05 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI = 1.66 – 4.44; P -value < 0.001) ดังตารางที่ 2

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 26.67 ± 2.85 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเฉลี่ย 28.02 ± 2.04 คะแนน ซึ่งภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น 1.36 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI = 0.50 – 2.22; P -value = 0.001) กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 27.50 ± 2.61 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเฉลี่ย 27.17 ± 1.89 คะแนน และภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น -0.33 คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -1.33 – 0.66; P -value = 0.748) ดังตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.69 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI = 0.39–2.99; P -value = 0.005) ดังตารางที่ 2

5. การเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับ พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 14.64 ± 0.82 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนเผชิญปัญหาเฉลี่ย 14.78 ± 0.09 คะแนน ซึ่งภายหลังการทดลองมีคะแนนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น 0.14 คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -0.14 – 0.42; P -value = 0.155) กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 13.78 ± 1.80 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนเผชิญปัญหาเฉลี่ย 13.93 ± 1.37 คะแนน และภายหลังการทดลองมีคะแนนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น 0.14 คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -0.43 – 0.72; P -value = 0.310) ดังตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -0.63 – 0.63; P -value = 0.500) ดังตารางที่ 2

6. การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 14.74 ± 0.66 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนความคาดหวังเฉลี่ย 14.78 ± 0.75 คะแนน ซึ่งภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น 0.05 คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -0.24 – 0.34; P -value = 0.372) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 14.57 ± 0.77 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนความคาดหวังเฉลี่ย 14.38 ± 0.85 คะแนน และภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น -0.19 คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ (95% CI = -0.51 – 0.13; P -value = 0.884) ดังตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -0.19 – 0.66; P -value = 0.133) ดังตารางที่ 2

7. การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 23.07 ± 4.61 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 23.69 ± 6.20 คะแนน ซึ่งภายหลังการทดลองมีคะแนนการการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น 0.62 คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -1.02 – 2.25; P -value = 0.224) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 21.50 ± 5.45 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 21.43 ± 4.56 คะแนน และภายหลังการทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น -0.07 คะแนนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -1.55 – 1.41; P -value = 0.538) ดังตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -1.48 – 2.86; P -value = 0.264) ดังตารางที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 1.29 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.75 – 1.82; P -value < 0.001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.45 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.83 – 2.07; P -value < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยการให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อสรักญะ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับ

โรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ **รุจิรา ดวงสงค์และคณะ⁽⁷⁾** พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและ **การศึกษาของรัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก⁽⁸⁾** พบว่า ภายหลังจากทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ถึงแม้ว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้อยู่ในระดับดี ซึ่งเนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับและอาจได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมาก่อนการเข้าโปรแกรมดังกล่าว การทดลองครั้งนี้ความรู้ในกลุ่มทดลองได้มีการเปลี่ยนแปลงสูงมากขึ้นเนื่องจากโปรแกรมสุศึกษาที่ผู้วิจัยได้ให้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนจากการใช้สื่อสรักัญณะ การให้ความรู้จากการอบรม ในกิจกรรมการอบรมนั้นสื่อสรักัญณะเป็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ เพราะมีความสอดคล้องกับวิถีความเป็นอยู่ของกลุ่มทดลอง และสามารถโน้มน้าวจิตใจและปลูกใจสอนให้ปฏิบัติ ปลูกฝังแนวคิดที่ดีให้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับทั้งความรู้และเจตคติไปพร้อมกัน⁽⁹⁾

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.78 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.74 – 2.83; P-value < 0.001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.05 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.66 – 4.44; P-value < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ **รุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2550)⁽⁷⁾** พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และผลการศึกษาของ **รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552)⁽⁸⁾** พบว่า ภายหลังจากทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเกิดจากโปรแกรมการใช้แรงจูงใจในการให้สุศึกษาเรื่องโรคพยาธิ

ใบไม้ตับร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการใช้สื่อสรักัญณะการดูภาพและเรื่องราวประกอบจาก Power Point และ VCD กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การนำเสนอผลการอภิปรายกลุ่มที่กล่าวถึงพฤติกรรมมารับประทานอาหารสุกๆดิบๆ หรือการทานปลาดิบ เช่น การทานส้มตำปลาดิบ การรับประทานแฉับของปลาดิบ เป็นการให้สื่อที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เมื่อรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆ สูง ก็จะทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตนที่จะเสี่ยงต่อโรคนั้นลดลง⁽⁵⁾

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคพยาธิ ใบไม้ตับ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น 1.36 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.50 – 2.22; P-value = 0.001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิ ใบไม้ตับเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.69 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.39 – 2.99; P-value < 0.005) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิ ใบไม้ตับ มากกว่าการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ **รุจิรา ดวงสงค์และคณะ(2550)⁽⁷⁾** พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคพยาธิ ใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และผลการศึกษาของ **รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552)⁽⁸⁾** พบว่า ภายหลังจากทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรค มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลดังกล่าวเกิดจากโปรแกรมสุศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การเรียนรู้จากสื่อสรักัญณะ สื่อ VCD และภาพประกอบจาก Power Point การเกิดโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุจากการเป็นโรคพยาธิ ใบไม้ตับ เช่น โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดจากการมีเชื้อพยาธิ ใบไม้ตับในร่างกายต่อเนื่องเป็นเวลานาน การรับฟังพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ที่เคยตรวจเจอซ้ำๆ ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป นอกจากนี้ยังได้รับการกระตุ้นจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบของกลุ่มทดลอง ซึ่งบุคคลนั้นสามารถพัฒนาตนเองได้จากการกระตุ้นให้เห็นถึงผลเสียของการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ที่จะทำให้เกิดผลร้ายแรงตามมา

โดยการใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูล หากข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงก็จะทำให้บุคคลเกิดความกลัวสูงด้วยและเมื่อบุคคลถูกกระตุ้นด้วยความรุนแรงของโรคมกขึ้นก็ย่อมส่งผลให้เกิดการกระตุ้นได้ดีกว่าปกติ⁽⁵⁾

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการนำเอาทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งที่เป็นปัจจัยภายนอกของตัวบุคคลสามารถจูงใจและสนับสนุนให้ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากในพื้นที่ทำการศึกษามีการใช้สรภัญญะ ในวันสำคัญต่างๆ หรือวันที่มีการจัดกิจกรรมทางสุขภาพ รวมถึงงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์เนื้อหา ทำนองสรภัญญะ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการขับร้องโดยทีมสรภัญญะ ตำบลละหานนา และเปิดเผยแพร่ทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของมโนรส จันทรพิทักษ์ (2550)⁽⁴⁾ พบว่า การสวดสรภัญญะ สร้างสมาธิและปัญญา ทำให้อ่านหนังสือคล่อง เป็นพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้หญิงกับบทบาททางศาสนาอบรมกำลังคนในสังคม สร้างความตระหนักในปัญหาชุมชน สร้างเสริมจินตนาการและแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ ระดมพลังชุมชนหน้าที่ในการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างวัย เป็นสื่อกลางประสานความร่วมมือในหน่วยงานอื่น พัฒนาสังคม หน้าที่ในการประสานความร่วมมือระหว่างชุมชนของตนเองกับชุมชนอื่น เป็นการสอนและการสร้างเสริมประสบการณ์ นอกห้องเรียน และมีคุณลักษณะที่สามารถยืดหยุ่นได้ตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ

จากกิจกรรมที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ยังไม่เพียงพอให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามคำแนะนำหรือการสนับสนุนของผู้จัดกิจกรรมได้ทั้งหมด เนื่องจากสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมในการบริโภค เช่น การรับประทานส้มตำปลาไร่ดิบ การรับประทานแจ่วบองปลาไร่ดิบ อันเนื่องมาจากความเคยชินในชีวิตประจำวันและปฏิบัติมาโดยตลอด โดยได้รับแบบแผนมาจากครอบครัว สังคมและ

วัฒนธรรมการรับประทานอาหารดังกล่าวจากชุมชนที่อาศัยอยู่ ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันกับก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของบุคคลในการดูแลสุขภาพนั้น นอกจากจะต้องอาศัยแบบแผนและความสอดคล้องกับชีวิตประจำวันทั้งของตัวบุคคลเองและคนในครอบครัวแล้วจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีก็ได้⁽¹⁰⁾ และควรเน้นแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้คนรอบข้างช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูลซึ่งเกิดการติดต่อระหว่างบุคคลในการช่วยเหลือกันในลักษณะนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและตอบสนองได้เร็วขึ้น⁽¹¹⁾ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมทางกายภาพก็ถือเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากพื้นที่ตำบลละหานนา อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเป็นจังหวัดที่มี อัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชากรสูง ซึ่งบริบทของพื้นที่และภูมิประเทศเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน⁽¹²⁾ จึงส่งผลให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลองมีคะแนนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดีมากเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 52.38 เป็นร้อยละ 66.67 แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาของรุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2550)⁽⁷⁾ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และจาก

การวิจัยในครั้งนี้พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แรงงูใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้สื่อสรักญะกลุ่มทดลองทุกรายมีคะแนนระดับพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้นการจัดกิจกรรมโดยการประยุกต์ใช้แรงงูใจในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่งกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในการวิจัยครั้งนี้ได้ผลดีในการจัดกิจกรรมดังกล่าว แต่ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมากยิ่งขึ้น เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยน ของตัวบุคคล ดังจะเห็นได้จากการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก แต่ก็ควรมีการจัดกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัวและเกิดแรงงูใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการให้สุขศึกษาดังกล่าวมาปรับใช้กับพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการให้แรงงูใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้สื่อสรักญะในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งในพื้นที่ตำบลละหานนาและพื้นที่ใกล้เคียงอื่นๆ

2. สามารถนำสื่อสรักญะเป็นสื่อในการพัฒนากระบวนการในการจัดการเรียนรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคอื่นๆในพื้นที่ให้กับประชาชน

3. โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำแผนการดำเนินงานสุขภาพประจำปี เพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ได้

4. เนื่องจากบทประพันธ์ทำนองสรักญะเดิมมีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารสุกๆดิบๆ วงจรชีวิตของโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งยังขาดเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งมีสาเหตุจากการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมีความรุนแรงถึงชีวิต

5. ควรให้กลุ่มตัวอย่างฝึกร้องสรักญะในการทดลองเพื่อให้กลุ่มทดลองเข้าใจในเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น

6. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการให้แรงงูใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้สื่อสรักญะในจังหวัดขอนแก่น หรือ ในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย

7. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการให้แรงงูใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้สื่อสรักญะในการป้องกันโรคอื่นๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่หลากหลายและเหมาะสมกับพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอบขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนเงินทุนสำหรับเป็นงบประมาณในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จันกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอบพระคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านางแนว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแวงน้อย และห้องชันสูตร โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่นที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ

เอกสารอ้างอิง

- (1)บรรจบ ศรีภา. (2555) โครงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CASCAP). เครือข่ายวิจัยโรคพยาธิใบไม้ตับ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- (2)สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). ร้อยแก่นสารสินธุ์ ร่วมพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช.เขต 7. จุลสารก้าวหน้าหลักประกันสุขภาพ เขต 7 ขอนแก่น ปี 2553(5): โรงพิมพ์คลังนานา.

- (3)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห่านนา. (2557) **สรุปผลรายงานระบาดวิทยาประจำปี 2557**. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น.
- (4)มโนรส จันทร์พิทักษ์. (2550) **การสื่อสารเพื่อการรื้อฟื้นการสืบทอดสภัญญะ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต สาขา นิเทศศาสตรพัฒนาการ ภาควิชาประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (5)จุฬารักษ์ โสตะ. (2557). **แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- (6)อรุณ จิรวัดนกุล. (2547). **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา.
- (7)รุจิรา ดวงสงค์,จุฬารักษ์ โสตะ,ไพบูรณ์ สิทธิถาวร,พงษ์เดช สารการ และสุพรรณิ ศรีอำพร. (2550). **การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น**.ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- (8)รัชนิวรรณ แก้วโพนเหล็ก. (2552) **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- (9)นพพร ต่อกระโทก และวราภรณ์ พันธุ์พงศ์. สภัญญะเพลงขับปัญญาเพื่อการพัฒนาชีวิตและวิญญาณ. นนทบุรี : ออฟเซ็ทเพลส, 2547.
- (10)ปาริชา นิพพานนท์. (2557) **พฤติกรรมศาสตร์ : พฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข**. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- (11) อภาพร เผ่าวัฒนา สุรินทร์ กลัมพากร สุนีย์ ละกำป็น และ ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. **การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: หจก. โรงพิมพ์คลังนาโนวิทยา. 2555
- (12) Sriamporn S, Pisani P, Pipitgool V, Suwanrungruang K, Kamsa-ard S, Parkin DM. Prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection and incidence of cholangiocarcinoma in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Trop Med Int Health* 2004 ; 9:588-94.

**ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วิถีธรรมชาติบำบัดร่วมกับแนวคิด
กำกับตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลขอนแก่น**

**Effects of Health Behavior Modification Program by Application Of Natural Therapy With
Self – Regulation for Weight Control Among Overweight Nurse Aid in Khonkaen Hospital.**

จลรัตน์ ยอดสง่า¹, พรรณี บรรชรหัตถกิจ²

Jaleerat yodsang¹, Pannee Banchonhattakit²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วิถีธรรมชาติบำบัดร่วมกับแนวคิดกำกับตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ภาวะน้ำหนักเกิน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 คน โดยกลุ่มทดลองคือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้รับโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักโดยวิถีธรรมชาติบำบัดโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภูไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t- test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำหนักมากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ภายหลังจากทดลองค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, วิถีธรรมชาติบำบัด , ภาวะน้ำหนักเกิน

Abstract

This a quasi-experimental study aimed to assess Effects of Health Behavior Modification Program by Application Of Natural Therapy With Self – Regulation for Weight Control among Overweight Nurse Aid in KhonKaen Hospital. The participants were overweight caregivers. The experimental and control group were 37 persons per group. The experimental groups were an overweight nurse aid worked in KhonKaen hospital, KhonKaen province that received a modifying health behavior programs for weight-reduction by an application of self-regulation and group process. The duration of the program was 12 weeks. The control groups were an overweight nurse aid worked in Nongbualampoo hospital, Nongbualampoo province that not received a modifying health behavior programs. Data were collected before and after by interviews. Comparing difference of mean within and between two groups were analyzed using paired and independent t-tests.

The results showed that the mean scores of knowledge, efficacy expectations, outcome expectations and practice to weight-reduction of the experimental group after received a modifying health behavior programs were significantly higher than before and the control group. (p -value<0.05 and the mean scores of weight loss, waist and body mass index of the experimental groups after received a modifying health behavior programs were significantly lower than before and the control group. (p -value<0.001)

Keywords: Health Behavior Modification Program , Application Of Natural Therapy , Overweight

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ (ผู้รับผิดชอบบทความ) สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์

บทนำ

องค์การอนามัยโลกพบว่าประชากร 1 พันล้านคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและในจำนวน 300 ล้านคนเป็นโรคอ้วน โดยในปี 2015 จะมีผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 500 ล้านคน คิดเป็น 1.5 พันล้านคน^๑ รายงานสุขภาพคนไทยในปี พ.ศ. 2557 ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนถือเป็นสาเหตุให้เจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้อเสื่อม ภาวะหายใจลำบากและหยุดหายใจขณะนอนหลับ และยังเป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง โดยผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีโอกาสเป็นโรคเหล่านี้มากกว่าคนปกติถึง 2-3 เท่า (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2557) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่ามีเพศชายร้อยละ 28.3 และเพศหญิงร้อยละ 40.7 จัดว่าอ้วนคือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สำหรับภาวะอ้วนลงพุง (ความยาวเส้นรอบเอวมมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรในชายและมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในหญิง) พบว่ามีร้อยละ 18.6 ในเพศชายและร้อยละ 45 ในเพศหญิง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553)

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนของบุคลากรในปี 2555 พบว่ามีจำนวนพนักงานช่วยเหลือคนไข้ มีจำนวน 351 คน พบว่ามีภาวะน้ำหนักเกินค่า BMI > 24.0 จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 15.95 และมีภาวะอ้วน BMI > 25.0 จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 12.82 ปี 2556 มีจำนวนผู้ช่วยเหลือคนไข้ 368 คน มีน้ำหนักเกิน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 17.39 และเป็นโรคอ้วน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 13.86 ปี 2557 มีจำนวนผู้ช่วยเหลือคนไข้ 486 คน มีภาวะน้ำหนัก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่

เกิน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 20.16 และมีภาวะอ้วน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 16.46 (กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลขอนแก่น, 2558)

จากทฤษฎีการกำกับตนเองของ Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว แต่บุคคลสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิดความรู้สึกและการกระทำของตนเอง การกำกับตนเองนี้ไม่สามารถจะบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่ต้องฝึกฝนและพัฒนาความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน การประยุกต์ใช้วิถีธรรมชาติบำบัดโดยการนำหลักการรับประทานอาหารเน้นผักและผลไม้ ข้าวกล้อง ข้าวไรเบอร์ที่ไม่ผ่านการขัดสี โดยกรรมวิธีปรุงอาหารโดยการนึ่ง งดอาหารที่ผ่านกระบวนการทอด เน้นอาหารที่ให้พลังงานต่ำและเพิ่มอาหารโปรตีน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีสิ่งที่ช่วยกระตุ้น ผลักดัน และให้กำลังใจเพื่อสามารถดำเนินการได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักในกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในโรงพยาบาลขอนแก่นภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักการปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการวัดผล 2 ครั้ง ก่อนทดลองและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวความคิดการกำกับตนเอง(Self - Regulation) ร่วมกับวิถีธรรมชาติบำบัดมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมตามปกติของหน่วยงาน โดยใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 30 – 55 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีค่า BMI อยู่ระหว่าง 23 - 29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยจำแนกเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลองได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบผู้ช่วยเหลือคนไข้โรงพยาบาลหนองบัวลำภูจำนวน 37 คน มีเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่คือการสุ่มโรงพยาบาลระดับจังหวัดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีทั้งหมด 20 แห่งมา 2 แห่ง และสุ่มอย่างง่ายมาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกจากโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีทั้งหมด 20 แห่ง โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายจับฉลากมา 2 แห่ง จับครั้งที่ 1 ได้โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นกลุ่มทดลอง จับครั้งที่ 2 ได้โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นกลุ่มเปรียบเทียบโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกที่มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ขนาดประชากรที่มีความใกล้เคียงกันและเข้าเกณฑ์ทำการคัดเลือกผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลขอนแก่น (n = 284) และ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (n=98) ตามลำดับ ด้วยกระบวนการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก สุ่มกลุ่มทดลองมาจำนวน 37 คน และสุ่มกลุ่มเปรียบเทียบมาจำนวน 37 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 74 คน

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบข้อมูลได้แก่ โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับวิถีธรรมชาติบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความ

เหมาะสมในการควบคุมน้ำหนักซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตน การคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำหนัก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและการควบคุมน้ำหนัก ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนัก ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการควบคุมน้ำหนัก ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารและออกกำลังกายในการควบคุมน้ำหนัก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน หากค่าความเที่ยงของแบบทดสอบโดยใช้วิธี Kuderrichardson 20: KR20 ได้ค่าความเที่ยง 0.71 ด้านความคาดหวังในความสามารถตนเองในการควบคุมน้ำหนัก ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำหนัก ใช้วิธี Cronbachs' Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83, 0.91 และ 0.75 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับวิถีธรรมชาติบำบัด มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ในการควบคุมน้ำหนักของผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งได้เน้นให้เกิดการเรียนรู้ การสังเกต การคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความคาดหวังในการปฏิบัติตัว เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้สถานที่ในการดำเนินการคือ โรงพยาบาลขอนแก่น การศึกษาในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาระหว่างเดือน มีนาคม 2559-มิถุนายน 2559 จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรม 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและสร้างความรู้ มีการประเมินภาวะสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโดยการชั่งน้ำหนัก วัดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว มีการแนะนำตัวทั้งผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย

รวมทั้งสมาชิกในกลุ่มทดลองทุกคน พร้อมทั้งผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการทำกิจกรรมครั้งนี้โดยมีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การควบคุมน้ำหนักโดยใช้วิถีธรรมชาติโดยการนำหลักการการรับประทานอาหารแบบเมคโครไบโอติกส์มาใช้ การออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิกและการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัดSKTซึ่งเป็นการออกกำลังกายโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออกเพื่อผ่อนคลายซึ่งมี 3 ท่า ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการลดพุงและคอเรสเตอรอลในร่างกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ โดยมีนักโภชนาการมาให้ความรู้พร้อมทั้งสาธิตการประกอบอาหารตามหลักเมคโครไบโอติก

กิจกรรมที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสาธิตและฝึกปฏิบัติ มีการสาธิตการรับประทานอาหารแบบเมคโครไบโอติกส์ พร้อมทั้งโมเดลอาหารและโมเดลอาหารจริง โดยมีนักโภชนาการมาช่วยในการบรรยายให้ความรู้พร้อมทั้งสาธิตเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ มีการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิกโดยใช้ท่าเดินแอโรบิก 30 กรมนานมัยซึ่งจะเป็นการเดินแอโรบิกโดยใช้เวลา 30 นาที และการฝึกทำสมาธิบำบัดSKTเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดและลดพุงและคอเรสเตอรอล

กิจกรรมที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมกลุ่ม(บัดดี้) แบ่งเป็นกลุ่มย่อยพร้อมทั้งให้ตัวแทนในแต่ละกลุ่มมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทบทวนกิจกรรมในการรับประทานอาหารด้วยวิถีธรรมชาติบำบัดและการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิกและผ่อนคลายด้วยการฝึกสมาธิบำบัดSKTมีการจับคู่บัดดี้ ซึ่งจะคอยให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน คอยกระตุ้นเตือนกัน

กิจกรรมที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมทบทวนความรู้และปฏิบัติ ให้สมาชิกในกลุ่มสังเกตตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และสังเกตว่าน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว โดยแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตนเอง พูดคุยถึงปัญหาและแนวทางแก้ไข ให้รางวัลแก่

สมาชิกในกลุ่มที่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ดีและให้กำลังใจแก่สมาชิกในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้

กิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 5,6,7,8,9,10,11 กิจกรรมติดตามเยี่ยม กิจกรรมติดตามเยี่ยมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและออกกำลังกายโดยผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมในหน่วยงานและบ้าน เพื่อ กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ

กิจกรรมที่ 6 สัปดาห์ที่ 12 เป็นกิจกรรมการติดตามผลและสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก โดยผู้วิจัยและกลุ่มทดลองอภิปรายแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักพร้อมทั้งมีการนำเสนอเป็นกราฟภาพรวมของน้ำหนัก เส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายว่ามีแนวโน้มลดลงจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาอธิบายคุณลักษณะของประชากรและสถิติอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภายในกลุ่มใช้สถิติสถิติ Paired simple t – test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent sample t – test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยก่อนเริ่มดำเนินการ งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปโดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 75.68 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62.16 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 83.78 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 64.86 ทำงานตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวมากที่สุด ร้อยละ 62.16 มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 59.46 มีสมาชิกในครอบครัวอ้วน ร้อยละ 48.65 ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่อ้วนมากที่สุดคือ บุตร ร้อยละ 24.32

มีโรคประจำตัว ร้อยละ 8.11 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองคือ เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 89.19 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.46 โดยส่วนใหญ่มีสถานสมรสคู่ ร้อยละ 70.27 สำเร็จ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 70.27 ทำงานตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวมากที่สุด ร้อยละ 45.95 มีความคาดหวังต่อ ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตัว น้ำหนัก เส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

รายได้ 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 51.35 มีสมาชิกในครอบครัวอ้วน ร้อยละ 70.27 ซึ่งสมาชิก ในครอบครัวที่อ้วนมากที่สุดคือ แม่ ร้อยละ 37.84 มีโรค ประจำตัว ร้อยละ 2.70

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้าน

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังต่อ ผลลัพธ์ด้าน การปฏิบัติตัวน้ำหนัก เส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ((n=37)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	95% CI	p-value
	<u>X</u>	S.D.	<u>X</u>	S.D.			
กลุ่มทดลอง							
1.ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน	6.46	0.23	12.94	1.48	26.59	5.99ถึง6.98	<0.001
2.ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	36.86	3.44	55.14	2.46	32.79	17.14ถึง19.35	<0.001
3.ความคาดหวังต่อการเกิดผลลัพธ์	39.73	2.44	55.92	3.93	22.87	14.75ถึง17.62	<0.001
4.การปฏิบัติตัว	26.59	2.30	37.70	1.96	29.44	10.34ถึง11.87	<0.001
5.น้ำหนักตัว	60.70	4.25	58.29	4.17	13.72	2.05ถึง2.76	<0.001
6.เส้นรอบเอว	34.0	1.51	32.38	1.59	13.72	1.30ถึง1.93	<0.001
7.ดัชนีมวลกาย	23.39	0.89	23.03	1.00	1.51	0.81ถึง1.08	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ							
1.ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน	7.92	0.72	9.08	1.16	5.43	0.73ถึง1.59	<0.001
2.ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	37.08	4.63	40.22	4.21	3.72	1.43ถึง4.84	<0.001
3.ความคาดหวังต่อการเกิดผลลัพธ์	40.18	4.38	42.08	4.48	1.98	-0.03ถึง2.57	0.027
4.การปฏิบัติตัว	28.28	1.89	29.38	2.33	3.89	0.56ถึง1.76	<0.001
5.น้ำหนักตัว	59.38	3.55	59.43	3.48	-0.36	-0.36ถึง0.25	0.639
6.เส้นรอบเอว	13.54	1.57	31.51	1.57	-0.63	-0.14ถึง0.19	0.372
7.ดัชนีมวลกาย	24.60	1.08	24.63	1.09	1.36	-0.15ถึง0.10	0.620

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ความ คาดหวังในความสามารถตนเองในการควบคุมน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติ ตัวในการควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -

value<0.001) ส่วนค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และค่า ดัชนีมวลกายลดลงมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ0.05 (p -value<0.001)

3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้าน ความรู้ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความ คาดหวังต่อ ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตัว น้ำหนัก เส้นรอบ

เอวและค่าดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังต่อ ผลลัพธ์
ด้านการปฏิบัติตัว น้ำหนัก เส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการ
ทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนการทดลอง							
1.ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน	6.46	0.23	7.92	0.72	5.38	-2.00ถึง -0.92	<0.001
2.ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	36.86	3.44	37.08	4.63	0.23	-2.11ถึง1.08	<0.001
3.ความคาดหวังต่อการเกิดผลลัพธ์	39.73	2.44	40.81	4.48	1.10	-3.04ถึง0.89	0.821
4.การปฏิบัติตัว	26.59	2.30	28.22	2.33	-3.00	-2.69ถึง-0.54	0.004
5.น้ำหนักตัว	60.70	4.25	59.38	3.55	1.32	-0.49ถึง3.14	0.039
6.เส้นรอบเอว	34.0	1.51	31.54	1.57	6.86	1.74ถึง3.17	0.335
7.ดัชนีมวลกาย	23.98	0.89	24.00	1.08	-2.72	-1.08ถึง-0.17	0.418
หลังการทดลอง							
1.ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน	12.94	1.48	9.08	1.16	19.82	3.47ถึง4.25	<0.001
2.ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	55.14	2.46	40.22	4.21	18.06	13.32ถึง16.52	<0.001
3.ความคาดหวังต่อการเกิดผลลัพธ์	55.92	3.93	42.08	4.39	16.76	12.19ถึง15.48	<0.001
4.การปฏิบัติตัว	37.70	1.95	29.38	1.89	18.61	7.43ถึง9.22	<0.001
5.น้ำหนักตัว	58.29	4.18	59.43	3.48	-1.27	-2.92ถึง0.65	0.165
6.เส้นรอบเอว	32.38	1.59	31.51	1.57	2.35	0.13ถึง1.59	0.794
7.ดัชนีมวลกาย	23.03	1.00	24.63	1.09	-6.54	-2.08ถึง-1.11	0.594

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการควบคุมน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value<0.001) ส่วนค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ0.05 (p -value<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับวิถีธรรมชาติบำบัดในผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งผลเป็นไปตามสมมติฐานในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 6.49 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI= 5.99 – 6.98; p -value <0.001) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.32 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 4.68 – 5.97; p -value <0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการทดลองพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการสร้างความรู้ การบรรยาย การสาธิตการปฏิบัติ การแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวและโรคอ้วน คู่มือการรับประทาน

อาหารแบบแมคโครไบโอติกส์ และการออกกำลังกายแบบ เต้นแอโรบิกและการทำสมาธิบำบัดSKTซึ่งทำให้เกิดความรู้ และความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและ เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนัก ในบุคลากรที่มีภาวะโภชนาเกินโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัด อุดรธานี โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับ กระบวนการกลุ่ม พบว่า ความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการลด น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.001$)

2. ความคาดหวังในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการ ควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมี คะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น 18.27 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 17.14 - 19.39; p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความ คาดหวังในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการ ควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 15.14 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 13.12 - 17.15; p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการ ทดลองพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ของคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการ ควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการมีการเสนอตัวแบบมีการแลกเปลี่ยนความรู้ มีแบบ บันทึกรูปการปฏิบัติตัว มีการประเมินภาวะสุขภาพโดยการชั่ง น้ำหนัก วัดเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายทุกสัปดาห์ทำให้ สมาชิกในกลุ่มเกิดความมั่นใจ และคาดหวังว่าตนเองจะ สามารถปฏิบัติได้เหมือนต้นแบบ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนัก ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออก กกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.001$)

3. ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการควบคุม น้ำหนัก จากการศึกษาพบว่า หลังการ ทดลองมีคะแนนความ คาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น 16.19 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($95\% \text{ CI} = 14.75 - 17.62; p\text{-value} < 0.001$) เมื่อ เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังใน ผลลัพธ์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 14.92 คะแนนอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 13.02 - 16.82; p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการทดลองพนักงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความ คาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อน การทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยการให้ความรู้ การฝึก การปฏิบัติ มีการจับคู่บัดดี้ที่คอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ มีการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้พร้อมทั้งให้ รางวัลกับบุคคลที่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ดีทำให้สมาชิก ในกลุ่มมีกำลังใจที่จะควบคุมน้ำหนักมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดกำกับตนเองร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมลดน้ำหนัก ประกอบด้วยการให้ความรู้ กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ การฝึกการ ออกกำลังกาย การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจและการให้ คำแนะนำ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการลด น้ำหนักสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.001$)

4. การปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวใน การควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้น 11.11 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 10.34 - 11.87; p\text{-value} < 0.001$) เมื่อ เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการ ควบคุมน้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการควบคุม น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.94 คะแนน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=8.97 – 10.90; p -value < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการทดลองพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยมีแบบบันทึกการปฏิบัติตัวและติดตามเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจในการปฏิบัติรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาและให้กำลังใจและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเมตตา คุณวงศ์และรุจิรา ดวงสงค์ (2553) ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทองที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลบ้านคู อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เนื่องจากการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัว การใช้ตัวแบบแล้วยังมีการบันทึกการปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อให้เราได้เรียนรู้ถึงการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยกระตุ้นให้เราปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของได้ศึกษาผลของการประยุกต์โปรแกรม“Take PRIDE”ในการควบคุมน้ำหนักเขตเทศบาลนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเองในการควบคุมน้ำหนักและป้องกันโรคอ้วน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนักในทางที่ดีขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4.2) หลังการทดลองผู้ช่วยเหลือคนไข้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลการควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และค่าเส้นรอบเอว น้อยกว่าก่อนทดลองและสมมติฐานการวิจัย ข้อ 4.3)หลังการทดลอง ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีค่าความเปลี่ยนแปลงของผลการควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และค่าเส้นรอบเอว สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังต่อไปนี้

5. **น้ำหนัก** จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 60.70 ± 4.25 กิโลกรัม ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 58.29 ± 4.18 กิโลกรัม ซึ่งภายหลังการทดลองน้ำหนักลดลงเฉลี่ย 2.40 กิโลกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 2.05 – 2.76; p -value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.46 กิโลกรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.99 – 2.92; p -value < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการทดลองพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลงก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยการให้ความรู้และมีการสาธิตพร้อมฝึกปฏิบัติ โมเดลอาหารจริง มีแบบบันทึกการปฏิบัติในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และมีการประเมินภาวะสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายทุกสัปดาห์ซึ่งทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้และมีความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของญาดา แก่นเผือก และคณะ (2557) ศึกษาผลลัพธ์ของการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็วเพื่อควบคุมน้ำหนักของหญิงที่มีน้ำหนักเกินที่อาศัยอยู่ในตำบลบ่อวิน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่าหลังการทดลอง การกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็วมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

6. **เส้นรอบเอว** จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 34.00 ± 1.51 นิ้ว ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 32.37 ± 1.58 นิ้ว ซึ่งภายหลังการทดลองเส้นรอบเอวลดลงเฉลี่ย 1.62 นิ้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI 1.30 – 1.94; p -value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.59 นิ้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.24 – 1.95; p -value < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการทดลองพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลง

ก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยมีการแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การรับประทานอาหารแบบแมคโครไบโอติกส์และการออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิก และการออกกำลังกายแบบสมรรถาบำบัด SKT ซึ่งทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁴ ศึกษาการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้รับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น โดยผู้มารับบริการได้รับโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักซึ่งประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงทางด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์โดยพบว่า รอบเอวลดลงเฉลี่ย 3.16 ซม. แกนเอว และคะแนน(2557) ศึกษาผลลัพธ์ของการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็วเพื่อควบคุมน้ำหนักของหญิงที่มีน้ำหนักเกินที่อาศัยอยู่ในตำบลบ่อวิน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่าหลังการทดลอง การกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็วมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

7. ดัชนีมวลกาย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.98 ± 0.89 กก/ม² ภายหลังการทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.03 ± 1.00 กก/ม² ซึ่งภายหลังการทดลองส่งผลให้ดัชนีมวลกายลดลง 0.95 กก/ม² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.81 – 1.08; $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.97 กก/ม² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.79 – 1.15; $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ หลังการทดลองพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับโปรแกรมสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์วิถีธรรมชาติบำบัดร่วมกับแนวคิดกำกับตนเองแก่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน สถานการณ์ สาเหตุของโรคอ้วนและวิธีการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก การควบคุม

น้ำหนักโดยวิถีธรรมชาติบำบัดโดยใช้หลักการรับประทานอาหารแบบแมคโครไบโอติกส์มาควบคุมในเรื่องการรับประทานอาหาร สาธิตกิจกรรม การประกอบอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ รวมถึงอภิปรายกลุ่มโดยการวางแผนการจัดการปัญหาเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก จากนั้นจัดกิจกรรมกำกับตนเองเกี่ยวกับการตัดสินใจในการควบคุมน้ำหนัก โดยมีการนำเสนออาหารวิถีธรรมชาติบำบัด พร้อมทั้งสาธิตเมนูอาหาร และออกกำลังกายโดยเดินเร็ว ร่วมกับการทำสมรรถาบำบัดแบบ SKT ซึ่งทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสอดคล้องกับผลงานวิจัยของศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการ อำเภอนาหว้า จังหวัดเลย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนทดลองและหลังทดลอง และให้ผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาของ ญาดา แกนเอว และคะแนน(2557) ศึกษาผลลัพธ์ของการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็วเพื่อควบคุมน้ำหนักของหญิงที่มีน้ำหนักเกินที่อาศัยอยู่ในตำบลบ่อวิน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่าหลังการทดลอง การกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็วมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วิถีธรรมชาติบำบัดร่วมกับแนวคิดกำกับตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักผู้ช่วยเหลือคนไข้ในภาพรวมของจังหวัดขอนแก่น หรือ ในเขตพื้นที่ใกล้เคียง

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วิถีธรรมชาติบำบัดร่วมกับแนวคิดกำกับตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครู ข้าราชการในหน่วยงานภาครัฐ และผู้ป่วยอ้วนลงพุง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วิถีธรรมชาติบำบัดร่วมกับแนวคิดกำกับตนเองในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นต้น

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้วิถีธรรมชาติบำบัดร่วมกับแนวคิดกำกับตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักในกลุ่มอื่นๆ

เช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครู ข้าราชการในหน่วยงานภาครัฐ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญในการการตรวจสอบเครื่องมือขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขอนแก่นที่เอื้อเฟื้อสถานที่ ขอขอบคุณเพื่อนพยาบาลรุ่น 1 เพื่อนสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพรุ่น 12 ทุกคน และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .รายงานสุขภาพคนไทย. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชน.ค้นเมื่อ 14 มกราคม 2558, จาก www.healthstation.th/action/viewarticle/827; 2553.
- 2.กุสุมา สุริยา. ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2550.
- 3.ัชชฎา ประจุทะเก . ผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
- 4.ัชญานุช ปานนิล.การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้รับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักศูนย์อนามัยที่6 ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการเพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
- 5.ณอชมาศญ์ สิงละครร, สุวดี ไส้วิกรณ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักในบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
- 6.ัชราภรณ์ ภูมิภูเขียว และ รุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการ อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย .วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- 7.Duangsong, R . The effect of a modified “take PRIDE” Program a weight control project in Nakhonphanom Municipality. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of public health faculty of graduate studies Mahidol University; 2001.

ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

THE EFFECTIVENESS OF DENTAL HEALTH EDUCATION PROGRAM BY APPLYING HEALTH
BELIEF MODEL(HBM) IN AND SOCIAL SUPPORT TO MODIFY THE BEHAVIOR OF ORAL
HEALTH CARE OF TEENAGE PREGNANCY WOMEN ANTENATAL CARE CLINIC(ANC)
KOSUMPHISAI HOSPITAL KOSUMPHISAI DISTRICT MAHASARAKHAM PROVINCE

สุรเกียรติ์ สีสาร¹, จุฬารักษ์ โสตะ²

Surakiat Seesarn¹, Chulaporn Sota²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อภาพพลิก โมเดลฟัน วิดีทัศน์ สาธิต และอภิปรายกลุ่ม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับทันตสุขภาพจากทันตบุคลากรตามปกติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกการวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัวเพิ่มขึ้นและปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Abstract

This a quasi-experimental study aimed to assess the effectiveness of dental health education program by applying health belief model (HBM) and social support to modify the behavior of oral health care of teenage of pregnancy women in antenatal care clinic(ANC), Kosumphisai hospital, Kosumphisai district, Mahasarakham. province. The participants were pregnant women. The experimental and control group were 33 persons per group. The experimental group received a dental health education program which consisted of lectures with flip charts, dental model, VDO, demonstrate and discussions. The control group received normally the dental health education information by health service staff. The duration of the program was 12 weeks. Data were collected before and after by interviews and plaque records. Comparing difference of mean within and between two groups were analyzed using paired and independent t-tests.

The results showed that, The mean scores of knowledge about dental caries and gingivitis, perceived severity, perceived susceptibility, Perceived Benefits practice to prevent dental caries and gingivitis and received social support form family of the experimental

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

group after received a dental health education program were significantly higher than before ($P\text{-value}<0.05$) and The mean scores of knowledge about dental caries and gingivitis, perceived severity, perceived susceptibility, perceived benefits, received social support from family and reduce plaque of the experimental group after received a dental health education program were significantly higher than the control group. ($p\text{-value}<0.05$)

Keywords: dental health education program, health belief model, social support, behavior of oral health care, teenage pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นประเพณีและวัฒนธรรมที่นิยมให้ผู้หญิงแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย ความยากจน การขาดโอกาสด้านการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้และเข้าใจไม่ถึงวิธีการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน การถูกล่วงละเมิดทางเพศรวมถึงการข่มขืนและถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน อีกทั้งสุขภาพช่องปากยังเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ในปี พ.ศ. 2551 ระบุว่า การคลอดบุตรของผู้หญิงในช่วงอายุ 15-19 ปี มีจำนวนประมาณ 16 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดบุตรทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) ของการคลอดบุตรจากแม่ในช่วงอายุนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำตามเกณฑ์ของธนาคารโลก โดยการคลอดบุตรจากแม่วัยรุ่นในประเทศดังกล่าวมีอัตราที่สูงกว่าการคลอดบุตรจากแม่วัยรุ่น ในประเทศที่มีรายได้สูงประมาณ 2-5 เท่า⁷ ทั้งนี้จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีแม่วัยใสอายุ 15-19 ปีที่คลอดลูกมากกว่าหนึ่งท้องจำนวน 15,440 ราย หรือเป็นร้อยละ 11.9 ของการคลอดที่เกิดจากแม่อายุต่ำกว่า 20 ปีที่มีจำนวนทั้งหมด 129,451 คน ที่สำคัญมีแม่อายุต่ำกว่า 20 ปีจำนวนถึง 880 คนที่คลอดซ้ำเป็นท้องที่ 3 และมีเด็กผู้หญิงจำนวน 3,725 รายต่อปีที่ต้องกลายเป็นแม่ตั้งแต่ที่ตนยังเป็นเด็กอายุไม่ถึง 15 ปี โดยมีจำนวนถึง 243 คนที่คลอดลูกแล้วสองคนในขณะที่มีอายุยังไม่ถึง 15 ปี สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) โดยสถาบันการรณรงค์ภายใน

จังหวัดมหาสารคามทั้งหมด พบจำนวน หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คลอด 15-19 ปี จำนวน 1,481 คน โดยประชากรกลางปี หญิงอายุ 15-19 ปีจำนวน 36,227 คน โดยมีการสำรวจใน North Carolina พบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ไปตรวจสุขภาพฟันตามที่ได้มีการนัดหมาย กับแพทย์ไว้ โดยบอกว่าไม่มีเวลา ซึ่งทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้ และปัญหาดังกล่าวอาจมีผลกระทบ ต่อทารกในครรภ์ด้วย Oral Systemic Disease แห่ง University of North Carolina ระบุว่า “การติดเชื้อในช่องปาก อาจส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ด้อยของทารก ที่จะเกิดมาด้วย และจากการเก็บข้อมูลพบว่าหญิงที่มีโรคเหงือกอักเสบมีโอกาสคลอด ก่อนกำหนดมากกว่าผู้หญิงที่สุขภาพเหงือกดีถึง 6 เท่า” Steven Offenbacher. Oral Systemic Disease. (1998) Dr. Marjorie Jeffcoat ผู้บริหารของคณะทันตแพทย์ แห่ง University of Alabama กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์บางราย ไม่ทราบว่าตนเองมีปัญหาเหงือกอักเสบ เนื่องจากโรคนี้จะไม่ปรากฏอาการจนกระทั่งโรคลุกลามถึงขั้นรุนแรงแล้ว และหญิงตั้งครรภ์ก็มีโอกาสที่จะเกิดโรคนี้ได้ง่ายกว่าปกติด้วย และในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ได้มีนโยบายและแนวทางการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ คือ มีระบบการฝากครรภ์ตามคุณภาพ โดยจะมีการจัดระบบบริการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่พิสูจน์แล้วว่า เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และ ทารกในครรภ์ด้วยมาตรฐาน ใน 6 องค์ประกอบหลัก จะเน้นให้หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ มีการนัดฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพิ่มอัตราการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ และในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกนั้นและหญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะต้องได้รับการตรวจสถานะสุขภาพช่องปาก พร้อมรับคำแนะนำเพื่อนำไปปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องระหว่างช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร (แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, 2557 โดยปัญหาโรคในช่องปากเป็นปัญหาที่พบมากในช่วงตั้งครรภ์โดยจะพบเหงือกอักเสบ และฟันผุมากกว่าปกติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย และการรับประทานอาหารบ่อยขึ้นภาวะเหงือกอักเสบที่เกิดขึ้นอาจส่งผลต่อคุณภาพของการตั้งครรภ์และการคลอดได้มี การศึกษาที่ขึ้นจนถึงความสัมพันธ์ของ โรคเหงือกอักเสบกับการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด และเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยจากรายงานการฝากครรภ์และตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อายุยังน้อยขาดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และมีปัญหาสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงมาก ช่วงระยะเวลาระหว่างปีพ.ศ. 2556 – 2558 จำนวน 130 คน 85คน และ 118 คนพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและมีปัญหาทันตสุขภาพร้อยละ 80, 93 และ 85 และพบว่าเป็นโรคฟันผุร้อยละ 73.45, 89.00 และ 87 ตามลำดับ โรคเหงือกอักเสบร้อยละ 73.50, 76.00 และ 75 และมีหินปูนร้อยละ 76.70, 85.80 และ 74.00 ตามลำดับ¹ รวมทั้งการท้องในวัยเรียนคือการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีปัญหาทางด้านจิตใจ มีความอับอาย มีการปกปิดในระยะแรกของการตั้งครรภ์ไม่กล้าเปิดเผย กลัวการไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ปกครอง ครู อาจารย์ เพื่อนฝูง ไม่ยอมไปรับการฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 1 ไม่กล้าเผชิญกับสังคม จนกระทั่งนำไปสู่การละเลยดูแลตนเอง ซึ่งทำให้ขาดโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการเตรียมตัวต่อการเป็นมารดาและการดูแลสุขภาพทารก ซึ่งนำไปทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพช่องปาก หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนมากยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ไม่ควรมาทำฟัน เมื่อมีฟันผุต้องถอนฟันออกอย่างเดียว และขาดการรับรู้ถึงความเสี่ยงของผลกระทบที่เกิดจากการเป็นโรคฟันผุโรคเหงือกอักเสบ ที่นำมาสู่การสูญเสียฟัน ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทันตสุขภาพช่องปากตามมาเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องให้การดูแลเอาใจใส่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นพิเศษซึ่งทางผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็น

ในการที่จะส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี จึงได้ดำเนินการวิจัยเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการพัฒนาโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมุ่งสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง จากการเกิดโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรค โดยการให้ทันตสุขภาพ การฝึกแปรงฟันที่ถูกวิธี ประกอบกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการออกเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์กระตุ้นเตือนการดูแลสุขภาพช่องปาก และสนับสนุนข้อมูลข่าวสารทางทันตสุขภาพ การไปรับบริการทางทันตกรรม และการไปฝากครรภ์ตามนัดและ ให้คำแนะนำแก่ หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้กลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลโกสุมพิสัยนี้เห็นความสำคัญ เกิดความเข้าใจ ตลอดจนมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง ปัญหาอุปสรรค ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ จนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสมอีกทั้งยังสอดคล้องกับทางนโยบายทางโรงพยาบาลโกสุมพิสัยในการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นให้ครอบคลุมซึ่งปัจจุบันนี้มีการศึกษามีน้อยมากในการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทำการวัดผลก่อน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่อง

ปาก กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) ได้รับทันตสุขภาพตามปกติ จากทันตบุคลากรให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพและเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนการดูแลทันตสุขภาพ จากสื่อแผ่นพับและภาพพลิก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ กลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รายใหม่ที่อยู่ต่ำกว่า 20 ปี โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามที่ไม่มีโรคประจำตัว และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

การเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) มี ขั้นตอน ดังนี้ คือ นำ 1 โรงพยาบาลในจังหวัด มหาสารคามที่มีจำนวนประชากรและขนาดเตียงใกล้เคียงกัน คือ 120 เตียง มาจัดเรียงลำดับได้แก่ โรงพยาบาลโกสุม พิสัยโรงพยาบาลบรบือ โรงพยาบาลพยัคภูมิพิสัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกโดยการจับฉลาก 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 จับฉลากได้โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ให้เป็นกลุ่มทดลอง จับฉลากครั้งที่ 2 ได้โรงพยาบาลบรบือ ให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ในการศึกษาวิจัย จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน ระยะห่าง 20 กิโลเมตร การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่ม ประชากรที่เป็นอิสระต่อกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรดังต่อไปนี้ (อรุณ จิรวัดนกุล, 2551) ดังนี้

$$n_{\text{กลุ่ม}} = \frac{2\sigma^2(Z_{\alpha/2} + Z_p)^2}{\Delta^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 7 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป, ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ สาเหตุการเกิดโรค อาการและ วิธีการรักษาการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ, การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ และ โรคเหงือกอักเสบ การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์, การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบขณะตั้งครรภ์, การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว, การปฏิบัติตัว

และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.824 แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรของ (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยการประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือโดยค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ โดยวิเคราะห์ความเที่ยงในแต่ละส่วนดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ เท่ากับ 0.77 2) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ และ โรคเหงือกอักเสบ เท่ากับ 0.75 3) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ เท่ากับ 0.76 4) การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ เท่ากับ 0.74 5) การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ เท่ากับ 0.72 6) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว เท่ากับ 0.73

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง การวิจัยในครั้งนี้ โดยพยาบาลผู้ดูแลคลินิก(ANC) ห้องฝากครรภ์เบอร์ 10 จะเป็นผู้แนะนำโครงการท่านใดที่มีความสนใจผู้วิจัยจึงจะเข้าชี้แจงและ ขอความยินยอมโดยใช้ระยะเวลาระหว่างเดือน จำนวน 12 สัปดาห์ กิจกรรมมี 3 สัปดาห์ โดยมีกำหนดหมายมาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์, ข้อตกลง, รายละเอียดของกิจกรรม, วิธีดำเนินการ และประโยชน์ที่จากการเข้าร่วมกิจกรรม, ทักทาย สร้างความคุ้นเคยกัน, การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ, การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยใช้สื่อการสอน ในกลุ่มทดลองรายกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 สร้างการสร้างความรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง, สร้างการรับรู้ถึงความรุนแรง, จัดโปรแกรมการเสริมสร้างกำลังใจ ความเชื่อมั่น การเข้าใจตนเอง การยอมรับในการตั้งครรภ์และการดูแลตนเองการตั้งครรภ์อย่าง

ต่อเนื่องพร้อมที่จะเป็นมารดาอย่างเชื่อมั่นและมีความรับผิดชอบ โดยการจัดให้มีการสร้างสัมพันธภาพ พบปะพูดคุยรายบุคคล และให้ข้อเสนอแนะรายบุคคล(Individual approach) เนื่องจากแต่ละคนมีปัญหาที่แตกต่างกัน การสร้างการประเมินความรุนแรงของโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของหญิงตั้งครรภ์ โดยกิจกรรมประกอบด้วยการประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเล่าสู่กันฟัง อุปสรรค และวิธีการแก้ปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ,โดยใช้สื่อการบรรยายและได้รับชมวิดีโอทัศน์ประกอบ ฝึกการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง, ฝึกปฏิบัติขั้นตอนการแปรงฟันที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 สร้างการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ และ โรคเหงือกอักเสบ และสรุปผลของการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพต่อรับรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิด โรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ,สาธิตการแปรงฟันที่ถูกต้อง,สาธิตและฝึกการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อง, ทบทวนบทเรียนสรุปผลของการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพต่อรับรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 3, 5, 7, 9, 11 ออกเยี่ยมบ้าน การออกเยี่ยมบ้านและติดต่อประสานงานกับแม่และสามี ในการสนับสนุนการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์ และสนับสนุนข้อมูลข่าวสารร่วมกับการติดตามการประเมินผลของโปรแกรมทันตสุขภาพ,แจกชุดฟันสวย (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน) โดยการออกเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ กระตุ้นเตือนการดูแลสุขภาพช่องปาก และสนับสนุนข้อมูลข่าวสารทางทันตสุขภาพ การไปรับบริการทางทันตกรรม และการไปฝากครรภ์ตามนัดและ ให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์

สัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปนำเสนอข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขภาพภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยยึดหลักเกณฑ์ตาม คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ณ.วันที่ 16 มีนาคม 2555ลำดับที่: 4.4.01: 10/2559 เลขที่ HE582359

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน โดยกลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มากที่สุด ร้อยละ 90.91 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 17 ± 1.57 ปี โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.64 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 60.61 มีรายได้ 3001 - 6000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 30.30 ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 66.67 นับถือศาสนาพุทธทศกราย มีอายุครรภ์น้อยกว่า 9 สัปดาห์ และระหว่าง 9-13 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 27.27 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 13.54 ± 4.87 สัปดาห์ เข้ารับการตรวจฟันมากที่สุด ร้อยละ 87.88 และมีปัญหาฟันผุมากที่สุดร้อยละ 75.76 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองคือ มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มากที่สุด ร้อยละ 93.94 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 16.90 ± 1.35 ปี โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 54.55 มีรายได้น้อยกว่า

3,000 บาทต่อเดือนและไม่มีรายได้ มากที่สุด ร้อยละ 33.33 ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 75.76 นับถือศาสนาพุทธทุกราย มีอายุครรภ์น้อยกว่า 9 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 33.33 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 12.84 ± 4.33

สัปดาห์ เข้ารับการตรวจฟันทุกราย และมีปัญหาเลือดออกขณะแปรงฟันมากที่สุดร้อยละ 33.33

2. ข้อมูลการเปรียบเทียบผลการวิจัยก่อนและหลังทดลอง

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการเปรียบเทียบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ, การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง, การรับรู้ถึงความรุนแรง, การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว, การปฏิบัติตัว และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	N	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	Df	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้	33	9.06	0.86	6.03	1.98	3.03	8.07	<0.001*
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง	33	47.33	1.77	41.94	3.29	8.29	5.39	0.005*
การรับรู้ถึงความรุนแรง	33	47.61	1.56	41.79	3.55	8.62	5.82	0.001*
การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค	33	45.18	2.52	39.58	2.25	10.68	5.61	<0.001*
การปฏิบัติตัว	33	44.27	2.54	38.64	3.26	7.84	5.64	<0.001*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว	33	11.52	1.23	9.67	1.34	5.85	1.85	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการเปรียบเทียบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ, การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง, การรับรู้ถึงความรุนแรง, การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว, การปฏิบัติตัวและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ด้าน	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	Df	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้	33	6.09	2.73	2.78	2.83	4.81	3.30	<0.001*
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง	33	5.21	2.21	3.96	3.12	1.86	1.24	0.033*
การรับรู้ถึงความรุนแรง	33	47.61	1.56	41.79	3.55	8.62	5.82	0.001*
การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค	33	3.36	2.82	1.81	3.28	2.04	1.54	0.022*
การปฏิบัติตัว	33	4.42	3.99	3.45	3.60	1.03	0.97	0.152
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว	33	0.87	0.85	0.30	0.58	4.69	0.85	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบข้อความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ, การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ และ โรคเหงือกอักเสบ การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์, การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคฟันผุ และ โรคเหงือกอักเสบขณะตั้งครรภ์, การรับรู้ถึงประโยชน์และ

และโรคเหงือกอักเสบขณะตั้งครรภ์, การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและ โรคเหงือกอักเสบ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว พบว่า

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคฟัน

ความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.30 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.49 – 2.11; p -value = 0.001)

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.30 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI= 1.93-4.67; p -value<0.001)

3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรู้แรงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.24 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI= -0.09-2.58; p -value= 0.033)

4. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.54 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI= 0.04-3.05; p -value= 0.022)

5. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.97คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI= -0.90-2.84; p -value= 0.152)

6. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.39 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI= 0.61-2.18; p -value<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ พบว่า

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 3.03 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI =2.41 – 3.65;

p -value <0.001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.30 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.49 – 2.11; p -value = 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากเกิดจากกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ โดยการประกอบสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิกแบบจำลองฟันผุและเหงือกอักเสบ และ ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญและให้ข้อมูลเพิ่มเติม แจกแผ่นพับคู่มือการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ การดูแลสุขภาพช่องปากและการแปรงฟันที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะเห็นได้จากภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองทุกรายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.97 และการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของสุภาภรณ์ นารี (2550)⁵ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง 6.09 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI =5.12 – 7.06; p -value <0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.30 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI= 1.93-4.67; p -value<0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากผู้วิจัยได้บรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ และให้กลุ่มทดลองฝึกตรวจสุขภาพช่องปาก จึงทำให้กลุ่มทดลองรู้ว่าเมื่อเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบจะมีการเสียวฟัน ปวดฟัน และรับประทานอาหารได้น้อยจึงส่งผลให้ทารกในครรภ์น้ำหนักตัวน้อยและอาจคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ นารี (2550)⁵ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้น 5.21 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI =4.42 – 5.99; p -value <0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.24 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI= -0.09-2.58; p -value= 0.033) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่าก่อน ทดลองและ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากผู้วิจัยได้บรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับอันตรายการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคฟันผุและโรคเหงือก และให้กลุ่มทดลองฝึกตรวจสุขภาพช่องปาก จึงทำให้กลุ่มทดลองรู้ว่าเมื่อเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบจะมีการเสียวฟัน ปวดฟัน และรับประทานอาหารได้น้อยจึงส่งผลให้ทารกในครรภ์น้ำหนักตัวน้อยและอาจคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ นารี (2550)⁵ ได้

ทำการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกเพิ่มขึ้น 3.36 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI =2.36 – 4.36; p -value <0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.54 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI= 0.04-3.05; p -value<0.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่าก่อน ทดลองและ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากผู้วิจัยได้บรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ การเลือกรับประทานอาหาร และให้กลุ่มทดลองฝึกตรวจสุขภาพช่องปาก จึงทำให้กลุ่มทดลองรู้วิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (เอกสิทธิ์ ภูมิจันทร์ , 2549) จึงทำให้ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองทุกรายมีคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ นารี (2550)⁵ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกเพิ่มขึ้น 4.42 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 3.01 – 5.84; p -value < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนทดลอง แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.97 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -0.90-2.84; p -value > 0.05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานคือ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับทันตสุขภาพตามปกติ จากทันตบุคลากรให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพและเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนการดูแลทันตสุขภาพ จากสื่อแผ่นพับและภาพพลิกจึงทำให้ภายหลังจากทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นส่งผลให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกไม่แตกต่างกัน⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำเมย ตำบลหัวนา อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และผลการศึกษาเป็นไปใน

ทิศทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมาของ⁷ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขภาพซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1.76 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.12 – 2.39; p -value < 0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.39 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.61-2.18; p -value < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัวสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการติดตาม ตรวจเยี่ยม ควบคุม กำกับ ประกอบด้วยการเยี่ยมบ้านการออกเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์เพื่อกระตุ้นเตือนจากบุคคลภายในครอบครัวเกี่ยวกับการไปฝากครรภ์ตามนัดและการดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ และสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และติดตามการประเมินผลของโปรแกรมทันตสุขภาพ แจกแผ่นให้ความรู้แจกชุดฟันสวดยจึงส่งผลให้มีกลุ่มทดลองมีการดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้นอีกด้วย โดยเป็นไปตามทฤษฎีของ House⁴ การช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในสภาวะวิกฤติทางจิตวิทยา โดยที่ผู้รับนั้นรู้สึกว่าได้ได้รับความรักความห่วงใยในเรื่องต่างๆ ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นและผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมา⁸ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมทันตสุขภาพซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่อง

ปากของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง 0.88 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.57 – 1.18; *p-value* < 0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.85 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.48-1.21; *p-value* < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลซึ่งจะเชื่อมโยงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเพียงพอให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ สุภาภรณ์ นารี (2550)⁵ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ และให้ผลเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาของเขาวดี มาพูนธนะ (2555) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ โปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการศึกษาดูแลสุขภาพช่องปาก ของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีประสิทธิภาพเพียงพอ ที่ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ มีพฤติกรรมที่ดี จึงควรนำโปรแกรมทันตสุขภาพไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มทั่วไปในการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

2. โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำแผนการดำเนินงานทันตสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคฟันผุและเหงือกอักเสบได้

3. ควรศึกษางานวิจัยแบบ Action research เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกและมีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

4. ควรติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประเมินผลซ้ำเพื่อกระตุ้นเตือนและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมป้องกัน โรคฟันผุและเหงือกอักเสบต่อไปและยั่งยืน

5. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคเมร็งปากมดลูก เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ. ดร.จุฬารัตน์ โสตะ ที่ได้ให้คำแนะนำทางด้านการวิชาการ ในการศึกษาพร้อมทั้งเป็นกำลังใจและเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานให้แก่ผู้วิจัย ตลอดมา ขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มอบทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องสูตินรีเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย และโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์และ

อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และที่ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี
สำคัญขอขอบพระคุณกลามตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. รายงานสุขภาพช่องปากของหญิง ตั้งครรภ์.มหาสารคาม:โรงพยาบาล โกสุมพิสัย; 2558.
- 2.กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท แอดวานซ์พรินต์ติ้ง เซอร์วิส จำกัด; 2557.
- 3.คุณากร ชันชัยภูมิ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตศึกษาเพื่อการดูแลทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ; 2556.
- 4.จุฬารัตน์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2557.
- 5.สุภาภรณ์ นารี. ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมทันตศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ; 2550.
- 6.อัจฉราพรรณ แก้วสังข์. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำเมย ตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอศรีเกิด จังหวัดอุดรธานี; 2556.
- 7.WHO.. “Adolescent pregnancy: fact sheet.” Retrieved 6 July, 2010, from http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html; 2010.

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือกต่อการดูแลตนเอง
เพื่อลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร**
**EFFECT OF HEALTH PROMOTION PROGRAM WITH APPLICATION OF ALTERNATIVE
MEDICINE TO SELF CARE FOR DECREASING SERUM LIPID LEVEL AMONG
DYSLIPIDEMIA PATIENTS AT KUDCHUM HOSPITAL, YASOTHON PROVINCE**

อภิษฐา จำปาวงค์¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ²

Apichaya Jumpavong¹, Pannee Banchonhattakit²

บทคัดย่อ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีอัตราการตายที่สูงที่สุดในโลก งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประยุกต์การแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการดูแลตนเองเพื่อลดระดับไขมันในเลือด การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ๓ ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การบอกเล่าประสบการณ์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการเดินเร็ว สมามีการให้คู่มือปฏิบัติตัวและแบบบันทึกการปฏิบัติ ระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ 10 สัปดาห์ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ t-test

ผลการศึกษาภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องไขมันในเลือดผิดปกติ คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือด การรับรู้ผลการตอบสนองต่อความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ความตั้งใจในการปฏิบัติและการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมัน โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลและเอชดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

คำสำคัญ: แรงจูงใจในการป้องกันโรค, ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, การเดินเร็ว, สมามี

Abstract

Dyslipidemia is the highest mortality rate in the world that leads to cardiovascular disease. This study aimed to effect of health promotion program that applied Protection Motivation Theory (PMT) and Medical Buddhism to decrease lipid serum in dyslipidemia patients. This Quasi-Experimental research included 62 samples; 31 samples in experimental group and 31 samples in control group. Intervention of health promotion program included learning through lecture and VCD, modelling, telling the experience, demonstration brisk walk and meditation, practicing on guidebook, recording on diary, exercise and meditation behavior, while the control group was not received the program. The duration of this study was 10 weeks. Data were collected by questionnaires. Pair sample t-test and sample t-test were tested within groups and between group After the intervention, experimental group had statistically significant mean scores of knowledge about the dyslipidemia disease, perceive susceptibility, perceived severity and self-efficacy, response efficacy, intention in practice and practice behavior of patients with dyslipidemia in terms of eating, exercise and stress, higher than before the experiment and higher than the control group ($p < 0.05$). Mean of cholesterol, triglyceride had statistically significant decreased than before the experiment, and lower than the control group ($p < 0.05$). However, the mean of LDL-cholesterol had no statistically significant increased more than before the experiment and the control group (p -value > 0.05). The health promotion program could be extended to improve patients behavior for dyslipidemia controls.

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ (ผู้รับผิดชอบบทความ)

บทนำ

กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอัตราการตายสูงที่สุด จากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.2 ล้านคน อัตราตายเท่ากับ 12.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด¹³.

ในประเทศไทยมีรายงานอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 14.65 , 16.14 และ 19.83 ต่อประชากรแสนรายปี พ.ศ. 2553 – 2555 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น¹¹ มีรายงานข้อมูลอัตราป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 57.46 (สำนักนโยบายน และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ส่วนอัตราการตายในกลุ่มโรคหัวใจของจังหวัดยโสธรต่อประชากรแสนราย จำแนกรายปี พ.ศ. 2552 – 2556 อัตราตายโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 11.87 , 14.65, 16.14, 19.83 และ 20.36 ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากรแสนรายเท่ากับ 33.38 , 38.58, 38.58, 59.68 และ 77.07¹¹พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ปีพ.ศ. 2556 และ 2557 เท่ากับ 0.09 และ 0.12¹⁰ จากข้อมูลระดับอำเภอฤดูหนาวข้างต้นจะเห็นว่าโรคหัวใจก็ยังเป็นปัญหาในพื้นที่ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในระดับประเทศ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 -2552 การที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีผลทำให้ความชุกของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีการศึกษาการที่ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติทำให้เสี่ยงต่อเส้นเลือดตีตัน มีการศึกษาในกลุ่มที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 300 มก./ดล. พบอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็น 4 เท่าของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า 200 มก./ดล.)และถ้ามีระดับไขมันแอลดีแอลที่สะสมอยู่ในหลอดเลือดเป็นจำนวนมากจะทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และภาวะไขมันไตรกลีเซอ

ไรด์สูงก็ส่งผลให้เพิ่มอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ (Murad et al, 2012) และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับโรคเบาหวานและโรคอ้วนด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะอ้วนจะมีระดับไขมันเอชดีแอลต่ำและมีภาวะไขมันชนิดไม่ดีในเลือดสูงตามไปด้วย ที่กล่าวมาเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด (Kazlauskienė & Butnorienė & Norkus, 2015)

การจัดการภาวะไขมันในเลือดผิดปกติต้องอาศัยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค นำไปใช้ในการส่งเสริมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและกลุ่มป่วยอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด⁷ ผลการศึกษาในการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคในกลุ่มทดลองสูงขึ้น ปัจจัยด้านการรับรู้ ความเสี่ยงและความรุนแรงมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเน้นให้สามารถประเมินตนเองว่าเสี่ยงและสามารถจะเผชิญการแก้ปัญหาได้ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับตนเองจึงนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคได้² นอกจากทฤษฎีข้างต้นแล้ว

ปัจจุบันนี้แนวทางการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมก็เป็นอีกหนึ่งวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำ ซึ่งการแพทย์วิถีพุทธได้ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง นำเอาหลักการแพทย์ทางเลือกทางตะวันออกมาผสมผสานกับธรรมะบำบัดตามหลักพระพุทธศาสนา บนพื้นฐานของเศรษฐกิจพอเพียง มาบูรณาการในการรักษาโรค เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ การมีสุขภาพดีคือรู้วิธีการที่จะทำให้มีสุขภาพดี แล้วสามารถสร้างพฤติกรรมที่ดีและมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวิถีชีวิต³ มีการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการกำกับตนเองในด้านพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต ซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตช่วงบนและล่างสามารถลดลงได้³

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับ

แนวทางการแพทย์วิถีพุทธ มาใช้ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือก ต่อการดูแลตนเองเพื่อลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันผิดปกติ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวดยโสธร เพื่อให้ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือกต่อการดูแลตนเองเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวดยโสธร

สมมุติฐานการวิจัย

1.ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ มากกว่ากลุ่มควบคุมในด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ) การประเมินการเผชิญปัญหา (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดไขมันในเลือดและการรับรู้ผลการตอบสนองของความสามารถแห่งตนในการลดไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ) ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอล โคลเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันเอชดีแอลมากกว่ากลุ่มควบคุม

4. ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 ราย แบ่ง

ออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน มีการวัดข้อมูลก่อนและหลัง (two group pre-test post-test design) สถิติที่ใช้ข้อมูลระหว่างกลุ่มด้านพฤติกรรม ค่าเฉลี่ยไขมันในเลือดและระดับความเครียดคือ ระยะเวลาในการศึกษาพฤษภาคม – กรกฎาคม 2559 ระยะเวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกุดชุม จังหวดยโสธร และได้วินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) จำนวน 1,125 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจระดับไขมันในเลือดผิดปกติวินิจฉัยโดยแพทย์ รหัสโรค ICD10 = E780-E789 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) มีระดับ ไขมันแอลดีแอล >130 มก./ดล. โคลเลสเตอรอลรวม > 200 มก./ดล., ไตรกลีเซอไรด์ > 150 มก./ดล., เอชดีแอล < 50 มก./ดล. ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 35 – 60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวดยโสธร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน

การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบ่งกลุ่ม (cluster sample sampling) โดยแบ่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลออกเป็น 2 กลุ่มโดยแบ่งพื้นที่ใกล้เคียงกันไว้ด้วยกัน กลุ่มละ 7 แห่ง และจับฉลากเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้กลุ่มทดลองเป็นรพสต. 2 แห่ง ได้ศูนย์แพทย์ใกล้บ้านใกล้ใจ และรพสต.หัวนา และกลุ่มควบคุม ได้รพสต.นาโส และ รพสต.บ้านแดง และ คัดผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์และยังไม่ได้รับยาลดไขมันในเลือดแล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยจากศูนย์แพทย์ใกล้บ้านใกล้ใจ มาจำนวน 17 คน และสุ่มจากรพสต.หัวนามา 17 คน สุ่มมาทั้งหมดจำนวน 34 คน มาเป็นกลุ่มทดลอง และสุ่มตัวอย่างโดยวิธีเดียวกันจากรายชื่อผู้ป่วย จากรพสต.นาโส มา 17 คน และสุ่มจากรพสต. บ้านแดงมา 17 คน สุ่มมาทั้งหมดจำนวน 34 คน มาเป็นกลุ่มควบคุม ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 68 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง¹² ดังนี้

$$n_{irt} = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 \left[\sigma_{irt}^2 + \frac{\sigma_{con}^2}{r}\right]}{\Delta^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ฯ ได้แก่ บรรยาย การเรียนรู้ผ่านวีดิทัศน์ ตัวแบบ การบอกเล่าประสบการณ์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการเดินเร็ว สมาชิก มีการให้คู่มือปฏิบัติตัวและแบบบันทึกการปฏิบัติตัว 2. แบบสอบถามใช้วัดผลทางด้านพฤติกรรม แบ่งเป็น 8 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้านการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ) การประเมินการเผชิญปัญหา (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดไขมันในเลือดและการรับรู้ผลการตอบสนองของความสามารถของตนเองในการลดไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ) ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด และแบบประเมินความเครียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธี Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ภาพรวมแต่ละด้านค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

วิธีดำเนินการศึกษา

งานวิจัยนี้มีระยะเวลาการศึกษา 10 สัปดาห์ โดยมีการจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลอุดร 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1,3,5,7 และ 9 ส่วนในสัปดาห์ที่ 2,4,8 และ 10 กลุ่มทดลองไม่ได้เดินทางมาร่วมกิจกรรมผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตัวทางโทรศัพท์ ในกิจกรรมการวิจัยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ประเมินภาวะสุขภาพและสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพ บรรยายความรู้ด้วย Power point โดยผู้วิจัยเสริมความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ด้านการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นำเสนอตัวแบบที่เคยได้รับความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไขมันในเลือดสูง บอกเล่าประสบการณ์ให้อาสาสมัครฟัง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมกลุ่มสร้างสัมพันธภาพและตั้งเป้าหมายในการลดระดับไขมันในเลือด จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำความรู้จัก และสร้างความคุ้นเคย สาธิตการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI), การวัดรอบเอว อธิบายการแปลผลระดับไขมันในเลือดแต่ละตัว (แอลดีแอล, โคลเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, เอชดีแอล) จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกการวางแผนตั้งเป้าหมายในการลดระดับไขมันในเลือด โดยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คนให้ทุกคนตั้งเป้าหมายในการลดระดับไขมันในร่างกาย แล้วเขียนลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันได้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดไขมันในเลือดและการรับรู้ผลการตอบสนองจากความสามารถของตนเองในการลดไขมันในเลือด ในด้านการรับประทานอาหาร บรรยายและใช้สื่อวีดิทัศน์เสริมความรู้ในเรื่องหลักการเลือกการอาหาร การประกอบอาหาร หลักการรับประทานอาหารตามแนวทางแพทย์วิถีพุทธแนะนำรายการอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สาธิตการคำนวณพลังงานในอาหารที่รับประทาน และยกตัวอย่างอาหารพื้นเมืองที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายตารางการรับประทานอาหารประจำวัน นำเสนอตัวแบบบุคคลที่มีสุขภาพดีและดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์วิถีพุทธเพื่อแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพให้อาสาสมัครจัดกิจกรรมกลุ่มและฝึกจัดรายการอาหาร แบ่งกลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างทุกคน ฝึกการจัดรายการอาหาร ที่เหมาะสมกับ

ตนเอง มอบคู่มือการปฏิบัติตัวและคู่มือบันทึกกิจกรรม
สรุปการเรียนรู้และนัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

**กิจกรรมที่ 4 สร้างการรับรู้ความสามารถแห่ง
ตนและการรับรู้ผลการตอบสนองความสามารถแห่งตนใน
การลดไขมันในเลือด** ในด้านการออกกำลังกาย มีกิจกรรม
การบรรยายเสริมความรู้หลักการออกกำลังกายเพื่อลด
ระดับไขมันในเลือด นำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ
ในการลดไขมันในเลือดด้วยการออกกำลังกายด้วยการเดิน
เร็วได้สำเร็จและบอกเล่าประสบการณ์ในการออกกำลังกาย
สาธิตการเดินและฝึกปฏิบัติการเดินเร็ว และให้
อาสาสมัครปฏิบัติการเดินเร็ว 30 นาที

**สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 สร้างการรับรู้
ความสามารถแห่งตนในการลดไขมันในเลือดและการรับรู้
ผลการตอบสนองจากความสามารถแห่งตนในการลด
ไขมันในเลือด** ด้านการผ่อนคลายความเครียด บรรยาย
เสริมความรู้ เรื่องการผ่อนคลายความเครียด ลักษณะอาการ
ของผู้มีภาวะเครียด สาเหตุของความเครียด อันตรายและ
ผลกระทบของภาวะความเครียด อธิบายความเสี่ยงและ
ความรุนแรงของการมีภาวะเครียดสะสมและใช้สื่อวีดิทัศน์
บรรยายธรรมชาติในการคลายเครียด นำเสนอตัวแบบบุคคลที่
ประสบความสำเร็จในการผ่อนคลายความเครียดด้วยการ
ทำสมาธิบอกเล่าประสบการณ์ในเรื่องผลลัพธ์ที่ดีจากการ
ปฏิบัติสมาธิ สาธิตและฝึกการนั่งสมาธิให้แก่อาสาสมัคร
ให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวแก่อาสาสมัคร

**สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 6 กระตุ้นและสร้าง
แรงจูงใจ** จัดกิจกรรมกลุ่มและติดตามการบันทึกการปฏิบัติ
ตัวของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติตัวและ
แนะนำเพิ่มเติม สร้างแรงจูงใจ โดยการกล่าวชมเชย
สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวได้ดี และกำลังใจ
อาสาสมัครที่ยังปฏิบัติตัวไม่ครบถ้วน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ให้เป็นแบบอย่างโดยพิจารณาจากการบันทึกกิจกรรมได้
ครบถ้วน สม่าเสมอ มีการปฏิบัติตัวถูกต้องตามคำแนะนำ
และพิจารณาจากการสัมภาษณ์และให้อาสาสมัครที่ปฏิบัติ
ตัวดีบอกเล่าประสบการณ์ตนเองให้แก่อาสาสมัครท่านอื่น
ฟังให้กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวดีได้บอกเล่าประสบการณ์

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างอยู่ที่
บ้านเพื่อสร้างกำลังใจให้กลุ่มตัวอย่างท่านอื่น

กิจกรรมที่ 7 “สุขใจ ขยับกาย สลายไขมัน” ให้
กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการเดินเร็ว ระยะเวลา 50 นาที กลุ่ม
ตัวอย่างปฏิบัติสมาธิ ระยะเวลา 30 นาที ประเมินความ
ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายของกลุ่ม
ตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมที่ 8 สร้างสัญญาใจ มี
คัดเลือกตัวแบบที่ปฏิบัติตัวดีจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อบอกเล่า
ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการลดระดับไขมัน
ในเลือด กลุ่มตัวอย่างลงนามสร้างสัญญาใจที่จะปฏิบัติตัว
เป็นแบบอย่างในการลดไขมันในเลือด

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8, 10 กระตุ้นเตือนนัดหมาย
ให้มาเข้าร่วมกิจกรรม กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว ให้
กำลังใจและให้คำปรึกษาตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ในการร่วม
กิจกรรมโดยการโทรศัพท์ติดตาม และให้ญาติและ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามการบันทึก
กิจกรรมประจำวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้
วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเอง
สถิติที่ใช้อธิบาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
ของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ
Independent sample t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะ
ไขมันในเลือดผิดปกติ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของ
ผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การประเมินการเผชิญ
ปัญหาต่อสุขภาพของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความ
ตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ในด้าน
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลาย
ความเครียด การปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือด
ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการ
ผ่อนคลายความเครียด และระดับไขมันในเลือด (แอลดี
แอล โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล) และระดับ
ความเครียด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 56 – 60 ปี ร้อยละ 41.94 ($\bar{X}=50.48, S.D.=9.59$) ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 51 – 55 ปี และ 56 – 60 ปี ร้อยละ 32.26 ($\bar{X}=52.38, S.D.=5.61$) ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.97 และ 58.06 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส คู่(อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 74.19 และ 87.10 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.84 และ 51.61 ตามลำดับ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.16 และ 38.71 ใช้สวัสดิการในการรักษาพยาบาลคือ บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท ไม่มีประวัติครอบครัว บิดา มารดา และพี่น้องป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 77.42 และ 83.87 ตามลำดับ ไม่มีประวัติครอบครัว บิดา มารดา และพี่น้องป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 83.87 และ 93.55 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยรับประทานชาลดไขมันในเลือด (6 เดือนที่ผ่านมา) ร้อยละ 80.65 และ 80.65 กลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยรับประทานยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมลดไขมันในเลือด (6 เดือนที่ผ่านมา) ร้อยละ 100.00 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 74.19 และ 70.97 ตามลำดับ ได้รับความรู้จากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 58.06 และ 48.39 ตามลำดับ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 77.42 และ 87.10 ตามลำดับ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.97 และ 64.52 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 32.36 ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 35.48

2. ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีแหล่งการรับประทานอาหารคือ

เตรียมและปรุงเองที่บ้าน ร้อยละ 67.74 และ 70.97 ใหญ่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์ติดมัน เนย เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก เป็นต้น ร้อยละ 90.32 และ 87.10 ตามลำดับ

ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ออกกำลังกายด้วยการเดิน ร้อยละ 61.29 และ 61.29 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ออกกำลังกายที่บ้าน ร้อยละ 74.19 และ 51.61 ตามลำดับ

ด้านการผ่อนคลายความเครียด ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการนอน ระหว่าง 7 – 8 ชั่วโมง ร้อยละ 48.39 และ 74.19 ไม่มีประวัติการรับประทานยานอนหลับหรือยาคลายเครียด ร้อยละ 96.77 และ 100.00 ตามลำดับ ใหญ่กลุ่มทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมเมื่อเกิดภาวะเครียด คือการนั่งสมาธิ ร้อยละ 32.26 และกลุ่มควบคุม คือ การนั่งเฉย ร้อยละ 41.94

3. ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือก ต่อการดูแลตัวเอง เพื่อลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือด การรับรู้ผลการตอบสนองต่อความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ความตั้งใจในการปฏิบัติและการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$) (ดังแสดงในตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ฯ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม (n=31)		Mean Difference	t	95%CI	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1)ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดผิดปกติ	12.42	3.36	9.97	4.48	2.45	2.453	0.44 ถึง 4.46	0.009
2)การรับรู้ความเสี่ยงฯ	26.13	2.52	22.55	1.73	3.58	6.512	2.48 ถึง 4.68	< 0.001
3)การรับรู้ความรุนแรงฯ	17.26	1.50	13.94	2.55	3.32	6.238	2.25 ถึง 3.39	< 0.001
4)การรับรู้ความสามารถแห่งตนฯ	24.84	2.21	22.64	2.59	2.19	3.596	0.97 ถึง 3.42	< 0.001
5)การรับรู้ผลการตอบสนองฯ	24.26	2.39	22.61	2.48	1.64	2.654	0.40 ถึง 2.88	0.005
6)ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร	15.29	2.03	13.83	1.75	1.45	3.008	0.48 ถึง 2.42	0.002
7)ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย	11.06	1.93	9.39	1.87	1.68	3.471	0.71 ถึง 2.64	< 0.001
8)ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวด้านการผ่อนคลายความเครียด	10.97	1.78	8.61	2.04	2.35	4.838	1.38 ถึง 3.33	< 0.001
9)การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร	14.74	2.05	13.51	2.34	1.22	2.196	0.11 ถึง 2.34	0.016
10)การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย	10.16	2.06	8.58	2.20	1.58	2.913	0.49 ถึง 2.66	0.002
11)การปฏิบัติตัวด้านการผ่อนคลายความเครียด	10.48	2.35	7.71	2.21	2.77	4.788	1.61 ถึง 3.93	< 0.001

4. ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือก ต่อการดูแลตัวเองเพื่อลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มทดลองมีระดับไขมันโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$) ระดับไขมันเอชดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และระดับไขมันแอลดีแอลมากกว่ากลุ่มควบคุม พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) คะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p > 0.05$) (ดังแสดงในตารางที่ 2) และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดและระดับความเครียด พบว่าในกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ คะแนนความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$) ระดับไขมันเอชดีแอลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ดังแสดงในตารางที่ 3) และระดับไขมันแอลดีแอลเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ดังแสดงในตาราง 3)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด (แอลดีแอล โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์และเอชดีแอล) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยระดับไขมันและ และความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม (n=31)		Mean Difference	t	95%CI	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
แอลดีแอล	135.71	25.69	143.09	30.80	-7.39	-1.025	-21.80 ถึง 7.02	0.309
โคเลสเตอรอล	208.48	25.92	239.58	30.38	-31.10	-4.335	-45.44 ถึง -16.75	< 0.001
ไตรกลีเซอไรด์	126.51	46.20	196.51	57.91	-70.00	-5.261	-96.61 ถึง -43.39	< 0.001
เอชดีแอล	47.46	10.59	53.61	10.62	-6.16	-2.286	-11.55 ถึง -0.77	0.987
ความเครียด	38.06	8.34	41.68	9.57	-3.61	-1.585	-8.17 ถึง 0.95	0.947

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของระดับไขมันในเลือด และผลต่างค่าเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยผลต่าง	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	t	95%CI	p-value
		$\bar{d}$	S.D.	$\bar{d}$	S.D.				
แอลดีแอล	31	-2.81	25.31	-6.05	33.29	3.24	0.431	-11.79 ถึง 18.26	0.668
โคเลสเตอรอล	31	8.74	19.42	-12.13	31.38	20.87	3.149	7.61 ถึง 34.13	0.003
ไตรกลีเซอไรด์	31	47.84	51.76	8.29	83.08	39.55	2.249	4.38 ถึง 74.71	0.028
เอชดีแอล	31	2.00	5.98	-2.19	11.74	4.19	1.771	-0.54 ถึง 8.93	0.081
ความเครียด	31	6.51	5.72	-4.81	4.79	11.32	8.443	-6.57 ถึง -3.05	<0.001

สรุปผลและอภิปรายผล

โดยภาพรวมทางด้านพฤติกรรมภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือก ต่อการดูแลตัวเองเพื่อลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ผลการตอบสนองต่อความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือด มีความตั้งใจในการปฏิบัติและมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

โดยภาพรวมภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือก ต่อการดูแลตัวเองเพื่อลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สามารถลดระดับไขมัน

โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในกลุ่มทดลองได้แต่ยังไม่สามารถลดระดับไขมันแอลดีแอลและระดับความเครียดในกลุ่มทดลอง และยังไม่สามารถเพิ่มระดับไขมันเอชดีแอล เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์การแพทย์ทางเลือก โดยมีกระบวนการให้สุขศึกษา คือ กระบวนการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เรียนรู้ผ่านสื่อวีซีดี สื่อไว้นิด การเสริมความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและเห็นภาพและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของฉิมารัตน์ บุญกุล (2555) ⁴

2. ด้านการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ

2.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นผลมาจากกิจกรรมตัวแบบที่เคยป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติและได้รับภาวะแทรกซ้อนบอกล่าประสบการณ์ของการเจ็บป่วย ทำให้อาสาสมัครคนอื่น ๆ ได้เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์จริงจึงเกิดความเข้าใจ เป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวต่ออันตรายของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และเสริมความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์อธิบายกระบวนการเกิดภาวะเสี่ยงภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นไปตามแนวคิดของโรเจอร์² ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทิมา เนียมโกตะ (2552) ชัดแจ้งกับการศึกษาของ¹

2.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการวิจัย ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายและภาวะแทรกซ้อนของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติด้วยการบรรยายและใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อให้เห็นภาพ มีการนำเสนอตัวแบบที่เคยได้รับอันตรายจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ บอกล่าประสบการณ์ เมื่อบุคคลนั้นเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น เชื่อว่าการตอบสนองในการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับตัวตอบสนอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี เป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของ Roger²

3.ด้านการประเมินการเผชิญปัญหา

3.1 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นผลเกิดจากกิจกรรมการสร้างความสามารถให้แก่อาสาสมัครด้วยการใช้ตัวแบบได้แก่ ตัวแบบบุคคลที่ปฏิบัติตัวดีในการลดไขมันในเลือด ตัวแบบบุคคลจากวีดิทัศน์ที่สามารถลดไขมันในเลือดได้สำเร็จ กิจกรรมสร้างแรงจูงใจด้วยการชมเชยผู้ที่ปฏิบัติตัวดี กิจกรรมให้กำลังใจอาสาสมัคร กิจกรรมฝึกปฏิบัติจัดรายการอาหาร คำนวณปริมาณอาหาร ฝึกการเดินเร็ว และฝึกการทำสมาธิ ในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมมีอาสาสมัครสามารถซักถามความสงสัยได้ เป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของ Roger (1975 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2557) สอดคล้องกับงานวิจัยของณิภารัตน์ บุญกุล (2555)⁴

3.2 ด้านการรับรู้ผลการตอบสนองของความสามารถของตนในการลดไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลตอบสนองของความสามารถของตนในการลดไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ผลการวิจัยเกิดจากกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การเสนอตัวแบบบุคคลที่ปฏิบัติตัวดีในการลดไขมันในเลือด ตัวแบบบุคคลจากวีดิทัศน์ที่สามารถลดไขมันในเลือดได้สำเร็จโดยไม่ใช้ยา กิจกรรมสร้างแรงจูงใจด้วยการชมเชยผู้ที่ปฏิบัติตัวดี กิจกรรมให้กำลังใจอาสาสมัคร กิจกรรมฝึกปฏิบัติจัดรายการอาหาร คำนวณปริมาณอาหาร ฝึกการเดินเร็ว และการฝึกทำสมาธิ ถ้าอาสาสมัครรับรู้ว่ามีความเสี่ยงกังวลคุกคามตนเอง และถ้าได้ทราบว่าคุณค่ากำลังเผชิญปัญหาและรับรู้ว่าคุณค่ามีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ อาสาสมัครจะเกิดการตอบสนองต่อภาวะดังกล่าวเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของ Roger²

4.ด้านความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้านการ

รับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด สูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ผลเกิดจากการที่อาสาสมัครได้เรียนรู้ผ่าน สื่อโวนิล สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เรียนรู้ตัวแบบที่ได้รับความรุนแรงจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติด้วยการบอกเล่าประสบการณ์ ทำให้อาสาสมัครเห็นภาพและเกิดความกลัว กิจกรรมสาธิตและฝึกปฏิบัติด้วยการเดินเร็ว และสมาธิ บอกเล่าประสบการณ์ด้วยตัวแบบบุคคลที่ปฏิบัติตัวสำเร็จในการเดินเร็วและการฝึกสมาธิ และให้คู่มือการปฏิบัติตัว เมื่อบุคคลนั้นเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น เชื่อว่าการตอบสนองในการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับตัวตอบสนองนำไปสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของ Roger²

5.การปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ผลของการวิจัยเกิดจากอาสาสมัครได้รับกิจกรรมบรรยายความรู้เกี่ยวกับหลักการรับประทานอาหาร การฝึกจัดรายการอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละวัน ได้รับคู่มือการรับประทานอาหาร และแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันอาสาสมัครรับรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์นำเสนอถึงความเสี่ยงและอันตรายจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเมื่อบุคคลนั้นเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง และเรียนรู้ตัวแบบที่ได้รับความรุนแรงจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การให้ตัวแบบที่เคยได้รับความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติบอกเล่าประสบการณ์ สาธิตและฝึกปฏิบัติการเดินเร็วและการทำสมาธิ ทำให้อาสาสมัครเห็นภาพและเกิดความกลัวว่าอันตรายนั้นใกล้ตัว บุคคลมีความรู้สึกไม่

มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น เชื่อว่าการตอบสนองในการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับตัวตอบสนอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น เป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค Roger² ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของสิริญา ชาติธาน, พรนภา หอมสินธุ, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และใจเพชร กล้าจน (2558)⁹

6.ไขมันแอลดีแอล โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอล โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเกิดจากกิจกรรมการควบคุมอาหาร การเดินเร็วและการทำสมาธิอาจมีผลดีและระยะเวลาไม่เพียงพอในการลดระดับไขมันแอลดีแอล และอาจเป็นผลจากการเดินอาจจะยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของอาสาสมัคร และการปฏิบัติตัวที่บ้านไม่สามารถควบคุมการปฏิบัติได้สม่ำเสมอ ซึ่งการลดไขมันแอลดีแอลที่ได้ผลต้องที่ความถี่ความหนักที่เหมาะสม และมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของชนพร บึงมูมและพรณี บัญชรหัตถกิจ (2552)⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี บุญสิน จงจิตร ที่สาธุช และบุญศรี เจริญมาก (2551)¹

7.ไขมันเอชดีแอล ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันเอชดีแอลมากกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยไขมันเอชดีแอลในเลือดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นผลจากการควบคุมอาหาร การเดินเร็ว และการทำสมาธิ อาจจะยังไม่เพียงพอในเพิ่มไขมันเอชดีแอล กิจกรรมที่จัดขึ้นอาจจะยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของอาสาสมัคร การเดินเร็วที่บ้านไม่สามารถควบคุมการปฏิบัติได้ถึงแม้ว่าจะมีคู่มือการปฏิบัติตัวก็ตาม ระยะเวลาที่อาสาสมัครปฏิบัติจริงอาจไม่ครบและไม่เพียงพอที่จะเพิ่ม

ไขมันเอชดีแอล ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา ชัยมงคล (2553)⁵ ชัดแจ้งกับการศึกษาของกัลยาณี บุญสิน จงจิตร ทิศาอุษ และบุญศรี เจริญมาก (2551)¹

8.ระดับความเครียด ภายหลังการทดลองกลุ่ม ทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อาจเกิดจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและเกิดจากการ ฟังวิทยุที่สนับรยายธรรมะเกี่ยวกับการคลายเครียด ได้รับการ ฝึกปฏิบัติทำสมาธิ และได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวในการทำสมาธิ โดยกำหนดให้ปฏิบัติครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง อาจยังไม่เพียงพอในการลดความเครียด แต่เมื่อพิจารณา ผลต่างของคะแนนความเครียดพบว่าในกลุ่มทดลอง ความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี (2553)⁸

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการประยุกต์ การแพทย์ทางเลือกสามารถลดไขมัน โคลเลสเตอรอลและ ไตรกลีเซอไรด์ได้ แต่ยังไม่สามารถลดไขมันเอชดีแอล และยังไม่สามารถเพิ่มไขมันเอชดีแอล อาจเป็นผลมาจาก กิจกรรมการควบคุมอาหารและกิจกรรมการออกกำลังกาย ด้วยการเดินเร็วอาจไม่เพียงพอเพราะการเดินเร็วอาจยังไม่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและกลุ่มอายุของกลุ่มตัวอย่าง จึงควรมีการหา กิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ กลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไป

2. การศึกษาครั้งนี้อาสาสมัครมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวดีขึ้นเนื่องจากมีตัวแบบที่ดีในการปฏิบัติตัวเพื่อ ลดไขมัน จึงควรสร้างตัวแบบที่ดีที่สามารถเป็นแบบอย่าง ในการปฏิบัติตัวต่อไป

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการใช้กระบวนการ บอกเล่าประสบการณ์ที่ได้รับความรู้จากภาวะไขมัน ในเลือดผิดปกติจากผู้ที่เคยป่วย ซึ่งทำให้อาสาสมัครเห็น ภาพและเกิดการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากภาวะไขมัน ในเลือดผิดปกติ

4. นำโปรแกรมนี้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยที่ มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในสถานที่ เช่น ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

5. สามารถนำตัวแบบที่ได้จากงานวิจัยไปเป็นตัว แบบให้แก่ชุมชนและผู้ป่วยรายอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยามหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ในการทำวิจัย ทำให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดีงานวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงกลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และโรงพยาบาลกุดชุมหึงจังหวัดยโสธร ที่อุดหนุนทุนบางส่วน ขอกราบขอบพระคุณ รอง ศาสตราจารย์ ดร. พรณี บัญชรหัตถกิจ อาจารย์กาญจนา ศรี สิงห์ภู รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ผาติเสนะ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุจิรา ดวงสงค์ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กัลยาณี บุญสิน จงจิตรทิศาอุษ และบุญศรี เจริญมาก.ประสิทธิผลของการให้แนะนำอย่างมีแบบแผน ต่อภาวะไขมันในเลือดสูง. **สงขลา นครินทร์เวชสาร**, 26(6): 519 – 525 ; 2551.
- 2.จุฬารัตน์ โสตะ. แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
- 3.ใจเพชร กล้าจน. ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียง ตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ. **วารสารการแพทย์ทางเลือก**, 4(1): 25 – 37; 2553.
- 4.ณิการ์รัตน์ บุญกุล. ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและ การสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนา พฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
- 5.นริศรา ชัยมงคล. ผลการเดินกระชับกระเฉงแบบต่อเนื่องและแบบสะสมรายวันต่อความสามารถใน การทำงานและระดับไขมันในเลือดของ คนอายุ 40-59 ปีที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ. วิทยานิพนธ์วิทยา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.

- 6.ชนพร บึงมูม และพรณี บัญชรหัตถกิจ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อ ควบคุมระดับไขมันในเลือดในบุคลากรที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลขอนแก่น. *ขอนแก่นเวชสาร* , 33(1): 28-37; 2552.
- 7.รัตนกรณั ศรีเกศ. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การ ป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*; 2558.
- 8.วีระศักดิ์ พงษ์พิริยะไมตรี .ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อ ความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*; 2553.
- 9.สิริญา ธารสถาน, พรนภา หอมสินธุ์ และใจเพชร กล้าจน. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตสูงในผู้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10 (1): 117-127; 2558.
- 10.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร. อัตราผู้ป่วยใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary heart disease).ค้นเมื่อ16 กันยายน 2558, จาก http://203.157.181.21/hdc/reports/report.php?source=formatted%2Fformat_1.php&cat_id6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=f346e9d449b04c07cc80edeeffc0cc360; 2558.
- 11.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน และความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงได้ดี ปีงบประมาณ 2556 . ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2558, จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>; 2556.
- 12.Bernard, R. **Fundamental of biostatistics (5th ed.)**. Duxbery: Thomson learning, 308; 2000.
- 13.World Health Organization. **Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010**. Retrieved 14 August, 2015, from http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/; 2010.

การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

Perception of Sexual risk behavior among Adolescents

นาฏยา ระสร¹, เกศินี สราญฤทธิชัย²

Narttaya Rasorn¹, Kesinee Saranrittichai²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การรับรู้การป้องกัน และการรับรู้การแก้ไขผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งของยโสธร ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นวัยรุ่นที่อายุ 15 - 19 ปี ที่กำลังตั้งครรภ์หรือหลังคลอดบุตรไม่เกิน 1 ปี จำนวน 8 คน เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นการกระทำที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน หรือเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ประกอบไปด้วย การอยู่ด้วยกันลำพังสองต่อสอง การเที่ยงกลางคืนกับแฟน การดื่มสุรา การเข้าถึงและปฏิบัติตามสื่อลามก การใช้โทรศัพท์มือถือในการเริ่มต้นทำความรู้จักกับเพื่อนต่างเพศหรือใช้นัดหมายพบกับแฟน การคบเพื่อนต่างเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การรับรู้การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่วัยรุ่นรับรู้ประกอบไปด้วย การไม่ดื่มสุรา การไม่อยู่ลำพังสองต่อสองกับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศ การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดที่ถูกต้องเหมาะสม การยกตัวอย่างบุคคลที่เกิดผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ การได้รับคำแนะนำจากคุณครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเล็งดูของบิดามารดาที่ไม่เข้มงวดหรือตามใจมากเกินไป และในการรับรู้การแก้ไขผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่วัยรุ่นรับรู้ได้แก่ การปิดบังความจริง การเปิดเผยความจริง การหยุดเรียน การสู้อและแต่งงานตามประเพณี และการจ่ายค่าปรับไหม

คำสำคัญ : การรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ วัยรุ่น

Abstract

This survey research aimed to explore adolescent young women's perception of sexual risk behaviors, protection and address impact of related problems in a rural village in Yasothon Province, Northeastern Thailand. Purposive sampling was used to recruit eight young women (15-19 years) who were either pregnant or had given birth in the past year. Data were collected by using interview questionnaire and guideline of indepth interview. Data were analyzed by content analysis.

The results showed the perceived that sexual risk behaviors were staying with boyfriends privately, going out at night with boyfriends, drinking alcohol, accessing pornographic media, using mobile phone to start relationships or to date boyfriends, dating with males, and having sex. The adolescents reported that to prevent risky behaviors, they had to avoid drinking alcohol and staying with boyfriend privately, refuse to have sex, and use birth control properly (from personal experiences of adolescents who were affected by risk behaviors). They also had to have knowledge to prevent pregnancy from their teachers and health personnel. They believed their parents should not be too strict and should support them. Perceptions of negative impact of pregnancy were related to concealing or disclosing the truth, leaving school, and/or getting married and having to pay for compensation.

Keywords: Perception, Sexual risk behavior among Adolescents

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น เป็นปัญหาสังคมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยพบว่าร้อยละการเคยมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง จาก พ.ศ. 2551 ร้อยละ 2.3 และใน พ.ศ.2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.1⁽¹⁾

สาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สามารถแยกเป็นปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านตัววัยรุ่น ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม⁽²⁾ เช่น การเข้าถึงสื่อลามก ยังพบว่าวัยรุ่นทั้งชายและหญิงมีการส่งภาพเปลือยของตนเองให้ผู้อื่นผ่านทางโทรศัพท์ พร้อมกันนั้นก็ได้รับภาพเปลือย ภาพกึ่งเปลือยหรือวิดีโอโป๊เปลือยจากคนอื่นอีกด้วย⁽³⁾ ในการเข้าถึงสื่อลามกจากการส่งต่อภาพเปลือยทางสื่อออนไลน์นี้ ไม่ใช่วัยรุ่นทั้งหมดที่จะเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ วัยรุ่นต้องใช้วิจารณญาณในการรับสื่อ แต่การเข้าถึงสื่อลามกอนาจารนี้อาจส่งผลในด้านจิตสังคมของวัยรุ่นต่อไปในอนาคตได้⁽⁴⁾

การป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น พบว่ามีการร่วมมือกันของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ในการร่วมกันหาแนวทางป้องกัน เช่น การป้องกันด้านบุคคล คือ การแต่งกายให้เหมาะสม การป้องกันการดื่มสุราและสารเสพติด การป้องกันการเที่ยวกลางคืน การป้องกันการดูสื่อลามก การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร⁽⁵⁾ และยังมีการพัฒนาโปรแกรมสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์⁽⁶⁾ แต่ยังคงพบว่าปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

ที่ผ่านมาในพื้นที่มีการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคประชาชน แต่ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นก็ยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาที่ผ่านยังไม่สามารถอธิบายได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามมุมมองของวัยรุ่นเป็นอย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ของวัยรุ่น ซึ่ง Schiffman and Kanuk⁽⁷⁾ กล่าวว่าการศึกษาการรับรู้เป็นกระบวนการ

ซึ่งแต่ละบุคคลได้เลือกสรร จัดระเบียบ และตีความหมายสิ่งที่มากระตุ้น เพื่อที่จะสร้างภาพที่มีความหมายเป็นภาพรวมขึ้นมา เพื่อจะจะสามารถเข้าใจว่า ที่วัยรุ่นในพื้นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนี้ มีการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างไร มีการรับรู้การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวยังไง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการในการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาการรับรู้การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาการรับรู้การแก้ไขผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยศึกษาข้อมูลของวัยรุ่นหญิงที่กำลังตั้งครรภ์หรือหลังคลอดบุตรไม่เกิน 1 ปี ระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ 2559 ถึง เมษายน 2559 โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจาะลึกวัยรุ่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ลักษณะโครงสร้างและจำนวนสมาชิกครอบครัว รายได้เฉลี่ยและความเพียงพอของรายได้ การได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศจากบิดามารดา ระดับการศึกษา การทำงาน การใช้อุปกรณ์ในการติดต่อสื่อสาร การมีเพศสัมพันธ์และการป้องกัน การเที่ยวกลางคืน การใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และแหล่งความรู้เรื่องเพศ

2. แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกมีรายละเอียดครอบคลุม 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามการรับรู้ของวัยรุ่น การป้องกัน และการแก้ไขผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามการรับรู้ของวัยรุ่น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอรายชื่อวัยรุ่นหญิงที่กำลังตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรไม่เกิน 1 ปีในพื้นที่ที่ทำการศึกษ

2. ติดต่อผู้ปกครองและวัยรุ่นเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยที่ผู้วิจัยเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกและเหมาะสม หลีกเลี่ยงการบันทึกภาพของผู้ให้ข้อมูลทุกกรณี การบันทึกเสียงต้องได้รับความยินยอมก่อนการบันทึกการสนทนาทุกครั้ง และทำลายหลังสิ้นสุดกระบวนการศึกษา ไม่มีการเปิดเผยชื่อ สกุลผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลที่ได้ใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น

3. นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูลตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล สอบถามข้อมูลทั่วไปและสัมภาษณ์เจาะลึกวัยรุ่นในประเด็นการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การรับรู้การป้องกัน และแก้ไขผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น จากนั้นนำข้อมูลมาสรุปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และหากพบว่ามีประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยได้มีการสัมภาษณ์เจาะลึกอีกครั้งโดยการนัดหมายวัยรุ่นผู้ให้ข้อมูลเพื่อสัมภาษณ์เจาะลึกอีกครั้ง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกำลังตั้งครรภ์ 2 คน จบชั้นประถมศึกษา และหลังคลอด 6 คน กำลังเรียน 2 คน จบชั้นประถมศึกษา 2 คน ชั้นมัธยมศึกษา 2 คน รายได้หลักมาจากบิดามารดา ทุกคนเคยมีแฟนมาก่อนที่จะมีสามีคนปัจจุบัน และก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้ทุกคนมีการคุมกำเนิดในกลุ่มที่กำลังตั้งครรภ์รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด การสวมถุงยางอนามัย และการหลังภายนอก ก่อนที่จะมีสามีพบว่าวัยรุ่นทุกคนเคยเที่ยวกลางคืน โดยสถานที่ที่วัยรุ่นไปเที่ยวกลางคืนมากที่สุด คือ บ้านเพื่อน รองลงมาคือ งานมหรสพสมโภชน์ต่างๆ วัยรุ่นเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกคน และแหล่งข้อมูลความรู้เรื่องเพศของกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับเหมือนกันมากที่สุดคือ ได้รับความรู้จากมารดา และเพื่อน

1. การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ วัยรุ่นรับรู้ว่าการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นเป็นการกระทำที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน หรือเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่า “หนูว่าสิ่งที่วัยรุ่นเฮ็ดแล้ว เฮ็ดให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ตอนเรียน หรือท้องนั้นละ หนูคิดว่าเป็นความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นค่ะ ” จากการศึกษาสามารถมีประเด็นต่างๆ ดังนี้

การอยู่ด้วยกันลำพังสองต่อสอง วัยรุ่นรับรู้ว่าการได้อยู่เพียงลำพังกับเพื่อนที่ต่างเพศที่รักใคร่ชอบพอกัน ที่วัยรุ่นเรียกว่า แฟน โดยที่วัยรุ่นรับรู้ว่าเป็นแฟน หมายถึง “เพื่อนต่างเพศที่รู้สึกชอบพอกัน รู้สึกดี รู้สึกอบอุ่นใจ สนุกที่ได้อยู่ด้วยกัน ” และวัยรุ่นมักจะหาโอกาสอยู่ด้วยกันสองต่อสอง ดังคำกล่าวของวัยรุ่นที่ว่า “มันรู้สึกอยากอยู่น่า มีแต่อยากไปหาตลอดค่ะ กะเลยต้องไปหาเพื่อให้ได้อยู่ด้วยกันสองคนให้นานที่สุด ”

การเที่ยวกลางคืนกับแฟน เช่น การไปร่วมงานเทศกาลประจำปี เช่น งานสงกรานต์ปีเก่าต้อนรับปีใหม่ งานกาชาด งานวัดที่มีมหรสพสมโภชน์ เป็นต้น หลังจากการไปเที่ยววัยรุ่นบางรายแยกตัวไปลำพังเพื่อหาโอกาสใกล้ชิดและมีเพศสัมพันธ์กัน โดยสถานที่จะเป็นบ้านแฟน บ้านเพื่อน หอพัก หรือบ้านตัวเอง เป็นต้น ดังคำกล่าวของวัยรุ่นหญิงว่า “หลังงานเค้าความนี่ที่แล้ว แฟนหนูจะมาคุยกับหนูต่ออยู่หน้าบ้าน พอพอกับแม่เข้านอน แฟนหนูก็จะมามีเพศสัมพันธ์กับหนู แล้วจะพากันเข้าไปในห้องหนูค่ะ ”

การดื่มเครื่องดื่มสุรา วัยรุ่นรับรู้ว่าการดื่มสุราทำให้ทำให้รู้สึกสนุกสนาน สิมเรื่องน่าเบื่อ กล้าแสดงออกมากขึ้น และกล้าที่จะลองมีเพศสัมพันธ์ ดังคำบอกเล่าของวัยรุ่นหญิงว่า “กินเหล้า 285 ค่ะ กินแล้วกะกล้าเดิน แล้วกะม่วนค่ะ....แล้วกะกล้าที่จะลองมีเพศสัมพันธ์น้าค่ะ ” และในวัยรุ่นหญิงบางคน หลังดื่มสุราไม่สามารถควบคุมสติตนเองได้ ดังคำบอกเล่าของวัยรุ่นหญิงว่า “หนูตั้งสติได้ บมีแรงต่อต้านเฟ้น เป็นแขนขาหล่อยๆ เป็นน้ากินเหล้านี้ละคะ กะเลยปล่อยเลยตามเลย ”

การเข้าถึงสื่อลามกอนาจารและปฏิบัติตาม ชรุ่นรับรู้ว่าการเข้าถึงสื่อลามกอนาจารทำให้วัยรุ่นมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ เพราะทำให้วัยรุ่นรู้สึกมีอารมณ์ทางเพศและอยากลองทำตาม ดังคำกล่าวของวัยรุ่น

หญิงว่า “คุณหมอน่าจะได้ยินน้อค่ะ นักเรียนเรียนบ่จบ หรือมีลูกกะหลายคน...เป็นน่านักเรียนมักจะพากันจับกลุ่ม ดูคลิปโป๊แล้วพากันเลียนแบบ และไปทานอนน่านกันลองดู กะมีค่ะ”

การใช้โทรศัพท์มือถือในการเริ่มต้นทำความรู้จักกับเพื่อนต่างเพศหรือใช้นัดหมายพบกับแฟน วัยรุ่นรับรู้ว่าการใช้โทรศัพท์มือถือเป็นช่องทางที่ทำให้วัยรุ่นรู้จักกับแฟน เกิดความสนิทสนม มีเพื่อคุยไม่เหงา และทำให้นัดหมายพบกันสะดวกมากขึ้น โดยที่บิดามารดาไม่รู้ และมีการรับรู้ ว่า โทรศัพท์มือถือทำให้วัยรุ่นได้ทำความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพ จนกลายเป็นความรู้สึกรัก ผูกพัน จนเป็นแฟนกัน “ตอนแรกแฟนหนูกะโทรมาหา ขวนคุยถาม เรื่องของหนูว่าชอบหรือไม่ชอบอียัง คุยกัันอยู่ 2 เดือน กว่าๆ กะรู้สึกว่าได้คุยโทรศัพท์กันทุกวัน ไม่โทรไม่ได้” และเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ใช้ในการโทรนัดหมายเพื่อพบกันตามลำพัง

การคบเพื่อนต่างเพศเป็นแฟน วัยรุ่นรับรู้ว่าการคบเพื่อนต่างเพศนำสู่การเป็นแฟน และการคบกันแบบแฟน สามารถนำสู่การมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ได้ ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่า “ตอนแรกกะไม่ได้คิดอะไรรนำเขาคอกกะ เพราะมีแฟนอยู่แล้ว และบอกเขาว่าเป็นเพื่อนกันกะพอ..... จนเมื่อเกิดปัญหากับแฟนเก่า เพื่อนก็มาปลอบใจ จึงรู้สึก ว่าเขารักเราจริงๆ จากนั้นจึงยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วย”

การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน วัยรุ่นรับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่สามารถนำสู่การตั้งครรภ์ และเรียนหนังสือไม่จบได้ เพราะบางคนรู้สึกลายเพื่อน อายุคุณครู และบางคนท้องโดนตำบาคที่ต้องเดินทางไปเรียน ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่า “หนูกะรู้กะว่าการมีเพศสัมพันธ์ทั้งที่เรียนหนังสืออยู่ อาจจะทำให้เขาท้องและเรียนไม่จบได้ค่ะ”

2. การรับรู้การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่วัยรุ่นรับรู้ เป็นการกระทำของวัยรุ่นที่ช่วยไม่ให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามการรับรู้ของวัยรุ่น ซึ่งผลของการกระทำนั้นทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ในวัยเรียน จากการสัมภาษณ์เจาะลึกในวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นมีการรับรู้การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การไม่ดื่มสุรา การไม่อยู่ลำพังสองต่อสองกับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศ การ

ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดที่ถูกต้องเหมาะสม การพกตัวอย่างบุคคลที่เกิดผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ การได้รับคำแนะนำจากคุณครู หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเลี้ยงดูของบิดามารดาที่ไม่เข้มงวดหรือตามใจมากเกินไป ประกอบไปด้วย

การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ วัยรุ่นรับรู้ว่าการดื่มสุราเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยการดื่มของวัยรุ่นเกิดตัวของวัยรุ่นเองคือ ความอยากรู้ อยากลอง อยากสนุก เลียนแบบผู้ใหญ่ หรือเพื่อนชวน ดังคำกล่าวของวัยรุ่นหญิงในการรับรู้การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศว่า “ไม่กินเหล้าแต่แรกก็ไม่น่าจะท้องแบบนี้ค่ะ”

การไม่อยู่ลำพังสองต่อสองกับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศ วัยรุ่นรับรู้ว่าการอยู่ลำพังหรือการไปเที่ยวกับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ โดยมีความเกี่ยวข้องกับสถานที่ที่วัยรุ่นอยู่ลำพังกับแฟน เช่น เลียงนา บ้านแฟนหรือบ้านเพื่อนที่บิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วย ที่เป็นปัจจัยสนับสนุนให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นวัยรุ่นคิดว่า ถ้าจะป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น วัยรุ่นไม่ควรไปเที่ยวหรืออยู่ลำพังกับเพื่อนต่างเพศหรือแฟน ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่า “ถ้าไปไปนากับคู่บ่าวสาวสองคนวันนั้น ก็คงจะไม่ท้องแบบไม่มีพ่อแบบวันนี้หรอกค่ะ”

การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นจึงคิดว่าการที่จะป้องกันการเกิดผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น เช่น การตั้งครรภ์ในวัยเรียน การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นต้องหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยการปฏิเสธการขอของแฟน ดังคำกล่าวของวัยรุ่นหญิงในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นเมื่อถูกแฟนขอมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกว่า “ถ้าย้อนไปได้ตอนนั้นกะสิปฏิเสธ...บ่ให้แฟนได้มีเพศสัมพันธ์นาคะ”

การคุมกำเนิดที่ถูกต้องเหมาะสม วัยรุ่นรับรู้ว่าตัวเองยังไม่รู้ถึงวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังกรณีการลืมรับประทานยาคุมกำเนิดแล้วไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไร ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่า “ลืมกินช่วงงานศพาคะ ลืมกิน 5 วันต่อกัน กะเลยเซากินเลย ละกะบ่รู้ว่าต้องคุม

ยังไปต่อ...ปกติประจำเดือนกะมาไม่สม่ำเสมอก็เลยคิดว่าไม่
น่าท้องไว้” วัยรุ่นที่หนึ่งรายรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เกิดจากการ
คุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม “ถ้าแฟนหนูไม่หลังข้างนอก และ
หนูกินยาคุมแต่แรก หนูกะคงไม่ต้องค่ะ”

การยกตัวอย่างบุคคลที่เกิดผลกระทบจากการมี
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ วัยรุ่นรับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์
ยกตัวอย่างบุคคลในชุมชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หรือ
เกิดผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ วัยรุ่นคิด
ว่าอาจจะทำให้วัยรุ่นเกิดความตระหนัก หรือมีความ
ระมัดระวัง หรือคิดไตร่ตรองมากขึ้น ก่อนที่จะการกระทำ
สิ่งต่างๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาดังกล่าว เช่น ตั้งใจเรียน
ไม่หนีเรียน เป็นต้น ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่าถ้ามีลูกจะบอก
เล่าเรื่องราวของตนเองให้ลูกฟัง เพื่อเป็นบทเรียนในการ
ดำเนินชีวิต ไม่ให้ลูกเอาเป็นแบบอย่าง “กะสยิกตัวอย่าง
ตัวเองกะ เพราะได้ลูกแล้วลำบาก เรียนก็ไม่จบ”

การมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ วัยรุ่นรับรู้ว่าการอบรมนักเรียนโดย
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านในเรื่องการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งตนเองเคยผ่านการอบรม 2 ครั้ง
จะเข้าใจและจดจำเฉพาะหลังอบรมแล้วก็ลืม วัยรุ่นจึง
ต้องการให้มีการทบทวนความรู้และประเมินความรู้ของ
วัยรุ่นด้วย เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง

การได้รับคำแนะนำจากคุณครูหรือเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณครูประจำชั้นในระดับชั้น
มัธยมไม่เหมือนกับคุณครูประจำชั้นในระดับชั้นประถม
เพราะไม่ให้ความคุ้นเคยหรือความสนิทสนมเหมือนตอน
เรียนชั้นประถม จึงไม่กล้าที่จะปรึกษาเรื่องส่วนตัว
นักเรียนอยากได้คำปรึกษาจากคุณครูที่เป็นกันเอง และ
วัยรุ่นรับรู้ว่าการได้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัยรุ่น
อาจจะไม่ตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่า “ถ้าหนู
มาปรึกษาหมอตั้งแต่ก่อนที่จะท้อง หนูกะก็ลืมท้องดอก
กะ แต่หนูกะรู้สึกอยากอายคุณหมอมือที่จะมาว่าเรื่องการมี
เพศสัมพันธ์แบบนั้น”

บิดามารดาไม่ควรเลี้ยงดูเข้มงวดหรือตามใจมาก
เกินไป วัยรุ่นรับรู้ว่าการวัยรุ่นต้องมีแฟน หรือต้องตั้งครรภ์
ในครั้งนี้ บางส่วนบอกว่าเกิดจากการเลี้ยงดูของบิดา
มารดาที่เข้มงวด ห้ามออกจากบ้านเด็ดขาด หรือให้อิสระ

ทุกอย่าง ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่า “ถ้าพ่อกับแม่ไม่เข้มงวด
หลาย หนูกะคงไม่เป็นแบบทุกวันนี้...ห้ามออกจากบ้าน
เด็ดขาด ถ้าอยากไปไหนพ่อกับแม่จะพาไปจะพาไป...หนู
รู้สึกว่าการเข้มงวดเกินไปค่ะ” และอีกรายที่รับรู้ว่าการบิดามารดา
เลี้ยงแบบตามใจกล่าวว่า “ตามใจลูกหลายคือพ่อกับแม่หนู
ก็ไม่ดี หนูจะทำยังก็ไม่ได้ห้ามไม่ว่า.....ถ้าพ่อแม่บอกหรือ
คำหนูแต่แรก หนูก็จะไม่มีลูกทั้งที่ยังเรียนไม่จบแบบนี้
หรอก”

3. การรับรู้การแก้ไขผลกระทบจากปัญหา
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่วัยรุ่นรับรู้ เป็นการ
จัดการกับผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตาม
การรับรู้ของวัยรุ่น เมื่อวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กับแฟน จนเกิด
การตั้งครรภ์ จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นมีการ
รับรู้การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ได้แก่ การปกปิดความจริง
เรื่องการตั้งครรภ์กับบิดามารดา การเปิดเผยความจริงเรื่อง
การตั้งครรภ์กับบิดามารดา การหยุดเรียน การสู้อทนและ
แต่งงานตามประเพณี และการจ่ายค่าปรับไหมได้แก่

การปิดบังความจริง วัยรุ่นมีการรับรู้ว่าการบิดา
มารดาหรือผู้ปกครองรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น
บิดา มารดารับรู้ว่าการบุตรหลานมีเพศสัมพันธ์ หรือตั้งครรภ์
แล้ว จะลงโทษ หรือดูคำว่าการด่า ดังนั้น วัยรุ่นจึงไม่บอก
บิดามารดาเรื่องการตั้งครรภ์ ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่า
“แฟนถามว่าพ่อแม่เรารู้ยัง หนูก็บอกว่ายัง แฟนหนูก็บอก
ให้ไปบอกแม่ แต่หนูกะไม่ได้บอก ...กลัวแม่ตี แม่ด่า”

การเปิดเผยความจริง เมื่อรู้ว่าตัวเองตั้งครรภ์
ความรู้สึกครั้งแรกที่เกิดขึ้นคือกลัวเลี้ยงลูกไม่ได้ แต่เมื่อได้
พูดคุยกับมารดาก็มีความมั่นใจว่า มารดาจะให้ความ
ช่วยเหลือในการดูแลบุตรที่กำลังจะเกิดขึ้น ดังคำกล่าวของ
วัยรุ่นว่า “ก็คิดว่าตัวเองจะเลี้ยงลูกได้ยังไง ไม่มีเงิน แต่แม่ก็
บอกว่าไม่ต้องกลัว ขนาดหมาแมวยังเลี้ยงได้ นี่หลานแท้ๆ
แม่จะเลี้ยงเอง หนูก็เลยสบายใจขึ้น”

การหยุดเรียน เมื่อวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์วัยรุ่นหญิง
จะหยุดเรียน หรือออกจากโรงเรียน เพราะรู้สึกอายเพื่อน
อายุคุณครู เบื่อที่ต้องไปเรียน บางรายหยุดเรียนเพื่อคลอด
บุตรแล้วกลับไปเรียนอีกครั้งหลังพักฟื้นหลังคลอด
ประมาณ 7 วัน ดังคำกล่าวของวัยรุ่นหญิงที่ออกจาก
โรงเรียน เพราะอยากอยู่ด้วยกันกับแฟนว่า “หลังจากนั้น

หนูก็ออกจากโรงเรียนและไม่ไปเรียนอีก เพราะหนูเที่ยวไปหาแฟนบ่อยหลาย” และอีกหนึ่งรายที่ไม่ไปโรงเรียนหลังจากที่หลบเรียนแล้วไปค้างบ้านเพื่อนกับแฟน ด้วยเหตุผลว่า เบื่อที่จะเรียน ดังคำกล่าวว่า “หนูก็ออกมาเลยละ ไม่ไปเรียนอีกตั้งแต่วันทีกลับมาจากเที่ยวกับแฟน ก็เบื่อกะ ไม่อยากจะเรียนแล้ว ก็เลยออกเลย”

การต่อสู้และแต่งงานตามประเพณี การให้ฝ่ายชายมาสู่ขอเพื่อหมั้นหมาย และจัดงานแต่งงานโดยมีการเชิญเฉพาะญาติคนสนิทเท่านั้น และงานแต่งงานจะจัดขึ้นภายหลัง และบางรายไม่มีการแต่งงาน ดังคำกล่าววัยรุ่นว่า “ก็ให้แฟนมาสู่ขอตามประเพณี ไม่ให้คนนินทาและวัยรุ่นอีกหนึ่งรายที่มีการรับรู้ว่าการหมั้นหมายคือการแก้ไขปัญหของตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า “ผู้ใหญ่กะเลยให้หมั้นกัน หมั้นกันแล้วหนูกะมานอนอยู่บ้านกับแฟนหนูละ”

การจ่ายค่าปรับไหม ถ้าตกลงกันไม่ได้เรื่องค่าสินสอดในการหมั้นหมายในการสู่ขอหรือการแต่งงาน ครอบครัวฝ่ายหญิงจะเรียกร้องเป็นเงินค่าปรับ ซึ่งวัยรุ่นรับรู้ไว้ เมื่อมีการจ่ายค่าปรับไหมกันแล้วคือการแก้ไขปัญหาลงแล้วฝ่ายชายจะย้ายเข้ามาอยู่บ้านฝ่ายหญิง ดังคำกล่าวของวัยรุ่นว่า “แล้วแฟนหนูก็ได้มาอยู่บ้านด้วย หลังจ่ายค่าปรับไหมไป 2,000 – 3,000 บาท”

อภิปรายผล

ก่อนการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์และมีบุตรในครั้งนี้ทั้งหมดทุกคน ทั้งนี้เนื่องด้วยเหตุผลหลายอย่างของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ การลืมรับประทานยาแล้วไม่รู้ว่าต้องทำอะไร การใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสมในการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมถึงการละเลยที่จะสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กัน เพราะวัยรุ่นรับรู้ไว้ว่า การไม่สวมแค่ครั้งเดียวไม่น่าจะทำให้ตั้งครรภ์ได้ เหตุผลข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดของวัยรุ่น และความตระหนักในผลที่จะตามมาของการไม่ป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิทยากร และคณะ⁹ เกี่ยวกับสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น คือ การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ดังนั้นควรมีการพัฒนาความรู้ในเรื่องการวางแผนครอบครัวแก่วัยรุ่น โดยที่

ไม่มุ่งเน้นเฉพาะการคุมกำเนิดเพื่อไม่ให้ตั้งครรภ์เพียงอย่างเดียว

ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากด้านของครอบครัว จะพบว่า วัยรุ่นรับรู้ไว้ว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ในวัยเรียน เกิดจากการเลี้ยงดูของบิดา มารดาที่เลี้ยงดูวัยรุ่นด้วยความเข้มงวด หรือการตามใจมากเกินไป เช่น ไม่ให้ไปไหน ดุด่าหรือทำโทษทุกครั้งทีออกจากบ้าน หรือให้นุตรอาศัยอยู่บ้านคนเดียว ไม่ห้ามเมื่อทำตัวไม่เหมาะสม ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าการเลี้ยงดูของครอบครัวมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางเพศของบุตร ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของเกศินี สราญฤทธิชัย⁸ ว่ารูปแบบการเลี้ยงดูของบิดา มารดาแบบเข้มงวดจะผลักดันให้นุตรรู้สึกว่าการบิดา มารดาไม่เข้าใจ เกือบกด และต้องการทำในสิ่งที่ตนต้องการ จึงแสดงพฤติกรรมต่อต้านการอบรมสั่งสอนของบิดา มารดา และการเลี้ยงดูแบบปล่อยอิสระ ทำให้นุตรแสดงพฤติกรรมต่างๆ ตามใจตัวเอง และเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้นควรมีการประเมินการขัดเหลาทางสังคมของครอบครัวในเรื่องเพศ โดยใช้เครื่องมือการขัดเหลาทางสังคมในเรื่องเพศของครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น (Sexual Socialization in Family with Adolescent Scale: SSFAS) ของเกศินี สราญฤทธิชัย (2550) เพื่อจะได้คัดกรองครอบครัวจากรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัวว่ามีความเสี่ยงหรือไม่เสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศ และในวัยรุ่นที่เกิดผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีการรับรู้ต่อรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดา มารดาเป็นอย่างไร

ในการรับรู้การแก้ไขผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น วัยรุ่นมีการรับรู้การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นว่า เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ วัยรุ่นจะปิดบังความจริงจากบิดา มารดา เนื่องจากความกลัว ความกังวลที่จะถูกด่าว่ากล่าว หรือทำโทษรุนแรง ดังนั้นวัยรุ่นจึงจัดการกับปัญหานี้ด้วยการเลือกที่จะปิดบังความจริงไว้ แต่จะปรึกษาหรือระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับเพื่อนหรือแฟน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี สราญฤทธิชัย¹⁰ ในการศึกษาการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่พบว่า เมื่อทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อเอดส์จะปกปิดความจริงต่อครอบครัว และจะดำเนินชีวิตไปตามปกติ แต่เมื่อมีบุคคล

มาเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวไม่ได้ กลัวครอบครัวรังเกียจ ไม่ยอมรับ และเมื่อบิดามารดาได้รับความจริงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครรภ์ของบุตร บิดามารดาจะแสดงออกถึงความเสียใจ หดหู่ แต่เป็นในช่วงระยะเวลาแรกๆ ที่รับรู้เท่านั้น หลังจากนั้นบิดามารดาจะดูแลบุตรและหลานที่เกิดขึ้นด้วยหน้าที่ และความรักที่บิดามารดาพึงมีแก่บุตรเหมือนเดิม ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนของกิ่งดาว มโนวรรณ¹¹ที่พบว่า เมื่อผู้ปกครองทราบจะความรู้สึกเสียใจ หดหู่ แต่ไม่ได้ต่อต้านรุนแรง และให้การดูแลช่วยเหลือตามหน้าที่ ในการปกปิดความจริงของวัยรุ่นนี้ยังส่งผลต่อวัยรุ่นใน

เรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่วัยรุ่นควรจะได้รับ ตั้งแต่ก่อนที่วัยรุ่นจะตั้งครรภ์ ถ้าวัยรุ่นเปิดเผยเรื่องการมีแฟน หรือการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นก็อาจจะสามารถเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ และถ้าวัยรุ่นเปิดเผยการตั้งครรภ์กับบิดามารดา ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ วัยรุ่นจะได้รับบริการการดูแลตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์

ดังนั้น พยาบาลชุมชนควรการทำงานเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อค้นหาวัยรุ่นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และวัยรุ่นที่เกิดผลกระทบแล้ว เพื่อให้วัยรุ่นได้รับบริการที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานนัยการเจริญพันธุ์. สถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2558 จาก http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/rh_Situation56.pdf; 2555.
- 2.อชรา พลายละหาร. ผลกระทบและแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลมะขามล้อม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
- 3.Benotsch, G.E., Snipes, J.D., Martin, M.A., Bull, S.S. Sexting, substance use, and sexual risk behavior in young adults (Electronic version). **J Adolesc Health** ; 2013, 52(3): 307-313.
- 4.Livingstone, S. & Smith, K.P. Annual Research Review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: the nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. (Electronic version). **Journal of Child Psychology and Psychiatry**; 2013, 55(6): 635-654.
- 5.ไพฑูริญ ภูมัยโชติ. การพัฒนาแนวทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.
- 6.วราวรรณ ทิพย์วิริทธิ์ และนันทน์กมล สารพานิช. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลพลายชุมพล อำเภอมือง จังหวัดพิจิตร : วารสาร การพยาบาล และสุขภาพ; 2555, 6(3): 94-106.
- 7.Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. **Consumer behavior (8th ed.)**. New Jersey : Pearson Education International ; 2004.
- 8.เกศินี สราญฤทธิชัย. การขัดเกลาทางสังคมในเรื่องเพศและสุขภาพทางเพศ: กรณีศึกษาในครอบครัวชนบทอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2550.
- 9.วิฑูริญ ท่อแก้ว, คลพัฒน์ ยศธร และสิทธิพร กล้าแข็ง. วัยรุ่น : รักยั่วตัวตน อดทนมุ่งมั่นบากบั่นเพื่ออนาคต. **จดหมายข่าวสาระเพื่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว** ; 2555, 7(1): 13.
- 10.เกศินี สราญฤทธิชัย. การอยู่ร่วมกันของครอบครัวผู้เป็นโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2542.
11. กิ่งดาว มโนวรรณ. แนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์: กรณีศึกษาโครงการดูแลแม่ไว้อย่างปลอดภัยในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรการพัฒน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ; 2553.

การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

THE DEVELOPMENT OF A PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF HYPERTENSION RISK GROUP IN COMMUNITY

อังสวีย์ ทาริวงศ์¹ เกษินี สารณฤทธิชัย²

Angsawee Thariwong¹ Kesinee Saranrittichai²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการและพัฒนาแนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรม การร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงขาดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ขาดการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ได้มีการจัดประชุมระดมสมองเพื่อร่วมวางแผนพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตามแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การประเมินผล พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.5) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.67) กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.19$, $SD = 0.64$) ภายหลังการพัฒนาพบค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.70$) กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวโดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{X} = 2.37$, $SD = 0.58$) ภายหลังการพัฒนาพบค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.49$) ภายหลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงมีระดับความดันโลหิตลดลงทุกคน

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, แนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The objectives of this action research were to study the situation and the needs in the prevention of hypertension in the community and to develop the guidelines for the prevention of hypertension in the vulnerable group in the community based on self-efficacy theory. The target group consisted of 24 people in the hypertension risk group, 6 village health volunteers and 2 officials from Health Promoting Hospital. The tools used in this research interviews, in-depth interview and discussion group guidelines and the record of the observation of the participation in the activities. Content analysis was employed to analyze qualitative data and descriptive statistics were used to analyze quantitative data.

The study found that the situation analysis of the risk group included lack of knowledge about hypertension and self-efficacy and they had inappropriate eating habits, exercising and stress management. The brainstorming meeting was held for planning development of a practice guideline for prevention of hypertension risk group in community. The theory of self-efficacy was applied in conducting the research. According to the evaluation, it was revealed that 1) the knowledge about hypertension of the risk group was increased and it was improved to a moderate level (62.5 percent). After the development, it was at a high level (91.67percent). 2) The self-efficacy of the risk group before the development was in a moderate level ($\bar{X} = 3.19$, $SD = 0.64$). However, after the development, it was increased to a high level ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.70$). 3) The risk group had overall behaviors before the development in the appropriate level ($\bar{X} = 2.37$, $SD = 0.58$), but after the

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

development, the mean increased in highly appropriate level ($\bar{X}$ = 3.87, SD = 0.49). 4) The level of blood pressure of all people in the vulnerable group decreased. 5) The effective practice guidelines for prevention of hypertension in risk group in community were obtained.

Key word: Risk Group for Hypertension, Prevention of Hypertension, A Practice Guideline for Prevention of Hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างมากในปัจจุบัน มีการคาดการณ์ว่า พบอัตราการตายจำนวน 1.5 ล้านคนเกือบทุกปี ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยพบกลุ่มเสี่ยงที่กลายเป็นกลุ่มป่วยสูงถึง 42.9 ต่อพันประชากร ซึ่งเป็นผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 25 โรคหลอดเลือดในสมองตีบและแตก ร้อยละ 40 และยังพบว่า มีอีกจำนวนมากที่ไม่รู้ตัวว่าตนเองมีความผิดปกติ ทราบก็ต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว ซึ่งอาจทำให้มีการเสียชีวิตฉับพลันหรือเกิดความพิการที่ไม่สามารถแก้ไขได้ แม้จะมีความดันโลหิตที่สูงเพียงเล็กน้อยแต่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมภายใน 7-10 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้หลอดเลือดถูกทำลายและเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนเวลาอันควรได้เป็นผลให้ภาระการดูแลมากขึ้น สูญเสียทรัพยากร เศรษฐกิจและทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลายวิธี ได้แก่ 1) กิจกรรมการให้ความรู้ ให้สุศึกษาเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีการจัดปฐปะชาสัมพันธการป้องกันโรค แจกคู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและส่งจดหมายให้ความรู้ กระตุ้นเตือน^{6,9} 2) การออกกำลังกายสามารถลดความดันโลหิตได้ โดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำพลองหรือปั่นจักรยาน ทำให้ระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง⁷ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม มีการกระตุ้นเตือนกันเองในการควบคุมการรับประทานรสเค็ม ช่วยในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้¹⁰

จากฐานข้อมูล รพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555-2558 ด้วยอัตรา 188.9, 215.1,

222.6 และ 228.5 ต่อพันประชากรตามลำดับจากการพุดคุยกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเบื้องต้นพบว่า กลุ่มเสี่ยงขาดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเด็นสำคัญคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วยเป็นโรคจึงไม่ได้มีการควบคุมอาหารรสเค็ม คิดว่าการควบคุมอาหารรสเค็มทำได้ยากเนื่องจากอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นบ้านซึ่งเป็นส่วนประกอบของปลาร้า ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอและไม่มั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบไม่เอื้ออำนวย บางส่วนมีความเครียดและใช้วิธีการจัดการความเครียดด้วยวิธีการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนั้นหากมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ ก็จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดให้เหมาะสมขึ้นได้ การดำเนินงานของ รพ.สต. ปี พ.ศ. 2555 ถึงปัจจุบัน ได้เริ่มมีการคัดกรองกลุ่มปกติที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงทุกปี กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มีการจัดตั้งคลินิกโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCD) แต่ในกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีแนวทางการดำเนินการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. พัฒนาแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ขอบเขตของงานวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในหมู่บ้านชนบท หมู่ 1 ที่มีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ความดันโลหิตจำนวนมากที่สุด ในช่วงเดือนสิงหาคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2559

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 32 คน ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ค่าความดันโลหิต $\geq 120/80$ mm.Hg-139/89 mmHg. และมีปัจจัยเสี่ยงร่วมอย่างน้อย 1 ข้อ จำนวน 24 คน อสม.(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน) ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานโรคเรื้อรัง จำนวน 2 คน เป็นระยะเวลา 8 เดือน คือ เดือนสิงหาคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลมี 4 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบ สัมภาษณ์ ความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและแนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยมีข้อคำถาม 12 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีข้อคำถาม 30 ข้อ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนที่ 5 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในประเด็นบทบาทในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน การจัดกิจกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาทักษะการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไข **ชุดที่ 2** แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในประเด็นบทบาทหน้าที่ การดำเนินงานและนโยบายในการป้องกันโรคสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาทักษะการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาอุปสรรค

และวิธีการแก้ไข **ชุดที่ 3** แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในประเด็นบทบาทหน้าที่ การจัดกิจกรรมและนโยบายการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาทักษะป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไข ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)² **ชุดที่ 4** แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการร่วมกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกกระบวนการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ทำการตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านและนำแบบสัมภาษณ์ 3 ชุด มาหาความเชื่อมั่น พบว่า แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงนำมาวิเคราะห์โดยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-20 ได้เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 0.88 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.83

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2558 เลขที่ HE 582187

วิธีดำเนินการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis, & Mc Taggart, 1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (Situation Analysis) วางแผนพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (Planning: P) ปฏิบัติตามแผนงาน (Action: A) การสังเกต (Observation: O) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection: R) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (Situation Analysis) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 สัปดาห์ โดยการเก็บข้อมูลจาก 3 กลุ่ม คือ ใช้แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของ

ตนเอง (Self-Efficacy) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน สัมภาษณ์เชิงลึกใน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน สนทนากลุ่มในอสม. จำนวน 6 คน แล้วสะท้อนสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง คือ กลุ่มเสี่ยงขาดความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงขาดการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนพัฒนาแนวทางการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง (Planning: P) มีการจัดประชุมระดม สมอ ระยะเวลา 1 วัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคงบึง มีผู้เข้าร่วม จำนวน 31 คน คือ กลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน อสม. จำนวน 5 คน อสม. อีก 1 คน ดิฉกรรจ์ไม่สามารถเข้าร่วมได้ เจ้าหน้าที่ รพ. สต. 2 คน ร่วมกันวางแผนหาแนวทางในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ดังนี้ 1) ประชุมเชิง ปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคความดัน โลหิตสูงและกิจกรรมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง(Self-Efficacy) 4 ส่วน คือ 1.ประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ ได้แก่ กิจกรรมการเลือกเมนูอาหารด้านโรค ความดันโลหิตสูงกิจกรรมแสดงปริมาณโซเดียมใน เครื่องปรุงรส กิจกรรมฝึกการอ่านฉลากอาหาร กิจกรรม การติดป้ายกำหนดปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับบนภาชนะ บรรจุเครื่องปรุงรสชนิดต่างๆที่บ้านฝึกกิจกรรมการออก กกำลังกายโดยการเดินเร็ว ฝึกกิจกรรมการนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด 2. กิจกรรมการนำเสนอตัวแบบ คือ การนำผู้ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต สูงที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม มาแสดงให้กลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้เห็นเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ตนเองสามารถปฏิบัติได้อย่างตัวแบบเช่นกัน ซึ่ง สอดแทรกในกิจกรรมการให้ความรู้และการติดตามเยี่ยม บ้าน 3. การใช้คำพูดชักจูงให้กลุ่มเสี่ยงรู้สึกว่าจะสามารถ

ปฏิบัติได้จริงและเป็นประโยชน์ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยสร้างบรรยากาศให้เป็นไปอย่างผ่อนคลายเป็นกันเอง ไม่เกิดความรู้สึกกดดัน ให้กลุ่มเสี่ยงรู้สึกอยากปฏิบัติ กิจกรรม 2) การปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน คือ การรับประทานอาหาร ด้านโรคความดันโลหิตสูง (D.A.S.H.) การออก กกำลังกายโดยการเดินเร็ว การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลาย ความเครียด ซึ่งภายหลังการปฏิบัติทุกครั้งกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงมีการบันทึกลงคู่มือการปฏิบัติตัว กิจกรรมที่บ้าน 3) ติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตาม สอบถามจากผู้วิจัย ร่วมกับ อสม.และตัวแบบ

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผนงาน (Action: A) โดย ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน มีกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วม จำนวน 24 คนและอสม. จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.จำนวน 2 คน เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ซึ่งมีการประชุม เชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 1 วัน ซึ่งอสม.มีส่วนช่วยในการ จัดเตรียมสถานที่และอาหารว่าง จัดเตรียมอุปกรณ์ อำนวย ความสะดวกและเจ้าหน้าที่รพ.สต.ช่วยในการบรรยายให้ ความรู้ ควบคุมติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมทุก กิจกรรม การปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านและการติดตามเยี่ยม บ้าน โทรศัพท์ติดตามสอบถามจากผู้วิจัย ร่วมกับอสม.และ ตัวแบบ ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การสังเกตประเมินผล (Observation: O) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ในการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดของกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 5 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection: R) โดยการสะท้อนการปฏิบัติว่ากิจกรรมใดที่ได้รับการพัฒนา ตามแผนที่วางไว้และกิจกรรมใดที่ต้องได้รับการปรับปรุง แก้ไขเพื่อส่งต่อให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน พบว่า เป็นเพศหญิง

มากกว่าเพศชาย อายุพบกลุ่มเสี่ยงอายุน้อยที่สุด 17 ปีและอายุมากที่สุด 75 ปี โดยเฉลี่ยอายุ 46 ปี ค่าดัชนีมวลกายพบน้ำหนักเกิน ร้อยละ 25 ความยาวรอบเอวเกิน ร้อยละ 29.2 สถานะภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 54.2 พบระดับการศึกษามากที่สุดคือระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 45.8 พบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 58.3 พบประวัติมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดในสมองมากถึงร้อยละ 62.5

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ภายหลังการพัฒนาอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.67 .

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องรายข้อก่อนและหลังการพัฒนา (N=24)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ความรู้เกี่ยวกับโรค		
1.ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดแต่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้	23 (95.83)	23 (95.83)
2. ระดับความดันโลหิตที่อยู่ในช่วง 120 – 139 กับ 80 – 89 mm.Hg.ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	4 (16.67)	19 (79.17)
3. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่องมีโอกาสเกิดเส้นเลือดในสมองแตกเป็นอัมพาตได้	21 (87.50)	22 (91.67)
4. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนานๆจะทำให้เป็นโรคไตวายได้	3 (12.5)	21 (87.50)
5. โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้	1 (4.17)	22 (91.67)
ด้านการรับประทานอาหาร		
6. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	17 (70.83)	24 (100)
7. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น กะทิ ขนมหวาน อาหารผัดทอด เป็นต้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	16 (66.67)	22 (91.67)
8. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น หมัก ไข่แดง เครื่องในสัตว์ เป็นต้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	14 (58.33)	17 (70.83)
9. อาหารรสหวานมีส่วนเกี่ยวข้องโดยอ้อมต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	10 (41.67)	11 (45.83)
ด้านการออกกำลังกาย		
10. หากออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอจะสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	22 (91.67)	24 (100)
11. การออกกำลังกายรวมกันอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือรวมกันอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้	15 (62.5)	22 (91.67)
12. การทำงานในชีวิตประจำวัน ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย	1 (4.17)	17 (70.83)
ด้านการควบคุมน้ำหนัก		
13. ความอ้วน เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	22 (91.67)	20 (83.33)
14. การลดน้ำหนักเป็นการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	21 (87.5)	15 (62.50)
ด้านการจัดการความเครียด		
15. ความเครียด อารมณ์ฉุนเฉียว ความโกรธ จะมีส่วนทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น	21 (87.50)	22 (91.67)
16. การผ่อนคลายความเครียด มีผลช่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ใน	21 (87.50)	22 (91.67)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องราย
ข้อก่อนและหลังการพัฒนา (N=24)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับที่เหมาะสม		
17. การดื่มเครื่องดื่มที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจในปริมาณมากเป็นประจำ เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กาแฟ น้ำอัดลม ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต	14 (58.33)	22 (91.67)
18. การสูบบุหรี่ไม่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	5 (20.83)	24 (100)

จากตาราง 1 พบว่า ข้อที่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตอบถูกเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนามากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ จากร้อยละ 4.17 เป็น ร้อยละ 91.67 โดยก่อนการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการรับประทานอาหารรสเค็มและไม่ออกกำลังกาย ซึ่งไม่เคยทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ รองลงมา คือ การสูบบุหรี่ไม่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งก่อนการพัฒนากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ทราบเพียงว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อปอดเท่านั้น จึงตอบถูกต้องเพียง ร้อยละ 20.83 ซึ่งภายหลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงทราบว่าบุหรี่มีผลต่อความดันโลหิต และสามารถตอบได้ถูกทุกคน ร้อยละ 100 และอีกข้อคือ คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนานๆจะทำให้เป็นโรคไตวายได้ ซึ่งก่อนการพัฒนากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับไต จึงสามารถตอบข้อนี้ได้ถูกต้องเพียง ร้อยละ 4.17 ภายหลังการพัฒนากลุ่ม

เสี่ยงสามารถตอบถูกต้องเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 91.67 ข้อที่กลุ่มเสี่ยงตอบถูกได้น้อยลงจากก่อนการพัฒนา คือ การลดน้ำหนักเป็นการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จากร้อยละ 87.5 ลดลงเป็นร้อยละ 62.50 และความอ้วน เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจากร้อยละ 91.67 ลดลงเป็นร้อยละ 83.33 ซึ่งภายหลังการพัฒนากลุ่มเสี่ยงมีความสับสนกับการเกิดโรคอื่นๆโดยเห็นว่าความอ้วนทำให้เกิดโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ข้อที่กลุ่มเสี่ยงตอบถูกน้อยที่สุดภายหลังการพัฒนา คือ อาหารรสหวานมีส่วนเกี่ยวข้องโดยอ้อมต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.83 เนื่องจากบางส่วนยังเข้าใจว่าอาหารหวานจะเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานเท่านั้น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นกลุ่มเสี่ยงยังสามารถตอบถูกได้มากกว่าก่อนการพัฒนา

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ภายหลังการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ตาราง 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายด้านก่อนและ หลังการพัฒนา (N=24)

การรับรู้ ความสามารถของตนเอง	ก่อน		ระดับการรับรู้	หลัง		ระดับการรับรู้
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.	
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการควบคุมอาหาร	3.42	0.64	ปานกลาง	4.02	0.64	มาก
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการออกกำลังกาย	2.36	0.35	น้อย	4.25	0.69	มาก
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการจัดการความเครียด	3.13	0.78	ปานกลาง	4.29	0.79	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังการพัฒนากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยรายด้านจากก่อนการพัฒนากับภายหลังการพัฒนามากที่สุด

คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการออกกำลังกาย จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 เพิ่มขึ้นเป็น 4.25 ซึ่งมีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ถูกต้องและเหมาะสมได้

ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายได้เหมาะสมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนามากที่สุดด้วย รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการจัดการความเครียด จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 เพิ่มขึ้นเป็น 4.29 และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการควบคุมอาหาร จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 เพิ่มขึ้นเป็น 4.02

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้านโรคความดันโลหิตสูง(D.A.S.H.) การออกกำลังกายโดยการเดินเร็วและการนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียดของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายด้านก่อนและหลังการพัฒนา (N=24)

พฤติกรรม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมด้านรับประทานอาหาร	2.18	0.55	เหมาะสม	4.02	0.64	เหมาะสมมาก
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	1.43	0.55	ไม่เหมาะสม	4.25	0.69	เหมาะสมมาก
พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด	2.97	0.65	เหมาะสมมาก	4.29	0.79	เหมาะสมมาก

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมภายหลังการพัฒนาทางด้าน 3 ด้าน อยู่ในระดับที่เหมาะสมมากที่สุดสามด้าน โดยพบด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนามากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายจากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.43 เพิ่มขึ้นเป็น 4.25 กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งมีการออกกำลังกายโดยการเดินเร็วได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอโดยมีการพูดคุยเพื่อบริหารเวลาออกกำลังกายร่วมกันเพื่อให้เกิดความเหมาะสม รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านรับประทานอาหาร จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 เพิ่มขึ้นเป็น 4.02 กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยลดอาหารเค็ม มีการอ่านฉลากอาหารก่อนซื้อ ใช้ น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร มีการพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการประกอบอาหารเป็นประเภท ตุ่น ต้ม นึ่ง แทน รวมไปถึงลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ด้วย ลดการรับประทานอาหารจานด่วน ลดการรับประทานขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม เมื่อครบครวได้รับทราบถึงกิจกรรมทำให้เกิดความร่วมมือในการประกอบอาหารลดเค็ม ลดมัน ให้กลุ่มเสี่ยงรับประทานและพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 เพิ่มขึ้นเป็น 4.29 กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการความเครียดโดยสามารถใช้นั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสมโดยสามารถปฏิบัติติดต่อกัน

จนเคยชินทำให้สามารถระงับความคิดได้ยาวนาน สามารถควบคุมตัวเองได้มากขึ้น คิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาลดการใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการสูบบุหรี่ในกลุ่มเสี่ยงที่สูบบุหรี่ได้

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีระดับความรู้ดีขึ้นจากก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ภายหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.67 โดยกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ในกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร เจือจันทิก, 2552 บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล, 2554 และสารทิ แสงเดช, 2554) “ซึ่งมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้วยการบรรยาย ประกอบสื่อการเรียน พบกลุ่มเสี่ยงมีความรู้สูงขึ้นและสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น คือ กลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.15 ภายหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 12.56 ซึ่งกิจกรรมในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 กิจกรรมหลัก

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)¹¹ ช่วยให้การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดดีขึ้น ระดับความดันโลหิตลดลงทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรานี โหมขุนทด (2551)³ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ผลการศึกษา พบว่า จากก่อนการพัฒนาเหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 ภายหลังการพัฒนาพบค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นเหมาะสมมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยมีการวางแผนการรับประทานอาหารเช้า ซึ่งพบว่า กลุ่มเสี่ยงได้เรียนรู้ปริมาณโซเดียมที่บริโภคในแต่ละวันจากการเข้าร่วมกิจกรรมและได้เรียนรู้ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสแต่ละชนิด ทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถประเมินและควบคุมการบริโภคโซเดียมของตนเองได้สอดคล้องกับสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) กล่าวว่าการลดการรับประทานอาหารรสเค็มและอาหารที่มีโซเดียมสูงจะช่วยลดความดันโลหิตได้ โดยให้ลดการรับประทานเกลือให้น้อยกว่า 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน จะมีประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มเสี่ยงมีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายมีการออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของปณณวีร์ ประเสริฐไทย (2553)⁹ และ¹⁰ ศึกษาโดยให้กลุ่มเสี่ยงออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำพองหรือปั่นจักรยาน ว่ายน้ำน้ำกายบริหาร การแกว่งแขน วันละ 30-45 นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง พบว่า มีระดับความดันโลหิตสูงทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง กลุ่มเสี่ยงสามารถนั่งสมาธิหรือผ่อนคลายความเครียดได้เป็นอย่างดี โดยเห็นว่าการนั่งสมาธิทำให้ผ่อนคลายความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Elayne & Amanda (2009)¹² บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้โดยการลดพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความเครียด โดยวิธีการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การนั่งสมาธิ การฝึกหายใจโยคะสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ดีโดยไม่มีผลข้างเคียง

ข้อเสนอแนะ

นำแนวทางการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงไปใช้ในชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน คือเป็นชุมชนชนบทตามความเหมาะสมต่อไปและควรมีการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้สามารถดูแลตัวเองและสามารถดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงด้วยกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
2. ชาย โพธิ์ติตา. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ Analyzing Qualitative data. 2558. ค้นเมื่อ 1 เมษายน 2558, จาก <https://www.academia.edu>
3. ชีรานี โหมขุนทด. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
4. บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนสาราย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
5. ปณณวีร์ ประเสริฐไทย และคณะ. ผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง. วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(4): 80-95.
6. เป็ญศรี สุพิมล. ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขานิติศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

- 7.ไชวรรณ ณะมัย. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง:คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
- 8.วิทยา ศรีดามา. ตำรายาสูตร 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
- 9.สมพร เจือจันทิก. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
- 10.สารภี แสงเดช. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
- 11.Bandura, A. **A social learning interpretation of psychological dysfunctions.** In P. London & D. L. Rosenhan (Eds.), **Foundations of abnormal psychology.** New York: Holt, Rinehart & Winston; 1968.
- 12.Elayne& Amanda. **Nonpharmacological approaches in the management of hypertension.** Journal of the American Academy of Nurse Practitioners; 2009.Vol21; P189-196.

ผลของการประยุกต์ใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับสื่อพื้นบ้าน “หมอลำกลอน” ในการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเสี่ยงสูงริมอ่างเก็บน้ำแก่งเลิงจาน จังหวัดมหาสารคาม
EFFECT OF APPLICATION BY STAGES OF CHANGE WITH THE FOLK MEDIA (MOR
LAM KLORN) FOR OPISTHORCHIASIS PREVENTION AMONG HIGH RISK GROUP
IN KAENG LOENG CHAN RESERVOIR SIDE,
MAHA SARAKHAM PROVINCE

พูลพล ดอนหอมดี¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ²

Poolphon Donhomdee¹, Pannee Banchohthakit²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับสื่อพื้นบ้าน “หมอลำกลอน” ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 66 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน ซึ่งในกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ คู่มือโรคพยาธิใบไม้ตับ สาธิตการปรุงอาหารป่นเปื้อน หมอหมอลำกลอนและชมการแสดงละครสะท้อนชีวิต ส่งกล้องจุลทรรศน์ดูตัวพยาธิและไข่พยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มใช้สถิติ Pair-test เปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

คำสำคัญ : โรคพยาธิใบไม้ตับ, หมอลำกลอน

Abstract

This study was a quasi-experimental research which aimed to investigate an application stages of change procedures collaborating folk media of “Mor Lum Klorn” in order to prevent opisthorchiasis among the high risk group of opisthorchiasis. Sample was 66 participants who divided into two groups; an experimental group ($n=33$) and a control group ($n=33$). The experimental group who was categorized by stages of change, such as contemplation stage and action stage were included. The experimental group was received a workshop, flip video, cholangiocarcinoma patient pictures, group discussion, campaign, watching a concert of folk media (Mor Lum Klorn) for motivation to prevent opisthorchiasis, finding parasite eggs through a microscopic, cooking demonstration, role model, rewarding, and establishing a networking of deny eating raw fish. The study took place for 12 weeks and using a self-administrative questionnaire. Data were compared mean scores within group by using Paired Sample t-test and between group by Independent t-test which was significant at $\alpha = .05$

After the interventions, the experimental group had significantly higher mean scores of knowledge, awareness, critical awareness, awareness of self behavior benefit, obstacle awareness, and practice to prevent opisthorchiasis than before the experiment and the control group (p -value<0.001)

Key words: Opisthorchiasis, Mor Lum Klorn

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ
หนอนพยาธิใบไม้ตับในคน ซึ่งมี 3 ชนิด คือ *Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felinensis*, *Clonorchis sinensis* ในการติดเชื้อแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ประเทศไทย ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ในการศึกษาพบเชื้อชนิด

Opisthorchis viverrini ปัจจุบันมีประชากรติดเชื้อนี้ประมาณ 10 ล้านคน⁷ โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี การระบาดของโรคอยู่ในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการติดเชื้อบ่อย และมีการพักตัวในระยะยาว การระบาดของโรคส่วนใหญ่พบการเกิดโรคในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุการเจ็บป่วย

มาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคปลาไม่ถูกสุขลักษณะ หรือรับประทานแบบสุกๆดิบๆ เช่น ปลาสำราญ ปลาจ่อม ก้อย ปลาดิบ เป็นต้น

สถิติอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในประเทศไทย ค่าเฉลี่ย 33.4 ต่อ 100,000 ประชากรในเพศชาย และ 12.3 ต่อ 100,000 ในเพศหญิง และคาดว่าประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อที่มากที่สุดในโลกประมาณ 7 ล้านคน (วัชรกร อัมเอบ, 2556) และจากการรายงานอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคมะเร็งตับทั้งประเทศ(ยกเว้น กทม.) มีจำนวน 13,258 ราย เฉลี่ยวันละ 36 ราย = ใน 2 ชั่วโมง มีจำนวนคนตาย 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.5 ต่อแสนประชากร (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผน มหาสารคาม, 2556) จังหวัดมหาสารคามพบอัตราการคิดพยาธิใบไม้ตับเป็นอันดับ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายงานอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคมะเร็งตับ พบว่าปี พ.ศ.2555 คิดเป็นร้อยละ 43.4 พ.ศ.2556 คิดเป็นร้อยละ 44.9 และปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 44.3 อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าปี พ.ศ.2557 คิดเป็นร้อยละ 11.7 ต่อแสนประชากร (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 2557) จากรายงานอัตราความชุกกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ จะเป็นประชากรในกลุ่มที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมในการรับประทานปลาดิบ และอาศัยในพื้นที่ที่ติดกับแหล่งน้ำจืด ในตำบลแก่งเลิงจานเป็นพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม ที่พบอัตราความชุกในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างสูง พบร้อยละ 23.8 เป็นอันดับ 3 ในจังหวัดมหาสารคาม เนื่องจากบริบทของพื้นที่ติดอ่างเก็บน้ำแก่งเลิงจาน ซึ่งเป็นแหล่งน้ำจืดขนาดใหญ่ และจากสถิติสาเหตุการตายย้อนหลัง 3 ปี พบว่าในปี พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2558 มีสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งตับ ที่วินิจฉัยโดยแพทย์จากโรงพยาบาลมหาสารคาม ถึง 17 ราย เป็นชายจำนวน 14 ราย เป็นหญิง 3 ราย ในช่วงอายุ 40 - 70 ปี (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2558) และจากการศึกษาข้อมูลในพื้นที่พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ มีที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำอ่างเก็บน้ำแก่งเลิงจาน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในระดับตำบลที่เป็นปัจจุบัน

และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพ ตามวาระอีสานด้านภัยมะเร็งท้องน้ำดี ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^{1 2}

จากแนวคิดหลักทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & Diclemente, Reading, & Evers⁶ เป็นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มคน ในการวางแผนกลยุทธ์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมควรให้สอดคล้องกับลักษณะพื้นฐานและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ต้องประเมินพฤติกรรมบุคคลก่อนการพัฒนาว่ากลุ่มเป้าหมายหรือบุคคลอยู่ในระยะใด เริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเคยมีการทดลองปรับเปลี่ยนแล้ว หรือบุคคลบางคนซึ่งมีพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้วแต่ยังไม่ยั่งยืน เป็นต้น กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงต้องเผชิญกับความยากลำบากเข้าสู่ระยะคงไว้ในการปฏิบัติให้ยั่งยืนจนเป็นวิถีชีวิต บุคคลที่มีขั้นตอนการตัดสินใจที่จะยอมรับ แนวทางการปรับเปลี่ยนอยู่ในหลายขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ยังไม่เคยคิด เคยตระหนัก และค่อยๆปรับมาเป็นเริ่มตระหนัก เข้าสู่ระยะเตรียมการ ลงมือปฏิบัติ ปฏิบัติบ้างหยุดบ้าง จนถึงระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติเป็นวิถีชีวิต ในแต่ละบุคคลจะต้องใช้เวลา วิธีการที่แตกต่างกันออกไปแล้วแต่ความเหมาะสม

ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในระดับตำบลโดยใช้สื่อพื้นบ้าน(หมอลำกลอน)ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพ ตามวาระอีสานด้านภัยมะเร็งท้องน้ำดี ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับสื่อพื้นบ้าน “หมอลำกลอน” ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเสี่ยงสูงริมอ่างเก็บน้ำแก่งเลิงจาน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คนรวม 66 คน วัดผลก่อนและหลัง

ทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมจากสาธารณสุขอำเภอตามปกติ โดยศึกษาในกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับที่อาศัยอยู่ริมอ่างเก็บน้ำแก่งเลิงจาน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ อายุตั้งแต่ 40-60 ปี ที่ได้ผ่านการตรวจคัดกรองด้วยแบบคัดกรองด้วยวาจาและคัดระยะของพฤติกรรมการกินปลาดิบ โดยกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในระยะก่อนซังใจ จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 33 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) คัดเลือกตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีทั้งหมด 14 ตำบล ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกตามเกณฑ์ที่มีพื้นที่ติดกับอ่างเก็บน้ำจืด ได้ 6 ตำบล ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากได้ 2 ตำบลจับครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลองคือ ตำบลแก่งเลิงจาน และ ตำบลโคกก่อ เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ และคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านการคัดกรองด้วยวาจา แล้วสุ่มอย่างง่ายในแต่ละกลุ่มได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ พาวเวอร์พอยท์ สื่อวีดิทัศน์ คู่มือพยาธิใบไม้ตับ สื่อบุคคล(หมอล่ากลอน) ป้ายประชาสัมพันธ์ เคนรณรงค์ ฯลฯ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้มีความรู้ เกิดการรับรู้ และทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้อย่างถูกต้อง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินระยะพฤติกรรมมารับประทานปลาดิบ โดยมีทั้งหมด 4 ข้อ เพื่อใช้คัดระยะพฤติกรรมการกินปลาดิบ และแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1)ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3)ความเชื่อ

เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรู้แรงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 4)การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่นำไปสู่มะเร็งท่อน้ำดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ค่าที่ยอมรับได้ r มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ผลการทดสอบหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละด้านดังต่อไปนี้ 1)ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 2)ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 3)ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในด้านการรับรู้ความรู้แรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ 4)ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5)ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในด้านการรับรู้อุปสรรคในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 6)การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่นำไปสู่มะเร็งท่อน้ำดี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.72 ,0.74 ,0.71 ,0.70 ,0.81 และ 0.76 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในตำบลแก่งเลิงจานที่อาศัยอยู่ใกล้กับอ่างเก็บน้ำ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา จำนวน 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน 2559 ดังนี้ --

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นกิจกรรมในระยะซังใจ (Contemplation) ใช้การกระตุ้นเตือน การประเมินสิ่งแวดล้อม การระบายนามธรรม และการสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ เครื่องมือที่ใช้คือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยภาพพลิก วีดิโอ ภาพผู้ป่วยมะเร็ง

ท่อน้ำดี กิจกรรมเดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ประชุมกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในการเกิดโรค กิจกรรมแสดงละคร สะท้อนชีวิต ใช้สื่อบุคคลแสดงหมอลำกลอนขับร้องกลอน เล็กกินปลาดิบ กลอนรณรงค์อีสานบ่กินปลาดิบ เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เป็นกิจกรรม ในระยะพร้อมปฏิบัติ (Ready for change /Preparation) ใช้กระบวนการประเมินตนเอง กระบวนการประกาศอิสรภาพ ตัวเอง การควบคุมสิ่งเร้า เครื่องมือที่ใช้ คือ กิจกรรม ทบทวนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การสาธิตการปรุงอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยการส่องกล้องจุลทรรศน์ เพื่อให้ดูไข่พยาธิ ดูโมเดลพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการแสดงละครสะท้อนชีวิต ใช้สื่อบุคคลการแสดงหมอลำกลอนขับร้อง กลอนเดี่ยวกินปลาดิบ กลอนรณรงค์ บ่กินปลาดิบ การประชุมกลุ่ม ประเมินพฤติกรรมของตนเอง และร่วมวางแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และเพื่อสร้างความผ่อนคลายอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) เป็นกิจกรรม ในระยะปฏิบัติ (Action) ใช้กระบวนการการเสริมแรงในการจัดการ และการสร้างเงื่อนไขต่อสิ่งที่มากระทบ เครื่องมือที่ใช้ คือ ทบทวนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ละครสะท้อนชีวิต ใช้สื่อบุคคลแสดงหมอลำกลอน ขับร้องกลอนรณรงค์ อีสานบ่กินปลาดิบ กลอนรณรงค์บ่กินปลาดิบ ประชุมกลุ่มอภิปรายผลของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมกลุ่มอาสาประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน จัดตารางการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4- 6,8-11) เป็นกิจกรรมในระยะปฏิบัติ (Action) ใช้กระบวนการการเสริมแรงในการจัดการ และการสร้างเงื่อนไขต่อสิ่งที่มากระทบ เครื่องมือที่ใช้ คือ กลุ่มอาสาประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เชื่อม

สำรวจพฤติกรรม สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ กระตุ้นเตือน ปกป้องสายด่วน

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 7) ในระยะปฏิบัติ (Action) ใช้กระบวนการการเสริมแรงในการจัดการ และการสร้างเงื่อนไขต่อสิ่งที่มากระทบ เครื่องมือที่ใช้ คือ เดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์ โดยใช้สื่อโปสเตอร์ ป้ายไวนิล ประชาสัมพันธ์ การแต่งกายในรูปแบบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในหมู่บ้านเพื่อสร้างการกระตุ้นเตือน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการแสดงละครสะท้อนชีวิต ใช้สื่อบุคคลการแสดงหมอลำกลอน ขับร้องกลอนเล็กกินปลาดิบ กลอนเดี่ยวกินปลาดิบ ประชุมกลุ่มอภิปรายผลของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สาธิตการประกอบอาหารปนเปื้อนเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยจัดเป็นซุ้มกิจกรรมลาปลาดิบ ซุ้มอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่นปลาข้าวดิบ ปลาจ่อม ปลาต้ม หม่ำไข่ปลา ฯลฯ ส่องกล้องจุลทรรศน์ดูไข่พยาธิใบไม้ตับ และดูโมเดลตัวพยาธิใบไม้ตับ เพื่อสร้างความกระตุ้นเตือนให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 12) เป็นกิจกรรมในระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) ใช้กระบวนการประกาศอิสรภาพสังคม เครื่องมือที่ใช้คือ ทบทวนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ถึงวงจรชีวิต สาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยสื่อบรรยายภาพพลิก วิดีทัศน์ ภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ใช้สื่อบุคคลแสดงหมอลำกลอน ขับร้องกลอนเล็กกินปลาดิบ กลอนเดี่ยวกินปลาดิบ กลอนรณรงค์อีสานบ่กินปลาดิบ กลอนรณรงค์บ่กินปลาดิบ การมอบเกียรติบัตรแก่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมอบรางวัลขวัญใจด้วยกัญพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ การจัดตั้งชมรม “คนไม่กินปลาดิบ”และเพื่อขยายผลในหมู่บ้านใกล้เคียงในการรณรงค์ต่อต้านกัญ พยาธิใบไม้ตับในตำบล แก่งเลิงจานต่อไป ในกิจกรรมครั้งนี้ เพื่อสร้างความกระตุ้นเตือนให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้

ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงไม่ให้มีพฤติกรรมการเล่นกินปลาดิบซ้ำอีก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ใช้การแจกแจงความถี่ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย (mean) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ Paired t-test, Independent t-test, และ 95%CI กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.5 อายุระหว่าง 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.4 สถานภาพแบบสมรส ร้อยละ 87.9 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.5 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 81.8 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 36.4 สมาชิกใน

ครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคมาเร็ง ร้อยละ 90.9 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./อบต. ร้อยละ 100 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 72.2 อายุระหว่าง 45-49 ปี ร้อยละ 36.4 สถานภาพแบบสมรส ร้อยละ 90.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 93.9 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 75.8 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 45.5 สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคมาเร็ง ร้อยละ 87.9 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./อบต. ร้อยละ 100 กรณี เคยตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับ พบ ร้อยละ 87.9 และ ผลการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้พยาธิใบไม้ตับ มีลักษณะไม่พบเชื้อพยาธิ ร้อยละ 66.7 การเคยซื้อยามาพยาธิใบไม้ตับกินเอง พบว่าไม่เคยซื้อกินเอง ร้อยละ 57.6 ระยะเวลาในการกินยามาพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 51.1

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ความเชื่อในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และอัตราการตรวจพบไข่พยาธิ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ความเชื่อในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และอัตราการตรวจพบไข่พยาธิระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36)		t	95% CI	p-value
	X	S.D.	X	S.D.			
1.ความรู้	9.09	0.57	7.78	0.99	6.51	0.90 ถึง 1.70	<0.001
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	21.69	2.36	15.66	3.12	8.83	4.67 ถึง 7.39	<0.001
3. การรับรู้ความรุนแรง	20.27	2.44	16.24	3.64	5.27	2.50 ถึง 5.56	<0.001
4.การรับรู้ประโยชน์	21.90	1.94	16.96	2.46	9.03	3.84 ถึง 6.03	<0.001
5.การรับรู้อุปสรรค	21.57	1.95	15.96	2.81	9.41	4.41 ถึง 6.79	<0.001
6.การปฏิบัติตน	18.51	1.12	15.18	1.95	8.48	2.55 ถึง 4.12	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 2.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมี

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ลดลง 0.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99 คะแนน และผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยของผลต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่า 1.93 คะแนน ($p\text{-value}<0.001$; 95%CI 0.87 ถึง 3.00) ดังตารางที่ 1

ด้านอัตราการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับ ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการตรวจพบไข้พยาธิ ร้อยละ 9.10 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของการตรวจพบไข้พยาธิ ร้อยละ 12.1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอัตราการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับ ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองมีผลอัตราการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับลดลงจนเหลือ ร้อยละ 0.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลอัตราการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับลดลงเล็กน้อยเหลือ ร้อยละ 9.10

สรุปและอภิปรายผล

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ดับ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ดับ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องจากเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จากสื่อพื้นบ้าน “หมอลำกลอน” อาศัยสื่อบุคคลคือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวสื่อสาร โดยมีกิจกรรมอบรมให้ความรู้ โดยสื่อ บรรยายภาพพลิก วิดีทัศน์ ภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี แจกเอกสารและคู่มือพยาธิใบไม้ดับ ประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นวิเคราะห์สาเหตุในการเกิดโรคและเปิดโอกาสในการสอบถามข้อปัญหา โดยพูดโน้มน้าวจิตใจให้เกิดเพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินปลาดิบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ วิจิตรกุล(2553)ได้ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายต่อภาวะอ้วนของการประชาชนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกาย และค่าดัชนีมวลกาย โดยให้กิจกรรมอบรมให้ความรู้ สร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่อง

การออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกาย และค่าดัชนีมวลกาย สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.05$)

2. ด้านความเชื่อในการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมอบรมให้ความรู้ ประชุมกลุ่ม เติมนรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ชมบทบาทสมมติในการแสดงละคร ชมสื่อบุคคลแสดงหมอลำกลอน ขับร้องกลอนรณรงค์กินปลาดิบ ชมสาธิตการปรุงอาหารป่นเปื้อนเชื้อโรคพยาธิใบไม้ดับ ชมการส่องกล้องจุลทรรศน์ดู ไข่พยาธิและตัวพยาธิใบไม้ดับ ที่เป็นตัวการของติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธนกร จันทาคิมบง, ชานูชัยณรงค์ ทรงศาศรี และพงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง(2557) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ เป็นการศึกษาวิจัยถึงทดลอง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

3.ด้านความเชื่อในการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ ภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมบทบาทสมมติให้ความรู้ ชมสื่อวิดีโอ รูปภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดี ประชุมกลุ่มวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ ชมชมในการส่องกล้องจุลทรรศน์ดู ไข่พยาธิ และตัวพยาธิ

ใบไม้ดับ ที่เป็นตัวก่อให้เกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ พลอยไพลิน ทับทิม (2556)³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงบันดาลใจทางสังคมในกิจกรรมที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยสื่อต่างๆ การบรรยายภาพประกอบสื่อ power point วิดีทัศน์ การใช้ตัวแบบ บอร์ด กิจกรรมกลุ่ม และใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองด้านความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value}<0.001$)

4.ด้านความเชื่อในการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมทบทวนอบรมให้ความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ในตับ ชมการสาธิตการปรุงอาหารสุก และอาหารปนเปื้อนเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ชมสื่ออนุคลแสดงหมอลำกลอน ขับร้องกลอน เลิกกินปลาดิบ กลอนแด่ขบักินปลาดิบ กลอนรณรงค์อีสานบักินปลาดิบ ประชุมกลุ่มอภิปรายผลของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มานิตย์ ขาวงษ์ (2557)⁴ ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมการตลาดเชิงสังคม โดยใช้สื่ออีสานพื้นบ้าน (หมอลำ หมอแคน) เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) มีระดับความดันโลหิตค่าความดันตัวบน และค่าความดันตัวล่าง หลัง

การทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

5.ด้านความเชื่อในการรับรู้อุปสรรคในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ ภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสาธิตการประกอบอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ กิจกรรมใช้สื่ออนุคลแสดงหมอลำกลอน ขับร้องกลอนรณรงค์อีสานบักินปลาดิบ คู่วิดีโอทัศน์ของจริงพยาธิใบไม้ในตับ สาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ประชุมกลุ่มวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ พร้อมบรรยายโน้มน้าวให้เกิดความกลัวเป็นแรงเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สื่อในการอบรมครั้งนี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงโอกาสในการรับรู้ในด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาธิต เสดิ (2552)⁵ ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของกลุ่มทดลองที่ 1 มากกว่า กลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ

6.ด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ นำไปสู่ผู้มะเร็งท่อน้ำดี จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองพบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูง

กว่าสูงกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่เสริมสร้างในการบรรยายให้ความรู้ สาธิตการประกอบอาหารที่ถูกต้อง รับชมชมอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการก่อมะเร็ง การประชุมกลุ่มวิเคราะห์ถึงการปฏิบัติตนของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์กันภายในกลุ่ม การเสริมแรงในการจัดการขององค์กรมีส่วนสำคัญจึงได้มีการมอบรางวัลขวัญใจพยาธิใบไม้ตับ แก่กลุ่มเสี่ยงที่เสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงผลักดันแผนงานของชมรมคนไม่กินปลาดิบเพื่อรับงบประมาณในการทำกิจกรรมกลุ่มต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พลอยไพลิน ทับทิม (2556)³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยสื่อต่างๆ การบรรยายภาพประกอบสื่อ power point วิดีทัศน์ การใช้ตัวแบบ บอร์ด กิจกรรมกลุ่ม และใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองด้านความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p -value<0.001)

7. ด้านอัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผลจากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าอัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ลดลงจนเหลือร้อยละ 0.00 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นทั้งหมด คือได้รับยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับก่อนการทดลอง ร่วมกับกิจกรรม อบรมให้ความรู้ โดยสื่อบรรยายภาพพลิก วิดีทัศน์ ภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ประชุมกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พร้อมพูดโน้มน้าว ให้เกิดความกลัว โดยเปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นสงสัยและสรุปเนื้อหาสำคัญ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นเตือนในการเฝ้าระวังการเกิดโรค การเดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์และกลุ่มอาสาประชาสัมพันธ์ การชมหมอลำกลอนด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาธิต เสดิ (2552)⁴ ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้

ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ โดยกลุ่มทดลองได้รับการบรรยายให้ความรู้ ชมวิดีโอ ทัศนกระบวนการมีส่วนร่วม การกระตุ้นเตือนและแจกคู่มือ ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองพบว่าการทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.76 และร้อยละ 7.32 ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. โปรแกรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่ออีสานพื้นบ้าน “หมอลำกลอน” มีผลต่อการปรับพฤติกรรม จึงควรขยายผลนวัตกรรมสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและการส่งเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่ใกล้เคียง และควรใช้สื่อพื้นบ้านในการสร้างความบันเทิง คลายเครียดในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงเป็นกิจกรรมจูงใจและเชื่อมโยงสอดแทรกให้ความรู้ เพื่อให้จดจำได้ง่าย

2. การใช้สื่อที่เป็นตัวบุคคลในการศึกษาครั้งนี้ เชื่อมโยงการให้ความรู้ จากความเชี่ยวชาญของหมอลำกลอนนำไปสู่การเพิ่มความรู้ในด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดี จึงควรใช้สื่อบุคคลในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. วิธีการใช้สื่อที่สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่แปลกใหม่ในการป้องกันโรค เช่นกล้องส่องดูตัวพยาธิ และไข่พยาธิ เป็นสื่อที่แปลกใหม่สำหรับพื้นที่ตำบลแก่งเลิงจานสร้างความกลัวให้กลุ่มตัวอย่างกลัวในการติดเชื้อมากขึ้น จึงควรใช้สื่อตัวอย่างจริงเพื่อทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัวมากขึ้น

4. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ควรสนับสนุนกลุ่มตัวอย่าง เช่น การมีประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมที่เป็นแรงจูงใจหรือสร้างขวัญและกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมของชมรมคนไม่กินปลาดิบ ในระดับตำบล

5.ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวัดพฤติกรรม ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการวัดตัวแปรตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายระยะเวลาในการศึกษาเพิ่มขึ้น

6. ใช้รูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ ในการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน และความดัน เป็นต้น

7. การใช้สื่อบุคคล ในการขับร้องหมอลำกลอนเป็นการร้องสดอาจบันทึกเก็บไว้ในรูปสื่อ CD,VCD แล้วเปิดซ้ำในการสร้างการรับรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแก่กลุ่มประชาชนทั่วไปได้อีก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะกรรมการสอบ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองจิก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพนักงานเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลแก่งเลิงจาน ทุกท่าน เพื่อนๆ สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ รุ่น 12 ทุกคน และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนคอยให้กำลังใจในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค .เป้าหมายควบคุมโรคหนอนพยาธิใบไม้ตับและพยาธิปากขอ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2552.
- 2.กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน. สำนักงานบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- 3.พลอยไพลิน ทับทิม. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,7(1),25-34 ; 2557.
- 4.มานิตย์ ขาวงษ์. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมการตลาดเชิงสังคม โดยใช้สื่ออีสานพื้นบ้าน (หมอลำ หมอแคน) เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
- 5.สาธิต เสดิ. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- 6.Glanz k & Rimer BK. “Theories and application _Stage of Change Modle” theory at a glance a guide for health promotion practice. National Institutes of Health, National Cancer Institugte; 1995.
- 7.World Health Organization. Foodborne trematodiasis. .[Online] [cited 2015 May]. Available from:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs368/en/>; 2015.

ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกันโรคฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน
ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

The Effect of Dental Health Educational Program to Dental Caries Prevention Among Preschool
Children's in the Napho Sub-District Kudrang District, Mahasarakham Province.

นภลัย พูนศิริ¹, ปาริชา นิพนพานนท์²

Naphalai Poonsiri¹, Paricha Nippanon²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกันโรคฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย มีจำนวนทั้งหมด 128 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มละ 32 คน และเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ โมเดลฟันกลุ่มสัมพันธ์กับรายกลุ่ม การสาธิต ฟีกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกต้อง และฟีกปฏิบัติการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ สมุดบันทึกเพื่อดูการฟันดี ระยะเวลาดำเนินการ โปรแกรมทันตสุขภาพ 10 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามปกติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสมุดบันทึกเพื่อดูการฟันดี และ แบบบันทึกแผ่นคราบจุลินทรีย์วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนด้วยสถิติ Paired sample t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เรื่องโรคฟันน้ำนม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันน้ำนม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันน้ำนม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันน้ำนม การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันน้ำนมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมทันตสุขภาพ, การป้องกันโรคฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียน

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to assess the effect of dental health educational program to dental caries prevention among preschool children's in the Napho Sub-District Kudrang District, Mahasarakham Province. 128 were Simple random sampling patients and divided to two group. The experimental group and comparison group, Each group were 32 parents and 32 preschool children. The experimental group received the dental health educational program by the application of health belief model and social support theory on 6 occasions in 10 weeks. The interventional program consisted of a series of integrated activities involving lectures with video, dental model, group process, group discussions, demonstration and brushing, practice to check plaque index, book record and home visited. The comparison group received regular lessons. Data were collected by questionnaires. Descriptive statistics (percentages, means standard deviations) were used to summaries the data, and difference within and between the two groups were analyses using inference statistics. (Paired sample t-test and Independent sample t-test) Statistical significances were set the .05 level of, and 95 % CI were computed.

The result: At the end of 10 weeks interventional program shown that the experimental group of mean score were higher than before the experimental about knowledges of dental caries, , perceived susceptibility of dental caries , perceived severity of dental caries, perceived benefits and barriers to dental caries prevention, Practices of protecting dental caries These were significance (p-value < .05) and higher than comparison group these were significance (p-value < .05) and dental plaques of preschool children in experimental group less decrease significantly than before the experiment and less than of preschool children in the comparison group (p-value < .05)

Keywords: Dental health educational program , Dental caries of pre-school children

¹ นักศึกษาลัทธิธรรมศาสตร์มหาบัณฑิต(สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ)คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์

บทนำ

โรคฟันน้ำนมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในต่างประเทศพบความชุกการเกิดโรคฟันน้ำนม ดังนี้ ในประเทศอังกฤษ เวลส์ และ ไอร์แลนด์เหนือ ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 5 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 31.0 41.0 และ 40.0 ตามลำดับ²² ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในปี ค.ศ. 2011 – 2012 กลุ่มเด็กอายุ 2-5 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 22.7¹⁸ ประเทศนิวซีแลนด์ ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า เด็กอายุ 5 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 47.6²³ ในประเทศบราซิล พบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 53.4²¹ ประเทศมาเลเซีย พบว่า ในปี ค.ศ. 2005 กลุ่มเด็กอายุ 5 ปี มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 76.2²⁰ ในประเทศเคนมอร์ก พบว่า เด็กอายุ 5 ปี มีฟันน้ำนมผุเพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 1979 – 2004 จากร้อยละ 30.0 เป็น ร้อยละ 70.0²⁴ และ ในประเทศจีน พบว่า เด็กอายุ 5 ปี มีฟันน้ำนมผุ ในปี ค.ศ. 2002 ร้อยละ 76.6²⁵

จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย พ.ศ. 2555 พบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 51.8 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.7 ซี่/คน ในภาคกลาง พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 59.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 3.0 ซี่/คน ภาคเหนือ พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 46.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 1.7 ซี่/คน ภาคใต้ พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 61.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 3.1 ซี่/คน สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 49.2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 2.4 ซี่/คน¹⁵ ในจังหวัดมหาสารคาม เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 43.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 2.5 ซี่/คน¹³ สำหรับอำเภอกุดรัง พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 54.54 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 3.58 ซี่/คน และในตำบลนาโพธิ์ พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 65.92 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 3.69 ซี่/คน¹⁴ เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี เป็นขบวนปีแรกที่มีฟันน้ำนมครบ

20 ซี่ แม้จะเพิ่งมีฟันน้ำนมขึ้นครบ แต่ร้อยละ 3.2 ของเด็กเริ่มมีประสบการณ์การสูญเสียฟันในช่องปากแล้ว¹⁵ โดยพบว่า ในกลุ่มเด็กที่เป็นโรคฟันน้ำนมผุนั้นเป็นรอยโรคฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา คือ ร้อยละ 50.6 หรือเฉลี่ย 2.6 ซี่/คน เด็กที่มีฟันน้ำนมผุในช่องปากมาก ก็จะพบเชื้อโรคในช่องปากมาก และเสี่ยงต่อการเกิดฟันแท้ผุก็มากตามไปด้วย เมื่อเกิดฟันขึ้นหากปล่อยไว้และไม่ได้รับการรักษา ฟันก็จะผุลุกลามมากขึ้นจนทะลุโพรงประสาทฟัน เชื้อโรคในช่องปากอาจเกิดการแพร่เข้าสู่กระแสโลหิต เป็นผลทำให้เกิดการติดเชื้อที่บริเวณใบหน้าหรืออวัยวะใกล้เคียง เกิดความเจ็บปวด ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ส่งผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ และสติปัญญา ทำให้เด็กขาดสมาธิ รวมถึงพัฒนาการทางด้านร่างกายก็เจริญเติบโตช้าเช่นเดียวกัน¹⁰ และพบว่า โรคฟันน้ำนมทำให้เกิดภาวะโรคหัวใจในเด็กได้ เนื่องจากธรรมชาติในช่องปากของคนเรามีเชื้อโรคหลายชนิดอาศัยอยู่โดยเฉพาะเชื้อสเตรปโตคอคคัส เชื้อแบคทีเรียกลุ่มนี้จะพบมากขึ้นในช่องปากที่มีฟันผุ และในผู้ป่วยโรคหัวใจหากมีบาดแผลในช่องปากเชื้อโรคจะแทรกซึมเข้าทางบาดแผลไปตามกระแสเลือดและฝังตัวที่ผนังหัวใจเกิดภาวะผนังหัวใจอักเสบ ถ้าเด็กไม่ได้รับการดูแลรักษาช่องปากที่ถูกวิธี อาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ (สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 12 สงขลา, 2551)¹⁷

จากการวินิจฉัยพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลัก PRECEED-PROCEED MODEL ใน ขั้นที่ 4 นั้น พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียนมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม¹⁹ ด้านปัจจัยนำ พบว่า พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน จากผู้ปกครองเด็กขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ถูกวิธี ประกอบกับฟันน้ำนมที่เพิ่งขึ้นมาในช่องปากนั้น ยังไม่แข็งแรงเท่าที่ควร ต้องมีการสะสมของแร่ธาตุไม่ต่ำกว่า 2 ปี และฟันที่เพิ่งขึ้นยังไม่เกิดการสึกหรือจากการใช้งานทำให้หลุมร่องฟันลึก เป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์ จึงตรวจพบฟันผุบริเวณนี้เป็นส่วนใหญ่⁹ ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า เด็กที่กินนมขวดแล้ว ขนมหกกรอบมากกว่า 1 ครั้งต่อวันขึ้นไป จะมีโอกาส

เสี่ยงต่อโรคพื้นนํ้านมสูงเป็น 7.4 เท่าของเด็กที่ไม่กิน และเด็กที่ดื่มนํ้าหวานมากกว่า 1 ครั้งต่อวันขึ้นไปจะมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพื้นนํ้านมสูงเป็น 6.2 เท่าของ เด็กที่ไม่ดื่มนํ้าหวานเลย⁹ นอกจากนี้ เด็กอายุ 3 ปี ยังดื่มนม จากขวดนมอยู่ถึง ร้อยละ 39.4 รวมถึงการรับประทาน อาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของนํ้าตาลสูง ได้แก่ ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ นํ้าอัดลม ซึ่งเด็กอายุ 3 ปี ยังดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้าน สูงถึง ร้อยละ 48.9 และร้อยละ 49.9 และด้านปัจจัยเสริม คือ มีเด็กที่ผู้ปกครอง ช่วยดูแลการแปรงฟันให้ เพียงร้อยละ 44.2 ส่วนผู้ปกครอง ของเด็กที่ปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองยังสูงถึงร้อยละ 55.8¹⁵ จึงทำให้เกิดพื้นนํ้านมได้เร็วขึ้นและเมื่อมีพื้น นํ้านมแล้วจะมีการลุกลามที่รวดเร็ว เพราะความแข็งของ ผลึกพื้นน้อยกว่าพื้นแท้ และเนื้อพื้นที่เป็นส่วนแข็งและ บางกว่าพื้นแท้ ซึ่งการป้องโรคพื้นในเด็กก่อนวัยเรียนจะ ได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง¹¹ เกิดการ สูญเสียพื้นนํ้านมก่อนกำหนด ส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก และส่งผลต่อการพัฒนาการของชากรรไกร ตลอดจนการ เรียงตัวของพื้นแท้ที่จะขึ้นมาแทนที่พื้นนํ้านม³ ซึ่งมี โอกาสเกิดความผิดปกติของการสบพื้นในอนาคต⁹ เนื่องจากเด็กวัยนี้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เด็กจึงต้อง อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง ดังนั้น ผู้ปกครองจึงเป็นผู้ที่ มีบทบาทสำคัญที่สุดในการส่งเสริมพัฒนาการต่างๆ ของ เด็กให้เติบโตอย่างสมวัย การป้องกันโรคพื้นนํ้านมใน เด็กก่อนวัยเรียนนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนให้มี การป้องกันโรคพื้นนํ้านมได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับ ข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่าบุคคลให้ความรัก ความเอาใจ ใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง และรู้สึกได้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม (Cobb, 1976) และ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย ความรักความ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูล

ป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง^{5,7} ได้ศึกษาโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรง สนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองต่อการดูแลทันต สุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเป่า ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพมากกว่า ก่อนการทดลอง และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และ จากการศึกษารูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรม หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ เรามีโอกาสเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมี ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดี ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Rosenstock, 1974 อ้างถึงในรุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2546) ซึ่งมีการนำไปใช้ในการ ป้องกันโรคพื้นในประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน ใน ระดับ ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา และจากการศึกษา ผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคพื้นในเด็กก่อนวัยเรียน ของ กฤติยา โนนใหญ่ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรคพื้น มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคพื้น การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพื้น การ รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพื้นสูง กว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < 0.001) การรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคพื้น และ ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อน การทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัย สำคัญ ทาง ส ต ธิ ตี ที่ ระ ะดับ .05 (p-value < 0.001)² สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมา ประมรค์ (2552)¹ ได้ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรม ผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลทันต

สุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

การนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมทันตสุขภาพในครั้งนี้ จะทำให้เกิดการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง ในด้านข้อมูลข่าวสารโรคฟันน้ำนมผุ ด้านอารมณ์ให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันฟันน้ำนมผุ ด้านการประเมินการแปร่งฟัน การตรวจฟันให้เด็ก และด้านทรัพยากรในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ เพื่อให้ผู้ปกครองให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันน้ำนมผุ รับรู้ความรุนแรงของโรคฟันน้ำนมผุ ที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตรวมถึงผลกระทบด้านการดำเนินต่างๆ ของเด็กก่อนวัยเรียน รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียน มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกวิธีอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครองให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ของเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ของเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

1.ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่อง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันน้ำนมผุ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การปฏิบัติตัวในการป้องกันและปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์

2.ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยรูปแบบการวิจัยแบบ Pretest - Posttest Two - Group Design เลือกกลุ่มตัวอย่างมาศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับบริการทางทันตกรรมตามปกติ ใช้เวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลาก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 128 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 64 คนคือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน 32 คน และเด็กก่อนวัยเรียน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 64 คน คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน 32 คน และเด็กก่อนวัยเรียน 32 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สูตร ดังนี้¹⁶

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

$$= 17.32 \text{ หรือ } 18$$

ดังนั้น ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน แต่การศึกษาในสถานการณ์จริง อาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงมีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา¹⁶โดยปรับเพิ่มร้อยละ 25 ดังนั้นจึงใช้โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-P)^2}$$

$$= 32$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้วิจัยแจกให้กับอาสาสมัครในการตอบแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน

ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคพื้นนํ้านมผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ และแบบบันทึกการตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกันโรคพื้นนํ้านมผุ ของเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ โมเดลพื้นกลุ่มสัมพันธ์ โดยการอภิปรายกลุ่ม การสาธิต ฝึกปฏิบัติการแปรงพื้นที่ถูกวิธี และฝึกปฏิบัติการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ สมุดบันทึกเพื่อถูกรักพื้นดี คู่มือการแปรงพื้นที่ถูกวิธี คู่มือการตรวจพื้นให้เด็ก แม่คัสซิมพื้น แปรงสีพื้น แก้วน้ำ และยาสีพื้นสำหรับเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในส่วนของการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคพื้นผุโดยวิธีคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) KR 20 เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละด้าน เท่ากับ 0.77, 0.79, 0.72, 0.71 และ 0.76 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยการศึกษาวิจัยดำเนินการทดลองโดยการจัดกิจกรรมโปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกันโรคพื้นนํ้านมผุของเด็กก่อนวัยเรียน 10 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมความรู้ดี ไม่มีพื้นผุ โดยการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารการรับรู้โอกาส

เสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุเรื่องโรคพื้นนํ้านมผุ เกี่ยวกับสาเหตุ โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคพื้นนํ้านมผุ ระยะของพื้นนํ้านมผุ อาการ อันตรายที่เกิดจากพื้นนํ้านมผุ โดยบรรยายประกอบสื่อ โมเดลพื้น,วีดิทัศน์ และ Power point และให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ในการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เพื่อหาแนวทางในการป้องกันโรคพื้นผุ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมถูกรักพื้นสวย ด้วยมือ พ่อแม่ โดยการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุในการแปรงพื้นที่ถูกวิธี โดยสาธิต และฝึกการแปรงพื้นที่ถูกวิธี และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของในการป้องกันพื้นนํ้านมผุ โดยมอบแปรงสีพื้น แก้วน้ำ และยาสีพื้นสำหรับเด็กแก่ผู้ปกครอง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมหมั่นตรวจพื้น ป้องกันพื้นผุ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุในการตรวจพื้นให้เด็กก่อนวัยเรียน โดยสาธิต และฝึกปฏิบัติการตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์และสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนการตรวจพื้นให้เด็ก

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมบันทึกเพื่อถูกรักพื้นดี โดยการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ให้เด็ก ปริมาณสารอาหารจากขนมและเครื่องดื่ม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยจัดประกวดการบันทึกเพื่อถูกรักพื้นดี ให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองปฏิบัติเพื่อป้องกันพื้นผุที่ถูกวิธีและสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 5-9 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยให้การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินการป้องกันพื้นนํ้านมผุ โดย ประเมินการแปรงพื้นที่ถูกวิธี การตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ให้เด็ก โดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ประเมิน

ความสะดวกในการแปร่งฟันให้เด็ก โดยใช้สีย้อมฟันร่วมกับ
ผู้วิจัย ประเมินการบันทึกสมุดบันทึก เพื่อดูการฟันดี การ
บริโภคขนมและเครื่องดื่ม ค่าใช้จ่ายจากขนมและเครื่องดื่ม
โดยผู้ปกครองร่วมกับผู้วิจัย

ลำดับที่ 10 กิจกรรมลูกน้อยฟันดี มีรางวัล โดย
ดำเนินการมอบรางวัลสำหรับผู้ปกครองเด็กที่มีการบันทึกใน
สมุดบันทึกเพื่อดูการฟันดีอย่างสม่ำเสมอ ในการแปร่งฟัน
การตรวจฟัน ให้เด็กในแต่ละด้านในช่องปาก และสามารถลด
การบริโภคขนมและเครื่องดื่มของเด็กได้ จากบันทึก
ค่าใช้จ่ายจากขนมและเครื่องดื่มในสมุดบันทึกเพื่อดูการฟันดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมประมวลผลทางสถิติสำเร็จรูป SPSS
for Windows Version 19 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดย
กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 วิเคราะห์ข้อมูล
ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความ
แตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภายในกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ
Paired-Sample t-test และ 95% CI เปรียบเทียบความแตกต่าง
ของค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ
Independent-Samples t-test และ 95% CI กำหนดนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำ
ประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการ
ปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้รับใบรับรอง
เลขที่ HE582401 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2559

ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 87.50
รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 12.50 กลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบมีอายุมากที่สุดคือต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 40.60 และ
ร้อยละ 31.20 สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสคู่ เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5
และร้อยละ 84.40 ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบ
การศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.90 กลุ่ม
เปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา
และมัธยมศึกษาเท่ากันคือ ร้อยละ 46.90 กลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อย
ละ 50.00 และ ร้อยละ 40.6 ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับ
เด็ก กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ เป็นบิดา/
มารดา ของเด็ก ร้อยละ 65.60 และ ร้อยละ 46.90 รายได้ต่อ
เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อ
เดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 87.5 และ ร้อยละ 75.00 จ่าย
ค่าขนมให้นุตรหลานต่ำกว่าวันละ 50 บาท ร้อยละ 71.90
และร้อยละ 59.40 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพฟัน
เด็ก กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เคยได้รับ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟันเด็ก ร้อยละ 78.10 และ
ร้อยละ 100 โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับความรู้จาก
บุคลากรสาธารณสุข หรือ อสม. ร้อยละ 65.60 และกลุ่ม
เปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข
หรือ อสม. ร้อยละ 81.30 เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.20
และ ร้อยละ 81.20

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การปฏิบัติตัวในการป้องกัน และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=32)		หลังการทดลอง (n=32)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1.ความรู้	9.97	2.40	11.84	1.61	1.87	4.93	1.10 ถึง 2.65	<0.001
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	24.19	4.29	27.28	3.56	3.09	2.81	0.84 ถึง 5.33	<0.01
3.การรับรู้ความรุนแรง	32.69	3.71	36.06	2.07	3.37	4.84	1.95 ถึง 4.80	<0.001
4.การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน	22.44	2.46	25.56	2.77	3.12	7.27	2.24 ถึง 4.00	<0.001
5.การปฏิบัติตัวในการป้องกัน	42.09	4.35	45.69	3.36	3.59	4.53	1.98 ถึง 5.21	<0.001
6.ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์	2.33	0.43	1.48	0.62	-0.84	-9.98	-1.02 ถึง -0.67	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคฟันน้ำนม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันน้ำนม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันน้ำนม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด

โรคฟันน้ำนม การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันน้ำนม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การปฏิบัติตัวในการป้องกัน และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1.ความรู้	11.84	1.60	10.31	1.95	1.51	3.41	0.64 ถึง 2.43	<0.01
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	27.28	3.56	23.97	3.22	3.31	3.90	1.61 ถึง 5.01	<0.001
3.การรับรู้ความรุนแรง	36.06	2.07	32.59	4.36	4.56	5.3	2.81 ถึง 6.25	<0.001
4.การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน	25.56	2.77	22.60	2.97	2.97	4.13	1.53 ถึง 4.40	<0.001
5.การปฏิบัติตัวในการป้องกัน	45.69	3.36	41.90	4.53	3.78	3.78	1.78 ถึง 5.78	<0.001
6.ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์	1.48	0.62	2.41	0.42	-0.93	-7.09	-1.19 ถึง -0.67	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคพื้นนํานม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพื้นนํานม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพื้นนํานม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคพื้นนํานม การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํานม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการป้องกันโรคพื้นนํานม ของเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า โปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน และเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคพื้นนํานม ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพื้นนํานมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} (<0.001)$ 95% CI : 1.10 ถึง 2.65 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพื้นนํานม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} <0.01$) 95% CI : 0.64 ถึง 2.43 ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่สูงขึ้นดังกล่าว เกิดจากการได้รับ โปรแกรมทันตสุขภาพ ในด้านข้อมูลข่าวสาร จากกิจกรรมความรู้พื้นดี ไม่มีพื้นผุ โดยให้ความรู้เรื่องโรคพื้นนํานม เกี่ยวกับสาเหตุ ระยะของพื้นนํานม อาการ ของพื้นนํานม โดยการบรรยายประกอบสื่อ โมเดล พื้น และวิดีโอ ส่งผลให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้น ซึ่งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลได้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง สร้างความมั่นใจให้บุคคลนำไปปฏิบัติได้ (House, 1981) สอดคล้องกับงานวิจัยธาราทิพย์ ก้อนทอง และคณะ (2557)⁶ ศึกษา ผลของโปรแกรมประยุกต์การพัฒนาความสามารถในการดูแลช่องปากแบบใกล้ชิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กในปกครองของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์

พัฒนาเด็กเล็กบ้านตะดอบ ตำบล ตะดอบ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคพื้นผุ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพื้นนํานม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพื้นนํานมสูงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} <0.01$) 95% CI : 0.84 ถึง 5.33 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพื้นนํานมสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} <0.001$) 95% CI : 1.61 ถึง 5.00 ผลของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพื้นผุที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการได้รับ โปรแกรมทันตสุขภาพ คือ กิจกรรมความรู้พื้นดี ไม่มีพื้นผุ โดยการบรรยายประกอบสื่อ วิดีทัศน์ เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคพื้นนํานม และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์โดยการอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนรู้และประสบการณ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพื้นนํานม ส่งผลให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพื้นนํานมเพิ่มขึ้น จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นการสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling et al., 1960 อ้างถึงใน เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติยา โนนใหญ่ และคณะ (2556)⁷ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเพื่อป้องกันการเกิดโรคพื้นผุในเด็กก่อนวัยเรียนตำบลอิหล่า อำเภอดุหมพพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ด้วยโปรแกรมกิจกรรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการเสริมพลังอำนาจ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองผู้ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพื้นผุ สูงกว่าก่อน การทดลอง และ สูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.001)

3.การรับรู้ความรุนแรงของโรคพื้นนํ้านมผุ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) 95%CI : 1.95 ถึง 4.80 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพื้นนํ้านมผุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) 95%CI : 2.81 ถึง 6.25 ผลของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของโรคพื้นนํ้านมผุ ดังกล่าว เกิดจากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ คือ กิจกรรมความรู้พื้นดี ไม่มีพื้นผุ โดย ให้ความรู้ เกี่ยวกับระยะของพื้นนํ้านมผุ อาการ อันตรายและผลกระทบที่เกิดจากพื้นนํ้านมผุ โดยการบรรยายประกอบสื่อ โมเดลพื้นวิดิทัศน์และ Power point ส่งผลให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคพื้นนํ้านมผุสูงขึ้น โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อนักศึกษาเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2554)⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมา ปรารมภ์ (2552)¹ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมผู้ปกครอง ในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองดีขึ้น ก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001)

4.การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) 95% CI : 2.24 ถึง 4.00 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) 95%CI : 1.53 ถึง 4.40

เป็นผลเนื่องมาจากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ จากกิจกรรมกิจกรรมดูกรักพื้นสวย ด้วยมือ พ่อแม่ คือ สาธิตและฝึกการแปรงพื้นที่ถูกต้อง และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรในการป้องกันพื้นผุ โดยมอบ แปรงสีพื้น แก้วน้ำ และยาสีพื้นสำหรับเด็กแก่ผู้ปกครอง และกิจกรรมหมั่นตรวจพื้น ป้องกันพื้นผุ โดยสาธิต และฝึกปฏิบัติการตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์และให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองตรวจพื้นให้เด็ก ซึ่ง Rosenstock, 1974 กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits & Barriers) เป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสม รวมถึงความไว้วางใจของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว , 2546) แรงสนับสนุนทางสังคม คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม และ ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านทรัพยากร เงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร (House, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา แซ่ลี (2551) ที่ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพื้นผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษา ตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการป้องกัน โรคพื้นผุและเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (p -value < .05)

5.การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) 95%CI : 1.98 ถึง 5.21 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคพื้นนํ้านมผุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) 95%CI : -1.19 ถึง -0.67 เป็นผลจากโปรแกรมทันตสุขภาพ

คือ กิจกรรมลูกรักฟันสวย ด้วยมือ พ่อแม่ โดยสาธิต และฝึกการแปรงฟันที่ถูกวิธี กิจกรรมหมั่นตรวจฟัน ป้องกันฟันผุ โดยสาธิต และฝึกปฏิบัติการตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ และกิจกรรมบันทึก เพื่อลูกรักฟันดี โดยการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้ในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ให้เด็ก ปริมาณสารอาหารจากขนมและเครื่องดื่ม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยจัดประกวดการบันทึกเพื่อลูกรักฟันดี ให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองปฏิบัติเพื่อป้องกันฟันผุที่ถูกวิธีและสม่ำเสมอ จากการศึกษาระบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค Becker และคณะ, 1974 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) คือ สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้น ให้นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม มีทั้งสิ่งเร้าที่อยู่ในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สุขสบาย ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล หรือเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่มากระตุ้นเตือน การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น เช่น บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ข่าวสารจากสื่อต่างๆ จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติ และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม (กิตติมา ปารมภ์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนกรณ์ บทมาตย์ (2555)⁸ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโพทอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

6. ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) 95%CI : -1.02 ถึง -0.67 และกลุ่มทดลองปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) 95%CI : -1.19 ถึง -0.67 เป็นผลจากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ คือ กิจกรรมลูกรักฟันสวย ด้วยมือ พ่อแม่ กิจกรรมหมั่นตรวจฟัน ป้องกันฟันผุ พัฒนาและกระตุ้นผู้ปกครอง

แปรงฟันและตรวจฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอโดยใช้กิจกรรมเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน คือ ติดตามการแปรงฟันที่ถูกวิธี การตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ให้เด็กโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ประเมินความสะอาดในการแปรงฟันให้เด็ก โดยใช้สีย้อมฟันร่วมกับผู้วิจัย และติดตามการบันทึกลงในสมุดบันทึกเพื่อลูกรักฟันดี ตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House, 1981 การให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ประเมินความสามารถ และสมรรถภาพของตนเอง และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็ก คือ การแปรงฟันอย่างถูกวิธี และความถี่การบริโภคอาหารว่าง มีอิทธิพลต่อปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สุวนิตย์ ธรรมสาร, 2552)¹² สอดคล้องกับการศึกษาของเครือวัลย์ นิตยคำหาญ (2555)⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคำแก่นคูณ ตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภายหลังการทดลองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงและลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะในงานวิจัย

1. การนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ โดยให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อป้องกันโรคฟันน้ำนมผุเมื่ออยู่ที่บ้านจากกิจกรรมความรู้ดีไม่มีฟันผุโดยใช้การอภิปรายกลุ่ม เป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุจากสิ่งที่ตนปฏิบัติ ในด้านที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันการทำให้เข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดจากฟันผุได้ชัดเจน

2. จากกิจกรรมลูกรักฟันสวยด้วยมือพ่อแม่ และกิจกรรมหมั่นตรวจฟัน ป้องกันฟันผุ ทำให้ผู้ปกครองเด็กสามารถแยกความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติที่ไม่ถูกวิธีกับ

ถูกวิธี เกิดการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ นำไปสู่การปฏิบัติตัวของผู้ปกครองในการป้องกันการเกิดโรคฟันน้ำนมผุให้เด็กก่อนวัยเรียนที่ดีได้อย่างเหมาะสม

3. จากกิจกรรมบันทึก เพื่อดูกรักฟันดี การให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินแก่ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ทำให้ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก และตรวจความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอให้เด็ก รวมถึงทำให้เด็กให้ความร่วมมือในการแปรงฟันและตรวจฟันกับผู้ปกครอง และทำให้ผู้ปกครองสามารถประเมินค่าขนมที่ต้องซื้อให้เด็กรับประทานขนมในแต่ละวัน นำไปสู่การลดบริโภคขนมในที่สุด

4. จากกิจกรรมเยี่ยมบ้านทำให้ทราบถึงสาเหตุที่เด็กก่อนวัยเรียนได้รับประทานขนมเมื่ออยู่ที่บ้าน ได้แก่ ผู้ใหญ่ซื้อให้เด็กโดยที่เด็กไม่ได้รู้สึกอยากรับประทาน การซื้อขนมเพื่อเป็นรางวัลเด็ก การเห็นผู้ใหญ่ซื้อรับประทาน การเห็นเพื่อนหรือรุ่นพี่มีขนมในมือ ส่งผลให้เด็กก่อนวัยเรียนรู้จักขนมและมีการบริโภคขนมกรูบกรอบ ขนมหวาน น้ำหวาน ลูกอม ฯลฯ ในที่สุด จึงควรพัฒนาให้ความรู้ในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ให้เด็ก ปริมาณสารอาหารจากขนมและเครื่องดื่ม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองเด็กเห็นความสำคัญของการเลือกบริโภค เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ

5. ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้

เพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กวัยเรียน หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งมาใช้ลดการบริโภคอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคฟันผุ

6. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่หรือชุมชนอื่นๆ ด้วยการศึกษาวิจัยแบบ randomized controlled trial เพื่อศึกษาวิธีการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุด้วยวิธีอื่น

7. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ Qualitative Research เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน

8. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัย โดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพธิ์ทุกท่าน และขอบคุณผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กิตติมา ปารมภ์. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมผู้ปกครอง ในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
- 2.กฤติยา โนนใหญ่ และคณะ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนตำบลอ้อหล้า อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
- 3.กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2550. เอกสารอัดสำเนา.กรุงเทพฯ:กรมอนามัย; 2551.
- 4.เครือวัลย์ นิตยคำหาญ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคำแก่นภูม ตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
- 5.จุฬารักษ์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
- 6.ธราทิพย์ ก้อนทอง และคณะ. ผลของโปรแกรมประยุกต์การพัฒนาศามารถในการดูแลช่องปาก แบบใกล้ชิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กในปกครองของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กบ้านตะดอบ ตำบลตะดอบ

- อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
- 7.ปริญญะ เพ็ญระ. ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเป่า ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
 - 8.รัตนกรณ์ บทมมาตย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
 - 9.วิลาวัลย์ วีระอาชากุล และวิบูลย์ วีระอาชากุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กอายุ 6-30 เดือนในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร.*, 23(2), 165-166; 2551.
 - 10.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี. ผลของโครงการทันตสุขภาพโดยการแปรงฟันและออกเย็บม้วนในกลุ่มเด็กอายุ 9-18 เดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
 - 11.ศิริภา กองศรี และ จุณาพิน กระทั่งแดง. **ทันตกรรมป้องกัน**.ขอนแก่น: โครงการตำราวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ; 2555.
 - 12.สุวนิชย์ ธรรมสาร. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 3-4 ปี เพื่อป้องกันโรคฟันผุ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
 - 13.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2559 จังหวัดมหาสารคาม.[เอกสารอัดสำเนา].มหาสารคาม:[ม.ป.พ.]; 2558.
 - 14.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูกระดึง. รายงานผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุขอำเภอภูกระดึง.[เอกสารอัดสำเนา].มหาสารคาม:[ม.ป.พ.]; 2557.
 - 15.สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
 - 16.อรุณ จิรวัฒน์กุล. **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา; 2550.
 - 17.อุดมพร รักเถาว์ และจารุวรรณ วงษ์เวช. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน.*The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.*, 2(1), 54; 2558.
 - 18.Bruce A. Dye,Gina Thornton-Evans, Xianfen Li, and Timothy J. Iafolla. Dental Caries and SealantPrevalence in Children and Adolescents in the United States, 2011–2012, *NCHS Data Brief* 2015;191; 2005.
 - 19.Green L,W. et al., **Health Education Planning: A Diagnostion Approach**. California.Mayfield.Khairiyah Abd; 1980.
 - 20.Muttalib ,Wan Mohamad Nasir Bin Wan Othman ,Yaw Siew Lian and Norliza Ismail . (2013). **MALAYSIA :COUNTRY REPORT ON DENTAL CARIES**. International Dental Conference on “Caries Control throughout Life in Asia”Beyond Resort, Krabi, Thailand 20-22 November 2013; 2013.
 - 21.Marcelo Bonecker et al. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an Update. *Braz. oral res Sao Paulo* 2012., 26; 2012.
 - 22.Nigel Pitts and Tom Anderson. Children’s Dental Health Survey. **Copyright 2015, Health and Social Care Information Centre. All rights reserved.**,41-43; 2015.
 - 23.Paul Connett’s. **Scientific and Critical Analysis of the 2014 New Zealand FluoridationReport**. Retrived September 19, 2015, from: <http://fluoridefree.org.nz/new-zealand-information/moh-fluoride-facts-qa/>; 2014.
 - 24.Poul Erik Petersen et al.(2005). Oral health information systems -towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization.*, 83(9):688.
 - 25.Wang Hong-Ying, Poul Erik Petersen, Bian Jin –You and Zhang Bo-Xue. (2002) The second national survey health status of children and Adult in China. *International Dental Journal*. 52:283-290.

ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริม
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
THE EFFECTS OF AN APPLICATION OF HEALTH BELIEF MODEL WITH SOCIAL
SUPPORT TO THE BREAST SELF EXAMINATIVE HEALTH PROMOTION AMONG
REPRODUCTIVE WOMEN IN SICHOMPHU DISTRICT KHONKAEN PROVINCE

ไพวัลย์ กานา¹, ปาริชา นิพพานนท์²

Paiwan Kana¹, Paricha Nippanon²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 20-49 ปี จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองจำนวน 40 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 40 คน ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมแทรกแซงจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ ภาพพลิกวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สื่อภาพโรคมะเร็งเต้านม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง การจับคู่ฝึกปฏิบัติตรวจเต้านม กุ่มมือและแผ่นพับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง CD เพลงชวนตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการเยี่ยมบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (P-value <0.001)

คำสำคัญ: การส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ABSTRACT

This research is quasi-experimental design aimed to assess the effectiveness of an application of health belief model with social support to the breast self examinative health promotion among reproductive women in Sichomphu District Khon Kaen Province. The samples are 80 women aged between 20 to 49 years old and divided two group. The experimental group are 40 women and the comparison group are 40 women. The experimental group received the intervention program. The program consisted of integrated activities involving lectures with slide , video , Flip chart of breast self- examination, small group discussions ,demonstration and breast self-examination , matching to breast examination, CD song to breast self examination .The comparison group received regular lessons. Data were collected by questionnaires, breast self-examinative records ,. Data was analyzed by descriptive staitistic: frequency distribution percentage , mean , standard deviation and ferrential statistic: paired t test, independent t test at 0.05 level of significantly.

¹ นักศึกษาลัทธิสุทธสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(สุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ)คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธาณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธาณสุขศาสตร์

Results: At the end of the 12 weeks intervention program shown that experimental group of mean score higher than before the experimental and higher than comparison group for knowledge of breast cancer, breast self-examination, perceived susceptibility of breast cancer, perceived severity of breast cancer, perceived cost and benefits and barriers to prevent breast cancer, perceived health motivation to breast self-examination and practice to breast self-examination. These were higher significant difference (p -value <0.001) at 95%CI.

Key word: Breast self-examinative health promotion, an application of health belief model with social support

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านม(Breast cancer) เกิดจากเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นภายในเนื้อเยื่อของเต้านม โดยไม่สามารถควบคุมได้และจะสามารถแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อทั่วร่างกายและแพร่กระจายไปอวัยวะส่วนอื่นของร่างกายโดยทางเดินน้ำเหลืองและทางกระแสเลือด รวมถึงมีการแพร่กระจายลุกลามไปเฉพาะที่ เช่น การแพร่กระจายสู่กระดูก ตับ ปอด และ สมอง เป็นต้น⁽¹⁾ ซึ่งปัจจุบันโรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและพบอัตราการป่วยมากที่สุดในสตรีทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่พบว่า สภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งยังก่อให้เกิดความพิการและอันตรายต่อชีวิต จากสถิติทั่วโลกปี พ.ศ. 2555 พบอัตราการตายสูงสุดด้วยโรคมะเร็งเต้านมคือ 522 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 6,255,000 คน และอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านม คือ 1,671 ต่อประชากรแสนคน สำหรับประเทศที่มีอัตราอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมสูงสุด 5 อันดับแรกทั่วโลก คือ เบลเยียม 111.9 ต่อประชากรแสนคน เดนมาร์กคือ 105.0 ต่อประชากรแสนคน ฝรั่งเศสคือ 104.5 ต่อประชากรแสนคน เนเธอร์แลนด์คือ 99.0 ต่อประชากรแสนคน และบาฮามาสคือ 98.9 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจะเห็นได้ว่า อุบัติการณ์สูงสุดของโรคมะเร็งเต้านมส่วนมากจะเป็นประเทศที่มีความเจริญทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม⁽²⁾

โรคมะเร็งเต้านมยังก่อให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม สำหรับด้านผู้ป่วยนั้นพบว่าก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน วิตกกังวล หด

กำลังใจ สิ้นหวังในชีวิต ผลกระทบกับครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่มีความสุขเมื่อเห็นบุคคลอันเป็นที่รักเจ็บปวด ครอบครัวเกิดความไม่มั่นคงโดยเฉพาะหากผู้ป่วยเป็นบุคคลกำลังสำคัญของครอบครัว เพราะการรักษา มีขั้นตอนที่ย่างยากต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เสียเวลาประกอบอาชีพ และผลกระทบต่อสังคมนั้นต้องสูญเสียกำลังในการพัฒนาประเทศ สูญเสียทางเศรษฐกิจอีกด้วย⁽³⁾

ในทวีปต่างๆ ปี 2555 พบอัตราการตายของแต่ละทวีปเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ คือ ทวีปยุโรป ทวีปเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ ทวีปอเมริกา ทวีปแปซิฟิกตะวันออก ทวีปแอฟริกา และทวีปเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก โดยพบอัตราการตาย คือ 143, 110, 92, 86, 49 และ 42 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมของแต่ละทวีปเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ ทวีปยุโรป ทวีปอเมริกา ทวีปแปซิฟิกตะวันออก ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทวีปแอฟริกา และทวีปเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก พบอัตราอุบัติการณ์คือ 494, 408, 330, 240, 100 และ 99 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะพบอัตราการตายและอัตราอุบัติการณ์ที่สูง (World Health Organization, 2012) เพราะประชาชนได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มมากขึ้น ทำให้พบอัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้น และอาจมีผลเนื่องมาจากอัตราการเป็นโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการให้กำเนิดบุตรช้าลง⁽⁴⁾

จังหวัดขอนแก่น ปี 2555 พบผู้ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 13 ของประเทศ โดยพบผู้ป่วยสตรีเสียชีวิตจำนวน 53 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 294 คน คิดอัตราร้อยละ 18.03 และพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอีก จำนวน 943 ราย และในปี 2555 เป็นปีแรกของการจัดทำทะเบียนมะเร็งที่พบมะเร็ง

เด็นามมีจำนวนผู้ป่วยเป็นอันดับหนึ่ง (งานทะเบียนมะเร็ง ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น, 2555) ในปี พ.ศ. 2556-2558 ยังพบอัตราป่วย 22.42 ,184.40 และ 221.34 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆและในปี 2558 มีโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี โดยมีกลุ่มสตรีเป้าหมายจำนวน 415,724 คน ได้มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมจำนวน 200,870 คน คิดเป็นร้อยละ 48.32 จำนวนผู้มารับการคัดกรองมะเร็งเต้านมยังค่อนข้างน้อยซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์คือ ต้องมีการคัดกรองมะเร็งเต้านมร้อยละ 80 ขึ้นไป⁽⁵⁾

อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ.2556-2558 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 3 , 34 และ 47 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ,2558) พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 5 ราย จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดจำนวน 84 รายคิดอัตรา ร้อยละ 6 ซึ่งเป็นสตรีที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์และเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลสีชมพูไม่รวมผู้ป่วยรายอื่นที่ไปรับการรักษาที่อื่น⁽⁶⁾ ในปีพ.ศ.2558 มีการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีโดยการรับบริการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลสีชมพูและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง โดยกลุ่มเป้าหมายสตรีอายุ 30-70 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 17,497 คน มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจำนวน 2,560 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63 ⁽⁵⁾ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือ ต้องมีการคัดกรองมะเร็งเต้านมร้อยละ 80 ขึ้นไปและนอกจากนี้ยังตรวจพบภาวะความผิดปกติอื่นๆของเต้านมจำนวน 285 ราย จากผู้มารับบริการคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 11.13 ซึ่งส่วนใหญ่ที่พบภาวะความผิดปกติอื่นๆของเต้านมจะเห็นได้ว่าเป็นสตรีอายุระหว่าง 20-49 ปี⁽⁷⁾

โรคมะเร็งเต้านมผู้ป่วยจะไม่สามารถทราบล่วงหน้าหรือไม่มีอาการบ่งบอก จะทราบโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วพบก้อนที่ผิดปกติ และการตรวจด้วยเครื่อง Mammography โรคมะเร็งเต้านมสามารถรักษาหายได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรก การที่สตรีจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับปัจจัยนำคือ การมี

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยและขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การเคยได้อื่นเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเอื้อ คือ การพบความผิดปกติบริเวณเต้านม การเคยได้รับการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ ปัจจัยเสริมคือการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์⁽⁸⁾ จากแนวคิดของ Becker พฤติกรรมของคนเกิดจากความเชื่อของบุคคลโดยที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค บุคคลก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น⁽⁹⁾ และแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ House (1981) ก็จะเป็นปฏิภณสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้รับการสนับสนุนทางสังคมจะอยู่ในภาวะที่มีปัญหา รูปแบบการสนับสนุนได้แก่ การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารทางด้านอารมณ์ การประเมินและด้านทรัพยากร⁽⁹⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะ

ได้รับกิจกรรมแทรกแซงจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ ภาพพลิกวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สื่อภาพโรคมะเร็งเต้านม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง การจับคู่ฝึกปฏิบัติตรวจเต้านม คู่มือและแผ่นพับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง CD เพลงชวนตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับความรู้จากการทำงานตามปกติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 20-49 ปี) ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีก้อนที่เต้านม ไม่เคยผ่าตัดหรือฉีดสารเสริมเต้านม พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 18,895 คน⁽⁷⁾ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ สตรีวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 20-49 ปี) ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีก้อนที่เต้านม ไม่เคยผ่าตัดหรือฉีดสารเสริมเต้านม ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร ดังนี้⁽¹⁰⁾

$$\text{สูตรการคำนวณ } n/\text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วจึงสร้างขึ้นและผู้วิจัยแจกให้กับอาสาสมัครในการตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล 7 ส่วน ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ ภาพพลิกวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สื่อภาพโรคมะเร็งเต้านม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง การจับคู่ฝึกปฏิบัติตรวจเต้านม คู่มือและแผ่นพับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง CD เพลงชวนตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการเยี่ยมบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความเที่ยงในส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการใช้สูตร KR20 ของ Kuder- Richardson และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha coefficient) หาค่าความเที่ยง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงที่ได้ แยกเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม เท่ากับ 0.75 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม เท่ากับ 0.70 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 0.73 4) แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 0.82 5) การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 0.81

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การดำเนินการวิจัยระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 คือ กิจกรรม “รู้รอบด้าน ด้านภัยโรคมะเร็งเต้านม” เป็นกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สถานการณ์ในปัจจุบัน โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ แจกคู่มือและแผ่นพับ การใช้สื่อภาพโรคมะเร็งเต้านมที่น่ากลัวเพื่อให้เกิดการตระหนัก อภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 คือ กิจกรรม “สุขภาพ สุขใจ ด้านภัยโรคมะเร็งเต้านม” เป็นกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เน้นให้เกิดความต้องการในการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบด้วย การเปิดเพลงลูกทุ่งชวนตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนเริ่มกิจกรรม การร่วมฟังและร้องเพลงลูกทุ่งชักชวนตรวจเต้านมด้วยตนเอง การพูดแสดงความห่วงใย ชักจูงโน้มน้าวให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน การอภิปรายกลุ่มโดยกลุ่มละ 7-8 คน หัวข้อ “เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีโรคมะเร็งเต้านม”

สัปดาห์ที่ 3 คือ กิจกรรม “ 3 นิ้ว 3 สัมผัส ” เป็นกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เน้นให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องประกอบด้วย การให้คู่มือที่สอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้โมเดลเต้านมจำลอง การฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยวิธี 3 นิ้ว 3 สัมผัส การจับคู่ฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในห้อง

สัปดาห์ที่ 4 คือกิจกรรม “ บันทึกรักภัยเต้านม ” เป็นกิจกรรม การให้แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ประกอบด้วย การแจกแบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองพร้อมสาธิตวิธีการบันทึก แจกสติ๊กเกอร์เตือนใจคำว่า “ เดือนนี้คุณตรวจเต้านมแล้วหรือยัง ”

สัปดาห์ที่ 5,9 และ 11 เป็น กิจกรรม ช่วงที่อาสาสมัครไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม อาสาสมัครต้องฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่บ้านตามคู่มือและบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองและผู้วิจัยกระตุ้น ติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 6,8 และ 10 จัดกิจกรรมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมคือ การเยี่ยมบ้าน การแสดงความห่วงใย การให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน การคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การดูแบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการให้คำแนะนำโดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 12 สรุปกิจกรรมและกล่าวขอบคุณ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภายในกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired-Sample t-test และ 95% CI เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent-Samples T-test และ 95% CI กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 40-49 ปีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.5 และ 42.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีคู่ร้อยละ 90.0 และร้อยละ 87.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 15 ปี ร้อยละ 52.5 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีบุตร จำนวน 2 คน ร้อยละ 65.0 และร้อยละ 72.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 15 - 20 ปี ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 52.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่คุมกำเนิดโดยวิธีการ ทำหมัน คิดเป็นร้อยละ 52.5 และร้อยละ 32.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับฮอร์โมนอื่นๆจากแพทย์คิดเป็นร้อยละ 85.0 และร้อยละ 92.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเป็นมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 97.5 และร้อยละ 100 ตามลำดับ กลุ่มทดลองเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมตนเอง คิดเป็นร้อยละ 75.0 และแหล่งที่ได้รับความรู้ส่วนใหญ่มาจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 65.0 และกลุ่มเปรียบเทียบเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมตนเองร้อยละ 55.5 และแหล่งที่ได้รับความรู้ส่วนใหญ่มาจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 42.5

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=40)		หลังการทดลอง (n=40)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D				
ความรู้	9.25	2.5	14.15	1.56	4.90	11.33	4.02 ถึง 5.77	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	30.25	3.63	39.1	1.40	8.85	14.48	7.6 ถึง 10.09	<0.001
การรับรู้ความรุนแรง	29.9	2.77	38.75	2.68	8.85	16.24	7.75 ถึง 9.95	<0.001
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	34.2	3.42	41.23	2.25	7.0	10.16	5.61 ถึง 8.39	<0.001
แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	25	3.01	30.08	2.56	5.08	9.57	4.00 ถึง 6.15	<0.001
การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	27.7	3.76	36.08	1.9	8.37	13.7	7.14 ถึง 9.61	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค แรงจูงใจในการ

ตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D				
ความรู้	14.15	1.56	10.75	2.83	3.40	6.66	2.38 ถึง 4.42	<0.05
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	39.1	1.46	33.25	2.79	5.85	11.74	4.85 ถึง 6.85	<0.001
การรับรู้ความรุนแรง	38.75	2.68	32.45	2.97	6.3	9.97	5.04 ถึง 7.56	<0.001
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	41.22	2.24	33.07	2.68	8.15	14.72	7.05 ถึง 9.25	<0.01
แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	30.08	2.55	27.58	3.6	2.5	3.59	1.11 ถึง 3.09	<0.001
การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	36.08	1.9	27.93	2.80	8.15	15.3	7.08 ถึง 9.22	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วย

ตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัย

เจริญพันธุ์ (อายุ 20-49 ปี) อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4.1 เป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากระดับต่ำ ไปสู่ระดับปานกลาง และระดับกลางไประดับสูง ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนด้านความรู้ดังกล่าวนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับโปรแกรมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยจัดกิจกรรม “รู้รอบด้าน ด้านภัยโรคมะเร็งเต้านม ” โดยการบรรยายให้ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันของโรคมะเร็งเต้านม ประกอบสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิก แจกแผ่นพับ การใช้สื่อภาพโรคมะเร็งเต้านมที่น่ากลัว สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงคุณ ศรีดวงโชติ (2552)⁽¹¹⁾ เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา เป็นนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้นกว่าก่อน การทดลองและสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.005$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4.2 เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจากระดับปานกลางไประดับสูงทั้งหมด

ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ดังกล่าวนั้น เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ซึ่งในกิจกรรมได้มีให้ความรู้ การบรรยาย สาเหตุ อาการของโรคมะเร็งเต้านม ประกอบการใช้สื่อวีดิทัศน์ แจกแผ่นพับ ใช้ภาพพลิก การฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม หัวข้อ “ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีโรคมะเร็งเต้านม ” โดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al.(1975)⁽⁹⁾ ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเช่น การรับรู้ว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยงในด้านพฤติกรรม กรรมพันธุ์ที่ส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิดา นุ่มอยู่ (2551)⁽¹²⁾ เรื่อง การส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และพบว่าความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4.3 เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมจากระดับปานกลางไประดับสูง ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมดังกล่าวนี้ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยมีการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ใช้ภาพพลิก การใช้สื่อภาพโรคมะเร็งเต้านมที่น่ากลัว สนทนากลุ่ม

แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al.(1975)⁽⁹⁾ ความเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้ประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรคที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการและการเสียชีวิต ความลำบากระยะเวลาในการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เช่นการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แวตนา สุริยันต์ (2551)⁽¹³⁾ เรื่อง ผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลคง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 44 เป็นการเปลี่ยนแปลงคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากระดับปานกลางไประดับสูง ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนดังกล่าวนี้ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรม “รู้รอบด้าน ด้านภัยโรคมะเร็งเต้านม” การให้ความรู้และสถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรม “ 3 นิ้ว 3 สัมผัส ” โดยการให้คู่มือวีดิทัศน์

สอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสาธิตและฝึกปฏิบัติโดยใช้โมเดลเต้านมจำลองเพื่อให้เกิดทักษะโดยวิธี 3 นิ้ว 3 สัมผัส การจับคู่ฝึกปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในห้องมิดชิด จึงทำให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากยิ่งขึ้น เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al.(1975)⁽⁹⁾ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลนั้นแสวงหาวิธีการปฏิบัติตัวให้หายจากการเป็นโรคที่เป็นอยู่หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการกระทำหรือการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลรัตน์ วาจรัต (2559)⁽¹⁴⁾ เรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-60 ปี ตำบลกุดกุง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยและค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านของความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4.5 เป็นการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจในการตรวจเต้านมจากระดับปานกลางไประดับสูง ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงด้านแรงจูงใจ ดังกล่าวนั้น เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น คือ จัดกิจกรรม “สุขกาย สุขใจ ด้านภัยโรคมะเร็งเต้านม” แจกสติ๊กเกอร์เตือนใจ “เดือนนี้คุณตรวจเต้านมแล้วหรือยัง” CD เพลงรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การเยี่ยมบ้านและ

กระตุ้นเตือนจากสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข คำพูดชักจูงให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จึงทำให้เกิดแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al.(1975)⁽⁹⁾ แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แวนดา สุริยันต์ (2551)⁽¹³⁾ พบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4.6 เป็นการเปลี่ยนแปลงคะแนนการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงจากระดับปานกลางไประดับสูง ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนด้านการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงดังกล่าวนี้ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม “3 นิ้ว 3 สัมผัส” การให้คู่มือที่สอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้โมเดลเต้านมจำลอง การฝึกปฏิบัติโดยวิธี 3 นิ้ว 3 สัมผัส การจับคู่ฝึกปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในห้องมิชชันและกิจกรรม “บันทึกรักภัยเต้านม” แจกคู่มือและแบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมสาธิตวิธีการบันทึก แยกสติกเกอร์เตือนใจคำว่า “เตือนนี้ คุณตรวจเต้านมแล้วหรือยัง” สรุปลักษณะข้อสงสัย แจก CD เพลงรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การติดตามเยี่ยมบ้าน และดูแบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการทำกิจกรรมทำให้มีการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐนัชฎ์พร อุตพันธุ์ และคณะ(2553)⁽¹⁵⁾ เรื่องการประยุกต์ใช้การเรียนรู้ของธอร์น ไคค์

และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อำเภอลำพลาฆาต จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีความมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 91.18

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้สื่อ CD เพลงชวนตรวจเต้านมด้วยตนเองจะช่วยให้กลุ่มทดลองมีความสนใจ เข้าใจและการจดจำที่ดี ทำให้มีความรู้ความสามารถในการฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมได้ดีขึ้น
2. การโทรกระตุ้น การติดตามเยี่ยมบ้านและการใช้สติกเกอร์เตือนใจ คำว่า “วันนี้คุณตรวจเต้านมแล้วหรือยัง” สามารถกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีความตื่นตัวและมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ดีขึ้น
3. ควรมีการรณรงค์ตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกเดือนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น
4. การจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่ต้องทำงานหารายได้ ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมควรเกิดจากความต้องการของกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
5. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อประกอบการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งจะช่วยอธิบายในด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว
6. ควรมีการศึกษาประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค
7. ควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแดงและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ทุกท่าน ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและขอบคุณผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. **สรุปรายงานประจำปีสถาบันมะเร็งเต้านม. 2555.** ค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2558, จาก http://www.nci.go.th/File_download/Nci_Cancer_Registry/Cancer_in_Thailand8.pdf
2. World cancer research fund international. **Breast cancer statistics.** 2015. Retrieved October10,2015, from <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>.
3. นกนิศ รัตนภาสูร. **ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร, 2550.
4. สำนักงานที่ปรึกษาการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. **ความเป็นจริงที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้.** 2555. ค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2558 จาก <http://www.ostc.thaiembdc.org/>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี.** 2558. ค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2558 จาก <http://www.kkpho.go.th/kpi/>.
6. โรงพยาบาลสิรินธร. **อัตราการตายโรคมะเร็งเต้านม.** ค้นเมื่อ 3 กันยายน 2558 จาก รายงานโปรแกรมบริการ 2558.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิรินธร. **แบบเก็บข้อมูลโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม อำเภอสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2558.** ค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2558 จากแฟ้มรายงานการคัดกรองมะเร็งเต้านม, 2558.
8. ปรรธนา สติติภาวิ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
9. จุฬารัตน์ โสตะ. **แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.** ขอนแก่น: ภาควิชาสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554
10. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.** ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2547.
11. ทรงคุณ ศรีดวงโชติ. **ผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2552.
12. ธิดา นุ่มอยู่. **การส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการจัดการระบบ สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.
13. แววดา สุริยงค์. **ผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลบ้านดง อำเภอลือลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
14. อุบลรัตน์ วาจิรัตน์. **ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อายุ 35-60 ปี ตำบลลูกทุ่ง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559.
15. ฐนัญพร อุสุพันธ์ และคณะ. **การประยุกต์ใช้การเรียนรู้ของธอร์นไดค์ และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์.** วารสารวิชาการสาธารณสุข, 20 (4), 2553. 664-672.

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงในบุคลากรกลุ่มคนงานของ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Overweight and Obesity are risk factors for Hypertriglyceridemia Among Labour personnel of

Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ชัยญลักษณ์ ทอนราช¹, เบญจา มุกตพันธุ์²

Thanyalak Thonrach¹, Benja Muktabhant²

บทคัดย่อ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงในบุคลากรกลุ่มคนงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ บุคลากรที่มีอายุระหว่าง 40 – 60 ปี ปฏิบัติงานที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2558 จำนวนทั้งหมด 382 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเพศ อายุ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด จากฐานข้อมูลผลตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี 2558 หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการกับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.1 ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 48 ปี กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 23.0-24.9$ กก/ม²) และภาวะอ้วน ($BMI \geq 25.0$ กก/ม²) ร้อยละ 18.3 และ 48.2 ตามลำดับ เส้นรอบเอวอยู่ในภาวะอ้วนลงพุง (ชาย ≥ 90 , หญิง ≥ 80 ซม.) ร้อยละ 52.9 กลุ่มตัวอย่างมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 27.2 และสูบบุหรี่ร้อยละ 3.9 ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 114.6 ± 67.5 มก./ดล. เพศชายมีระดับไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (> 150 มก./ดล.) พบร้อยละ 20.2 (เพศชายร้อยละ 43.9 และเพศหญิงร้อยละ 16.0) ภาวะน้ำหนักเกิน (OR_{adj} 3.26, 95%CI 1.48, 7.19) และภาวะอ้วน (OR_{adj} 3.64, 95%CI 1.87, 7.08) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง และเพศชายเสี่ยงต่อภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงมากกว่าเพศหญิง (OR_{adj} 4.17, 95%CI 2.23, 7.77)

คำสำคัญ : ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง, บุคลากรกลุ่มคนงาน, พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะน้ำหนักเกิน, ภาวะอ้วน

Abstract

Dyslipidemia is an important risk factor for cardiovascular disease. The purpose of this cross sectional analytical study was to analyse factors associated with among hospital labour personnel of Faculty of Medicine, Khon Kaen University. The subject was 382 labour personnel aged between 40 – 60 years who had attended annual health check up in 2015. Characteristic data, health status, health behavior and blood triglyceride concentration of the subjects were collected from the results of health check up after receiving the permission from the dean. Multiple logistic regression was analysed the association between factors and hypertriglyceridemia.

The result showed that the majority of the subject (85%) was female with average aged 48 years. They found to be overweight ($BMI \geq 23.0-24.9$ kg/m²) and obesity ($BMI \geq 25.0$ kg/m²) in 18.3% and 48.2 % respectively abdominal obesity (waist circumference ≥ 90 in men and ≥ 80 in women) was found in 52.9 % . Twenty-seven percent of them reported alcohol drinking, only 3.9% cigarette smoking. Average blood triglyceride concentration was 114.6 ± 67.5 mg/dl. Men had significantly higher mean value for triglyceride concentration than female. The proportion of hypertriglyceridemia was 20.2 % (43.9 % in men and 16.0% in female) . Overweight (OR_{adj} 3.26, 95%CI 1.48, 7.19) and obesity (OR_{adj} = 3.64, 95%CI 1.87, 7.08) were factors associated with hypertriglyceridemia among the labour personnel.

Male was more risk to be hypertriglyceridemia than female (OR_{adj} 4.17, 95%CI 2.23, 7.77)

Keyword : Hypertriglyceridemia, labour personnel, health behavior, overweight, obesity

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการเพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² กลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ผู้รับผิดชอบบทความ)

บทนำ

ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่โรคหลอดเลือดและหัวใจ เพราะไตรกลีเซอไรด์ปริมาณสูงทำให้เลือดข้นเหนียวขึ้นเกิดการจับตัวกันเป็นลิ่มและอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะที่หัวใจและสมอง⁽¹⁾ จากการสำรวจความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในช่วงปี พ.ศ. 2551 – 2552 ความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 41.7 และ 31.6 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงสุด (ร้อยละ 44.9) และจังหวัดขอนแก่นพบว่าความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดในผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชนบทกลุ่มอายุ 20 -88 ปี ร้อยละ 40.0⁽²⁾

ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงเกิดขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วนลงพุง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความผิดปกติทางพันธุกรรมบางอย่าง⁽³⁾⁽⁴⁾ โรคอ้วนและภาวะอ้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญหนึ่งในการเพิ่มขึ้นของระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (Lee et al., 2013) ซึ่งปัจจุบันพบภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปีทั่วโลก⁽⁵⁾ โดยคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมากกว่า 1 ใน 3 อยู่ในภาวะอ้วน โดยเพิ่มขึ้นสองเท่าตัวเมื่อเทียบกับในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา (ปี 2534-2552) จากร้อยละ 17.2 เป็นร้อยละ 34.7 และพบความชุกในช่วงอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 42.4⁽⁶⁾

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นจึงมีระบบการดูแลสุขภาพบุคลากร โดยมีสวัสดิการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าบุคลากรมีภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงร้อยละ 18.1 โดยในกลุ่มคนงานซึ่งมีจำนวน 1 ใน 4 ของบุคลากรทั้งหมด มีความชุกของไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงในอัตราที่สูงกว่าบุคลากรกลุ่มอื่นโดยพบร้อยละ 23.0⁽⁷⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกแยกตามเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงของบุคลากรกลุ่มคนงานคณะแพทยศาสตร์ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อนำผล

การศึกษานี้มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดและป้องกันความรุนแรงของโรคที่มีผลตามมา

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional study) ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรกลุ่มคนงานของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีเกณฑ์คัดเข้าเกณฑ์คัดออกดังนี้ **เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)** 1) บุคลากรกลุ่มคนงานคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี ที่คลินิกตรวจสุขภาพประจำปี มีอายุ 40-60 ปีขึ้นไปในปีพ.ศ. 2558 2) มีข้อมูลผลตรวจเลือดหลังจากงดน้ำงดอาหารแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ชั่วโมงดังต่อไปนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด **เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)** 1) หญิงตั้งครรภ์หรือหญิงให้นมบุตร 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคเมอเร็ง โรคไต และโรคไทรอยด์ 3) ใช้ยาลดไขมันในเลือด ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกมีทั้งหมด 382 คน จึงศึกษาทั้งหมด

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลผลตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี 2558 หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งข้อมูลที่น่าสนใจในการวิจัย มีดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเคลื่อนไหว/การออกกำลังกาย ระยะเวลาในการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และภาวะโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว 4) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบความแตกต่าง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยใช้สถิติ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว การดื่ม

เครื่องดัดมัลเอกซอสต์ และการสูบบุหรี่ กับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงครั้งละหลายตัวแปรโดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic Regression) ด้วยวิธี Backward elimination ประเมินความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit) ด้วยสถิติ Pearson chi-square ซึ่งค่าระดับนัยสำคัญที่ได้มีค่ามากกว่า 0.05 จึงถือว่าโมเดลที่มีความเหมาะสม

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE591046 เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2559

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.1 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-50 ปี ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 48 ปี พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ร้อยละ 57.9 ของและส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.5 ใช้เวลาในการออกกำลังกาย < 150 นาที/สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ร้อยละ 3.9 โดยคนที่สูบบุหรี่เป็นเพศชาย และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบร้อยละ 27.2 โดยเพศชายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 67.9 เพศหญิงดื่มร้อยละ 20.6

ตาราง 1 ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะโภชนาการ	รวม		ชาย		หญิง		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)							
ปกติ (< 120/80)	153	40.0	17	29.8	136	41.9	
ภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (120-139/ 80-89)	204	53.4	37	64.9	167	51.4	
ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (140-159 / 90-99)	22	5.8	3	5.3	19	5.8	
ความดันโลหิตสูงระดับ 2 (≥ 160 / 100)	3	0.8	0	0.0	3	0.9	
ระดับน้ำตาลในเลือด (มล./ดล.)							
ปกติ (< 100)	355	92.9	50	87.7	305	93.9	
Impaired fasting glucose (100 – 125)	22	5.8	5	8.8	17	5.2	
สูง (≥ 126)	5	1.3	57	3.5	325	0.9	
Median (min : max)	83 (61 : 209)		87 (66 : 142)		83 (61 : 209)		0.001
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)							
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	7	1.8	1	1.7	6	1.8	
ปกติ (18.5 – 22.9)	134	35.1	18	31.6	116	35.7	
ภาวะน้ำหนักเกิน (23.0 – 24.9)	70	18.3	12	21.1	58	17.9	
ภาวะอ้วนระดับ 1 (25.0 – 29.9)	139	36.4	22	38.6	117	36.0	
ภาวะอ้วนระดับ 2 (>30.0)	32	8.4	4	7.0	28	8.6	
Median (min : max)	24.3 (17.5 : 43.5)		24.8 (18.0 : 30.5)		24.2 (17.5 : 23.5)		0.474
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)							
ปกติ (ชาย < 90, หญิง < 80)	180	47.1	34	59.6	146	44.9	
อ้วนลงพุง (ชาย ≥ 90, หญิง ≥ 80)	202	52.9	23	40.4	179	55.1	
Median (min : max)	82 (59 : 118)		88 (61 : 104)		81 (59 : 118)		0.001

*วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างชายและหญิงโดยใช้สถิติ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

2. ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และภาวะโภชนาการ จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะก่อนความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.4 และมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.6 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ Impaired fasting glucose และสูงร้อยละ 5.8 และ 1.5 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานระดับน้ำตาลในเลือดของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.001 กลุ่มตัวอย่างมี

ดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 18.3 และภาวะอ้วนร้อยละ 44.8 โดยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกัน เส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์อ้วนลงพุงร้อยละ 52.9 โดยเพศหญิงอ้วนลงพุงมากกว่าเพศชาย ค่ามัธยฐานเส้นรอบเอวของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.001

ตาราง 3 ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด

ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	รวม			ชาย		หญิง		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	95%CI	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปกติ (< 150)	305	79.8	0.79-0.84	32	56.1	273	84.0	< 0.001
เริ่มสูง (150 - 199)	39	10.2	0.07-0.13	9	15.8	30	9.2	
สูง (200 - 499)	38	10.0	0.07-0.13	16	27.1	22	6.8	
Median (min : max)	96 (36 : 494)			136 (49 : 494)		92 (36 : 447)		

* วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างชายและหญิงโดยใช้สถิติ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

3. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของไตรกลีเซอไรด์ในเลือดผิดปกติ (≥ 150 มก./ดล.) ร้อยละ 20.2 (ชาย ร้อยละ 42.9, หญิงร้อยละ 16.0) โดยเพศชายมีค่าไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่าง: การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multiple logistic regression)

ปัจจัย	TG < 150 mg/dl (n=305)	TG $\geq$ 150 mg/dl (n=77)	Adjusted OR (95 %CI)	P-Value
เพศ				
หญิง	32	25	1.00	< 0.001
ชาย	273	52	4.17 (2.23-7.78)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)				
< 23.0	133	14	1.00	0.003
23.0 – 24.9	52	18	3.26 (1.48-7.19)	
≥ 25.0	120	45	3.64 (1.87-7.08)	

Goodness of fit ของโมเดลสุดท้าย = 0.052, TG : Triglyceride

จากตาราง 4 พบว่า ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (< 150 มก./ดล.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.05) ได้แก่

เพศชาย (OR_{adj} 4.17, 95% CI 2.23, 7.78) น้ำหนักเกิน (OR_{adj} 3.26, 95% CI, 1.48-7.19) และดัชนีมวลกายในภาวะอ้วน (OR_{adj} 3.64, 95% CI 1.87, 7.08)

สรุปและอภิปรายผล

บุคลากรกลุ่มคนงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นมีภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ร้อยละ 20.2 โดยเพศชายพบร้อยละ 42.9 และเพศหญิงร้อยละ 16.0 จากการศึกษาของ พรพิมล ชูพานิช⁽⁸⁾ ที่ศึกษาภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ใหญ่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบความชุกของไตรกลีเซอไรด์สูงในผู้ใหญ่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 39.7 เมื่อเทียบกับบุคลากรในลักษณะการทำงานเดียวกัน คือ บุคลากรโรงพยาบาลรามารบดิ ที่พบภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงเพียง 1.9 % ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของภูมิภาค ทำให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ต่างกัน เพราะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมที่รับประทานข้าวเหนียวสูงที่สุดร้อยละ 73.3⁽⁹⁾ และจากการศึกษาของวิชัย เอกพลากร⁽¹⁰⁾

พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงที่สุด 338.7 กรัม/คน การบริโภคคาร์โบไฮเดรตปริมาณมากหรืออาหารที่มีดัชนีน้ำตาลสูงจะส่งผลต่อการเผาผลาญน้ำตาลในเลือดและทำให้ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง⁽¹¹⁾

ปัจจัยต่างๆ กับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อภาวะไตรกลีเซอไรด์มากกว่าเพศหญิง 4 เท่า สอดคล้องกับ การศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี 2551-2552⁽¹²⁾ และการศึกษาของกัญญา จันทร์พล⁽¹³⁾ ที่พบความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง และที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสัดส่วนที่มากกว่าเพศหญิง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง⁽¹⁴⁾ ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อภาวะไตรกลีเซอไรด์ที่เพิ่มขึ้น 3.26 และ 3.64 เท่าของคนที่มีน้ำหนักปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิฆัมพร บรรจถรณ์และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า ภาวะอ้วนในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงเป็น 2.97 เท่า และจากการศึกษาของ Wang et al.⁽¹⁶⁾ พบว่า ดัชนีมวลกายที่อยู่ใน

ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงเนื่องจากคนที่มีภาวะอ้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มการสะสมของไขมันที่ตับและบริเวณช่องท้องในปริมาณมาก ส่งผลต่อการเพิ่มหลังของไขมันไตรกลีเซอไรด์⁽¹⁷⁾ ซึ่งสาเหตุของภาวะอ้วนมาจากการขาดกิจกรรมทางกาย การบริโภคเกินความจำเป็น ซึ่งบุคลากรกลุ่มคนงานเกือบครึ่งหนึ่งพบว่าไม่ออกกำลังกายเลย การขาดการออกกำลังกายก็เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรกลุ่มคนงานไม่พบการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ออกกำลังกายเลย ซึ่งก็อาจเนื่องมาจากรูปแบบวิถีชีวิตของบุคลากรไม่ค่อยมีเวลา ชีวิตเร่งรีบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัยยุทธ กุลตังวัฒนา⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ไม่ออกกำลังกายสูงถึงร้อยละ 78.7 และน้อยกว่าข้อมูลการออกกำลังกายของคนไทยปี 2557 อายุ 33-53 ปี ซึ่งข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 69.9⁽¹⁹⁾ จึงควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรกลุ่มคนงานได้มีการออกกำลังกายมากขึ้น โดยในปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์ได้มีการจัดกิจกรรมการเดินแอโรบิกให้แก่บุคลากรทุกวันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเย็น แต่ก็ยังมีผู้เข้าร่วมจำนวนน้อย จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ให้รับรู้อย่างกว้างขวาง ทั้งนี้การส่งเสริมให้มีปัจจัยเอื้อในการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคม การมีแบบอย่างที่ดีในการออกกำลังกาย และมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของหลายๆ งานวิจัย⁽²⁰⁻²²⁾ ที่พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งพบพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรจัดให้มีกิจกรรมลดน้ำหนัก โดยการเพิ่มการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหารในบุคลากร โดยเฉพาะกลุ่มคนงาน และจัดกิจกรรมให้ความรู้

เกี่ยวกับภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ความสำคัญและวิธีป้องกัน มีการณรงค์ให้เกิดความตระหนักและใส่ใจปัญหาสุขภาพ

2. เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งทำให้ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงไม่ครบถ้วน เช่น การบริโภคอาหาร หายไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบิดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานเวชกรรมสังคม หัวหน้าหน่วยสร้างเสริมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในคลินิกตรวจสุขภาพประจำปี ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Harchaoui, KE., Visser, M., Kastelein, JJ., Stroes, E., Dallinga-Thie, G. "Triglycerides and Cardiovascular Risk." *Curr Cardiol Rev.* 5(3): 216–22, 2009.
2. ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล และคณะ. "ความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท จังหวัดขอนแก่น". วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 89: 1835- 1844, 2548.
3. National Cholesterol Education Program (NCEP). "Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report". *Circulation.* 106(25): 3143–3143, 2002.
4. Berglund, L., Brunzell, J.D., Goldberg, A.C., Goldberg, I.J., Sacks, F., Murad, M.H., et al. "Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline". *J Clin Endocrinol Metab.* 97(9): 2969– 89, 2012.
5. มนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. รายงานการวิจัยการศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจาก โรคอ้วนในประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ นนทบุรี, 2554.
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. รายงานสุขภาพคนไทย 2557 : ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ผู้การปฏิรูปประเทศแบบ ฐานราก. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพฯ, 2557.
7. หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. รายงานผลตรวจสุขภาพประจำปี 2557 บุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น, 2558.
8. พรพิมล ชูพานิช. "ความสัมพันธ์ของรูปแบบการรับประทานอาหารกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและองค์ประกอบของ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ใหญ่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2558.
9. วิชัย เอกพลากร. รายงานการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจ ร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ นนทบุรี, 2554.
10. Aekplakorn, W., Satheanoppakao, W., Putwatana, P., Taneepanichskul, S., Kessomboon, P., Chongsuvivatwong, V., et al. "Dietary Pattern and Metabolic Syndrome in Thai Adults." *J Nutr Metab.* 2015 [cited 2016 Jul 18] Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4325199/>
11. Song, S.J., Lee, J.E., Paik, H-Y., Park, M.S., Song, Y.J. "Dietary patterns based on carbohydrate nutrition are associated with the risk for diabetes and dyslipidemia." *Nutr Res Pract.* 6(4): 349–56, 2012
12. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย การตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. บริษัท เดอะ กราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด กรุงเทพฯ, [ม.ป.ป.].
13. ภัณฑิลา จันทร์พล และมนัสนันท์ ธนวิการณกุล. "ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะไขมันในเลือดสูงใน บุคลากรโรงพยาบาลรามารับดี." วารสารกรมการแพทย์. 5(40): 112-119, 2558.
14. Shen, Z., Munker, S., Wang, C., Xu, L., Ye, H., et al. "Association between alcohol intake, overweight, and serum lipid levels and the

15. ทิพย์พร บรรจถรณ์ และคณะ. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงของผู้ใหญ่วัยกลางคนใน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.” **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 1(8): 175-184, 2558.
16. Wang, B., Wei, D., Wang, C., Zhang, J., Pan, L., Ma, M., et al. “Prevalence of dyslipidemia and associated factors in the Yi farmers and migrants of Southwestern China.” **Atherosclerosis**. 223: 512–518, 2012.
17. Fabbrini, E., Mohammed, B.S., et al. “Alterations in adipose tissue and hepatic lipid kinetics in obese men and women with nonalcoholic fatty liver disease.” **Gastroenterology**. 134(2): 424–431, 2008.
18. ชัยยุทธ กุลตั้งวัฒนา. “พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี.” **วารสารกรมการแพทย์**. 4(40): 109- 120, 2558.
19. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). **รายงานสุขภาพคนไทยปี 2559 : ดายดี วิถีที่เลือกได้**. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพฯ, 2559.
20. Yu, S., Yang, H., Guo, X., Zhang, X., Zheng, L., Sun, Y. “Prevalence of dyslipidemia and associated factors among the hypertensive population from rural Northeast China.” **BMC Public Health**. 15: 1152, 2015.
21. Zhang, X., Sun, Z., Zheng, L., Li, J., Liu, S., Xu, C., et al. “Prevalence of dyslipidemia and associated factors among the hypertensive rural chinese population.” **Arch Med Res**. 38: 432–439, 2007.
22. Sharma, U., Kishore, J., Garg, A., Anand, T., Chakraborty, M., Lali, P. “Dyslipidemia and associated risk factors in a resettlement colony of Delhi.” **J Clin Lipidol**. 7(6): 653–660, 2013.

แรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535
ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม

THE MOTIVATION INFLUENCING JOB PERFORMANCE OF AUTHORIZED LOCAL
OFFICERS IN ACCORDANCE WITH THE PUBLIC HEALTH ACT, B.E. 2535 IN SUB-
DISTRICT ADMINISTRATIVE ORGANIZATION OF MAHASARAKHAM PROVINCE.

รังสรรค์ แสงโทโพ¹, ชนะพล ศรีฤาชา²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์มุ่งศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ที่ดำเนินการตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ทั้งหมด 115 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบาย คุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับแรงจูงใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม และสถิติเชิงอนุมานใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุแบบขั้นตอน เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรและพยากรณ์การปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.3 มีอายุเฉลี่ย 37.9 ปี (S.D.=6 ปี) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล 6-10 ปี ร้อยละ 50.4 มีระยะเวลาเฉลี่ย 9 ปี (S.D.=3.5 ปี) มีรายได้ เฉลี่ยต่อเดือน 26,020.5 บาท (S.D.=5,567.7 บาท) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 58.3 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ร้อยละ 60.0 ระดับแรงจูงใจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D.= 0.64) โดยมีปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.34 (S.D.= 0.67) และปัจจัยก้ำจุนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน มีค่าเฉลี่ย 3.17 (S.D.= 0.67) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ด้านต่างๆของปัจจัยจูงใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านลักษณะงานที่อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับปัจจัยก้ำจุน พบว่า ด้านต่างๆส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านความสัมพันธ์ในองค์กร ที่พบว่าอยู่ในระดับสูง ระดับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.67 (S.D.=1.11) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.97 (S.D.=1.21) รองลงมา คือ ด้านการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.84 (S.D.=1.10) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการควบคุมสัตว์เลี้ยง อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.43 (S.D.=1.34) ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม คือ ปัจจัยก้ำจุนด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน (p-value<0.001), ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง (p-value<0.001), ปัจจัยก้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา (p-value<0.001), ปัจจัยก้ำจุนด้านสถานภาพของวิชาชีพ (p-value<0.001) และปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติงาน (p-value<0.011) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้ร้อยละ 73.4

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และองค์การบริหารส่วนตำบล

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study the motivation influencing job performance of authorized local officers in accordance with the public health Act, B.E. 2535 in sub-district administrative organization of Mahasarakham province. The populations in this study were 115 authorized local officers in sub-district administrative organization of Mahasarakham province. Collecting data by questionnaire and analyzed the data by the Statistical Package program. The data were gathered by Descriptive Statistics, Percentage, Mean, Standard Deviation, Minimum, Maximum, Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

¹ นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองหัว ตำบลงัวนา อำเภอกว๊านพะมู จังหวัดมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The results show that most of the samples was female counting for 51.3 %, with average age of 37.9 years (S.D.=6 years), experience in work between 6-10 years counting for 50.4 % with average at 9.0 years(S.D.=3.5), average monthly salary 26,020.5 Baht(S.D.=5,567.7), finished bachelor's degree counting for 58.3%, had training experience in the public health Act, B.E. 2535 counting for 60.0%. The total level of the motivation was moderate level with average at 3.25(S.D.= 0.64) . The total level of the motivation factors was moderate level with average at 3.34 (S.D.= 0.67) and the total level of the hygiene factors was moderate level with average at 3.17 (S.D.= 0.67).When looking closely on each component, most of the motivation factors were moderate level except job description was high level and most of the hygiene factors were moderate level except corporate relations was high level; In addition,The total level of the performance of authorized local officers in accordance with the public health Act,B.E. 2535 was moderate level with average at 2.67 (S.D.=1.11) When looking closely on each component, it was found the highest averages of the motivation was health hazardous business which was moderate level with average at 2.97(S.D.=1.21) followed by sanitation management was moderate level with average at 2.84 (S.D.=1.10)). The lowest averages of the performance of authorized local officers was animals controller which was moderate level with average at 2.43 (S.D.=1.34). To encapsulate that, the factors influencing the job performance including salary(p-value<0.001), work progress (p-value<0.001), commanding (p-value<0.001), job's status (p-value=0.001) and work itself (p-value=0.011). These five factors could predict job performance in public health Act, B.E. 2535 in sub-district administrative organization at 73.4%

Keyword: motivation, the public health Act,B.E. 2535 and sub-district administrative organization.

บทนำ

การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกระบวนการของการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ประชาชนในส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนในส่วนท้องถิ่นนั้นได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น ระบบสาธารณูปโภค ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่น ตามเจตนารมณ์ของประชาชนแห่งท้องถิ่นนั้น ราชการส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงเป็นหน่วยการปกครองตนเองของประชาชนที่กฎหมายได้จัดตั้งขึ้น เพื่อรองรับการกระจายอำนาจของรัฐบาลส่วนกลาง ตามระบบการปกครองในระบอบประชาธิปไตย กล่าวคือ ท้องถิ่นใดที่มีคุณสมบัติหรือมีศักยภาพตามที่กฎหมายกำหนด เช่น มีจำนวนประชากรและรายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นต้น ก็สามารถจัดตั้งเป็นราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีอำนาจในการบริหารจัดการปกครองตนเองของประชาชน โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลและสนับสนุนของรัฐบาลส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเท่าที่จำเป็น ภายใต้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 281 บัญญัติว่า ภายใต้บังคับมาตรา 1 รัฐจะต้องให้ความเป็นอิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาในพื้นที่ ท้องถิ่น

ใดมีลักษณะที่จะปกครองตนเองได้ ย่อมมีสิทธิจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ และมาตรา 284 บัญญัติว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีสภาท้องถิ่นและคณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)⁽¹⁾

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทยเริ่มดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542เป็นต้นมา โดยเป็นไปตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งบัญญัติให้ดำเนินการกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการจัดสรรภาษีระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงภารกิจเป็นสำคัญ ภายใต้การดำเนินการของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ก็ยังคงให้ความสำคัญต่อการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังปรากฏในมาตรา 283 วรรคสาม ดังนั้นเพื่อให้การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบรรลุเป้าหมายตามรัฐธรรมนูญ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 30 ซึ่ง กำหนดให้การกระจายอำนาจต้องดำเนินไปตามแผนการกระจายอำนาจให้แก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเป็นแผนที่กำหนดกรอบแนวคิด เป้าหมายและแนวทางการกระจายอำนาจ โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย มีกระบวนการที่ยืดหยุ่นและรอบคอบ ภายใต้หลักการสำคัญของการกระจายอำนาจ ได้แก่ หลักความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลักการจัดความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐในการบริหารราชการแผ่นดิน และหลักประสิทธิภาพในการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภายหลังจากมีการประกาศใช้แผนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐมีพันธกิจจะต้องถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 245 ภารกิจ ภายในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ.2544-2553) ซึ่งผลจากการดำเนินการถ่ายโอนดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายในการกระจายอำนาจด้านการคลัง โดยรัฐจะต้องจัดสรรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 35 ของรายได้ของรัฐบาล ภายในปีงบประมาณ 2549 ซึ่งทั้งสองด้านที่กล่าวมานี้ แม้ว่าจะไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่เมื่อพิจารณาถึงความก้าวหน้าในการดำเนินการแล้ว สามารถกล่าวได้ว่ามีความก้าวหน้าพอสมควรเมื่อเปรียบเทียบกับ การถ่ายโอนบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการปรับปรุงกฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง (สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552)⁽²⁾

การดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขนั้น ปัจจุบันดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีหลักการ คือ คุ้มครองประชาชนด้านสุขลักษณะ และการอนามัยสิ่งแวดล้อม กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เพื่อให้ออกข้อกำหนดของท้องถิ่นและบังคับใช้ให้อำนาจเจ้าพนักงานสาธารณสุขตรวจตราแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ด้านวิชาการแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่น มีคณะกรรมการสาธารณสุขกำกับดูแล ให้การสนับสนุน และให้สิทธิแก่ประชาชนยื่นอุทธรณ์ได้ ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการตราข้อบัญญัติ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ มาบังคับใช้ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเองได้ ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายที่ให้อำนาจไว้ ซึ่งกฎระเบียบข้อบังคับนั้น เรียกว่า ข้อกำหนดของท้องถิ่น และเมื่อข้อกำหนดของท้องถิ่นได้

ผ่านขั้นตอนการประกาศใช้ตามที่กฎหมายกำหนดไว้แล้ว ก็จะมีผลบังคับใช้ในเขตราชการส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ราชการส่วนท้องถิ่นที่กฎหมายมีบทบัญญัติให้อำนาจในการตราข้อกำหนดของท้องถิ่นในเรื่องใด จึงจำเป็นต้องตราข้อกำหนดของท้องถิ่นในเรื่องนั้นตามที่กฎหมายได้ให้อำนาจไว้ เพื่อให้กฎหมายแม่บทได้มีผลบังคับสมดังเจตนารมณ์ที่รัฐสภาได้กระจายอำนาจให้แก่ราชการส่วนท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองประชาชนในเขตท้องถิ่น นั้น ตามสภาพปัญหาที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น บรรดาภารกิจที่ท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐเป็นภารกิจที่รัฐถ่ายโอนอำนาจให้ท้องถิ่นมีอำนาจในการบริหารจัดการ บางส่วนรัฐยังคงเป็นผู้ใช้อำนาจอยู่จึงเป็นการดำเนินงานร่วมกัน ภารกิจภายใต้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการได้โดยอิสระ โดยให้อยู่ภายใต้คำแนะนำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจที่ต้องดำเนินการ ได้แก่ การจัดการสิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอย สุขลักษณะของอาคาร เคารุาคาญ การควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์ กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร และการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ โดยมีเจ้าพนักงานท้องถิ่นที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ เป็นผู้ปฏิบัติการตามภารกิจที่กำหนดไว้(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข , 2555) ซึ่งการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าพนักงานท้องถิ่น มีผู้ทำวิจัยไว้พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีแรงจูงใจด้านสภาพการทำงานอยู่ในระดับสูง (อัชฌา คงชนสาโรช, 2551)⁽³⁾ และปัจจัยการรับรู้บทบาทของเจ้าพนักงานเทศบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยค่าจ้างพบว่าเจ้าพนักงานเทศบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อปัจจัยค่าจ้างในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในระดับปานกลาง (ทรงศักดิ์ ภูมิสายคร, 2546)⁽⁴⁾

แรงจูงใจในการทำงาน เป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้มนุษย์ทุ่มเทแรงกายแรงใจ และแสดงความสามารถ

อย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ แรงจูงใจในการทำงานให้ประสบความสำเร็จประกอบด้วย ปัจจัย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้าน (Hygiene Factors) และปัจจัย จูงใจ (Motivation Factors) กล่าวคือ หากความต้องการ ทางด้านปัจจัยด้าน ซึ่งประกอบด้วยเงินเดือน/ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ในองค์กร การปกครองบังคับบัญชา นโยบาย และการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน สภาพภาพของ วิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงานและความเป็นอยู่ ส่วนตัว ได้รับการตอบสนองไม่เต็มที่มนุษย์จะเกิดความไม่ พึงพอใจ ถึงแม้ว่าได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่มนุษย์ก็ ยังไม่พึงพอใจถึงขีดสุดอยู่ดีแต่กลับจะรู้สึกเฉยๆ ฉะนั้นการ ตอบสนองความต้องการทางด้านปัจจัยด้านของมนุษย์จะ เป็นเพียงเงื่อนไขหนึ่งในการลดความไม่พึงพอใจในการ ทำงานลงเท่านั้น แต่ไม่สามารถจะทำให้มนุษย์พึงพอใจได้ ในเวลาเดียวกันหากความต้องการด้านปัจจัยด้าน ซึ่ง ประกอบด้วย ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบและความก้าวหน้า ในตำแหน่ง ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่มนุษย์จะรู้สึก พึงพอใจพร้อมปฏิบัติงานด้วยความรักในหน้าที่ อุทิศ ตนเองอย่างหนัก รวมทั้งเสียสละทุ่มเททั้งแรงกายและ แรงใจ ให้กับองค์กรอย่างไม่มีรู้จักเหน็ดเหนื่อย แต่หาก ไม่ได้รับการตอบสนองมนุษย์จะรู้สึกเฉยๆ ไม่ยินดียิน ร้าย อาจทำงานเพียงเพื่อให้งานเสร็จไปวันๆ เท่านั้น ไม่ สนใจที่จะอุทิศตนเองแต่อย่างใด โดยมีผู้วิจัยไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการ สาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่าตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนาย การ ปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้ 4 ตัวแปร คือ ความรับผิดชอบ นโยบายและการ บริหารงานขององค์กร ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และ สภาพของวิชาชีพ โดยสามารถร่วมทำนายผลได้ร้อยละ 81.16 พบ ปัญหา อุปสรรค ในการ ปฏิบัติงาน ตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบในองค์กรบริหารส่วนตำบล จังหวัด นครราชสีมา ส่วนใหญ่คือ สมาชิกไม่เห็นความสำคัญใน การออกข้อบังคับตำบลตามพระราชบัญญัตินี้ ร้อยละ 43.36 รองลงมาได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับการออก

ข้อบังคับตำบลตามพระราชบัญญัตินี้ 21.31 (อัชฌา กรณ สาโรช, 2551)⁽³⁾ และพบว่าปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ การขาดบุคลากรทั้งในด้านจำนวนบุคลากรที่จะ ปฏิบัติงานและบุคลากรที่มีคุณวุฒิที่เหมาะสมในการ ปฏิบัติงาน ร้อยละ 61.8 ขาดความรู้ในการปฏิบัติงาน ร้อย ละ 29.4 และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ ต้องการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ร้อยละ 91.2(ทรงศักดิ์ ภูมิ สายคร, 2546)⁽⁴⁾

จังหวัดมหาสารคามแบ่งเขตการปกครองออกเป็น อำเภอ 13 อำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล 123 แห่ง เทศบาล 18 แห่ง และหมู่บ้าน 1,944 หมู่บ้าน มีประชากร ทั้งสิ้นในปี 2556 จำนวน 955,644 คน มีจำนวนครัวเรือน ทั้งสิ้น 271,033 ครัวเรือน ประชากรในจังหวัดมหาสารคาม เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2550-2557 จากการที่ประชากรเพิ่มขึ้น ทุกปีส่งผลให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม หากขาดการวางแผน จัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีจะก่อให้เกิดปัญหาความแออัด ขาด แคลนน้ำดื่ม เกิดปัญหาขยะมูลฝอยและมลพิษต่างๆ จาก ข้อมูลสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 10 พบว่า จังหวัด มหาสารคาม มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณวันละ 697.9 ตัน ต่อวัน ปริมาณ ขยะ มูล ฝอย ที่ เกิด ขึ้น นั้น หน่วยงานท้องถิ่นจะทำการเก็บรวบรวมและขนส่งขยะมูล ฝอยซึ่งทางเทศบาลจะดำเนินการเอง แต่มีบางส่วนที่ทำการ จัดจ้างบริษัทเอกชนเข้ามาดำเนินการเก็บขนในพื้นที่ สำหรับปัญหาด้านการจัดการขยะมูลฝอยที่พบ ส่วนใหญ่ คือ ขยะมูลฝอยที่ตกค้างในชุมชนที่เข้าไม่ถึง รวมทั้งการ จัดเก็บขยะไม่ทันเวลา นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในการ ถักกลบทิ้งขยะมูลฝอยจากนอกเขต ซึ่งการกำจัดขยะมูล ฝอยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการฝังกลบและเทกองที่ไม่ถูก สุขลักษณะ และยังพบว่าไม่มีการบังคับใช้กฎหมายกับผู้ ที่ทิ้งขยะในสถานที่สาธารณะ รวมทั้งประชาชนยังขาด จิตสำนึกในการทิ้งขยะ ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน จังหวัดมหาสารคาม ทั้งในเขตเทศบาลและองค์การบริหาร ส่วนตำบล พ.ศ. 2555 เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 จังหวัด คือ จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ พบว่า จังหวัด มหาสารคามมีปริมาณขยะอยู่อันดับ 2 รองจากจังหวัด ขอนแก่น ทั้งๆที่จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนประชากรและ สถานประกอบการมากกว่า โดยจังหวัดมหาสารคามมี

ปริมาณขยะจำนวน 697.9 ตันต่อวัน แต่มีปริมาณขยะที่กำจัดถูกวิธี จำนวน 62.1 ตันต่อวัน และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 14 แห่งในจำนวน 143 แห่งที่กำจัดขยะถูกวิธี จึงทำให้ปริมาณขยะในจังหวัดมหาสารคามสะสมประมาณ 66,562 ตันต่อปี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการกำจัดขยะ ร้อยละ 41.8 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 32.6 เป็นการกำจัดขยะขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และร้อยละ 9.2 เป็นการกำจัดขยะของเทศบาลตำบล(สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดมหาสารคาม, 2558) ⁽⁵⁾

จากความเป็นมาและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ในประเด็นเกี่ยวกับแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานท้องถิ่น ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยจูงใจกับการปฏิบัติงาน ความสามารถในการทำนายผลการปฏิบัติงานของปัจจัยต่างๆ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยจะสะท้อนให้เห็นสภาพการณ์ที่เป็นจริง และสามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้กฎหมายแม่บทเกิดผลบังคับใช้สมดังเจตนารมณ์ที่รัฐสภาได้กระจายอำนาจให้แก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการคุ้มครองประชาชนตามสภาพปัญหาที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการกำหนดขนาดตัวอย่างจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีขั้นตอนในการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน (Cohen, 1988) ดังนี้

$$n = \frac{\lambda(1 - R^2_{y/x})}{R^2_{y/x}}$$

$$n = 3.91$$

$$n = 4$$

ผลจากการคำนวณตัวอย่าง พบว่า จำนวน n มีจำนวน เท่ากับ 4 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ซึ่งขนาดของตัวอย่างที่ใช้ศึกษาแบบถดถอยพหุนั้น Nunnally & Bernstein 1994 ได้ให้คำแนะนำไว้ว่า ควรมีตัวอย่างอย่างน้อย 10 ตัวอย่าง ต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 21 ตัวแปร จึงควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 210 ตัวอย่าง ซึ่งขนาดตัวอย่างที่ได้ดังกล่าวมีค่ามากกว่าประชากรทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างใหม่ โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยกรณีประชากรมีขนาดเล็กและทราบจำนวนประชากรของอรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ (2546) ⁽⁶⁾ ดังนี้

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

$$n = 114.4360136193 = 115 \text{ คน}$$

จากการคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 115 คน ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ กำหนดค่ามาตรฐานได้ไว้ปกติที่ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ กำหนดให้เท่ากับ 0.05 ค่าความแปรปรวนของข้อมูล (σ^2) ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษา

ของอัชมา คงธนสาโรช(2551) ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีค่าเฉลี่ย 3.57 (SD = 1.03)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม โดยแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อกำหนดของท้องถิ่น และ ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ 5,4,3,2,1⁽⁷⁾ ระดับมากที่สุด ระดับมา ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดย ทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 และการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2559 เลขที่ HE592157 ลำดับที่ 4.3.01:20/2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับแรงจูงใจ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัด

มหาสารคาม และสถิติเชิงอนุมานใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งตามเกณฑ์ Elifson (1990)⁽⁸⁾ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้ ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship) หมายถึง $r = 0$ มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship) หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30 มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship) หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70 มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship) หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99 มีความสัมพันธ์สูงมาก (Perfect Relationship) หมายถึง $r = \pm 1$ และการถดถอยพหุแบบขั้นตอน เพื่อหาแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.3 มีอายุ 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.2 มีอายุเฉลี่ย 37.9 ปี (S.D.=6.0ปี) อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 56 ปี มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.4 มีระยะเวลาเฉลี่ย 9 ปี (S.D.=3.5ปี) มีรายได้ 25,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 26,020.5 บาท (S.D.= 5,567.7 บาท) รายได้ต่ำสุด 11,250 บาท รายได้สูงสุด 45,000 บาท สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 77.4 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 58.3 ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าส่วนการสาธารณสุข/ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 47.0 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 คิดเป็นร้อยละ 60.0

2. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ภาพรวมของแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D.=0.64) โดยภาพรวมของปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.34 (S.D.=0.67) และปัจจัยที่จูงใจอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน มีค่าเฉลี่ย

3.17(S.D.=0.67) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ด้านต่างๆ ของปัจจัยจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านลักษณะงานที่อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับปัจจัยค้ำจุน พบว่า ด้านต่างๆส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านความสัมพันธ์ในองค์กร ที่พบว่าอยู่ในระดับสูง

3. ระดับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ภาพรวมของระดับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.67(S.D.=1.11) เมื่อ

พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.97(S.D.=1.21)รองลงมา คือ ด้านการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.84(S.D.=1.10) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการควบคุมสัตว์เลี้ยง อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.43(S.D.=1.34)

4. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r) ระหว่างแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	0.770**	<0.001	สูง
ปัจจัยจูงใจ	0.656**	<0.001	ปานกลาง
ความสำเร็จในการทำงาน	0.489**	<0.001	ปานกลาง
การยอมรับนับถือ	0.748**	<0.001	สูง
ลักษณะของงาน	0.283**	<0.001	ต่ำ
ความรับผิดชอบ	0.316**	<0.001	ปานกลาง
โอกาสความก้าวหน้าในงาน	0.722**	<0.001	สูง
ปัจจัยค้ำจุน	0.806**	<0.001	สูง
เงินเดือน/ค่าตอบแทน	0.765**	<0.001	สูง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.484**	<0.001	ปานกลาง
การปกครองบังคับบัญชา	0.659**	<0.001	ปานกลาง
นโยบายและการบริหาร	0.669**	<0.001	ปานกลาง
สถานภาพการปฏิบัติงาน	0.737**	<0.001	สูง
สถานภาพของวิชาชีพ	0.599**	<0.001	ปานกลาง
ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.491**	<0.001	ปานกลาง
ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.728**	<0.001	สูง

**ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.01

ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูง($r=0.770$, $p\text{-value}<0.001$) ภาพรวมของปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง($r=0.656$, $p\text{-value}<0.001$) และภาพรวมของปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับสูง($r=0.806$, $p\text{-value}<0.001$) ต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบ ในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.01

ปัจจัยจูงใจรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ การยอมรับนับถือ มีระดับความสัมพันธ์สูง ($r=0.748$, $p\text{-value}<0.001$) รองลงมา คือ โอกาสความก้าวหน้าในงาน มีระดับความสัมพันธ์สูง($r=0.722$, $p\text{-value}<0.001$)

และด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านลักษณะของงาน มีระดับความสัมพันธ์ต่ำ ($r=0.283$, $p\text{-value}<0.001$)

ปัจจัยที่จําแนกรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ เงินเดือน/ค่าตอบแทน มีระดับความสัมพันธ์สูง ($r=0.765$, $p\text{-value}<0.001$) รองลงมา คือ สถานภาพการปฏิบัติงาน มีระดับความสัมพันธ์สูง ($r=0.737$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้าน

ความความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง($r=0.484$, $p\text{-value}<0.001$)

5. แรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม

ตาราง 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²
1. เงินเดือน/ค่าตอบแทน	0.509	0.490	6.890	<0.001	0.765	0.585
2. ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.463	0.342	4.092	<0.001	0.819	0.671
3. การปกครองบังคับบัญชา	0.580	0.420	4.967	<0.001	0.836	0.699
4. สถานภาพของวิชาชีพ	-0.537	-0.349	-3.486	<0.001	0.847	0.718
5. ลักษณะงานที่ปฏิบัติงาน	0.219	0.157	2.580	<0.011	0.857	0.734

ค่าคงที่ -1.022 ,F=60.144 ,p-value<0.001 ,R=0.857 ,R²=0.734 ,R²_{adj} = 0.722

ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม คือ ปัจจัยด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน($p\text{-value}<0.001$) ,ปัจจัยด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง($p\text{-value}<0.001$) ,ปัจจัยด้านการปกครองบังคับบัญชา($p\text{-value}<0.001$) ,ปัจจัยด้านสถานภาพของวิชาชีพ($p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติงาน($p\text{-value}<0.011$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 73.4 รายละเอียดดังตารางที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.25(S.D.=0.64) อันเนื่องมาจากแรงจูงใจเป็นแรงผลักดันจากภายในและภายนอกของตัวบุคคลที่เป็นแรงขับให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการทำงานอย่างเต็มกำลังความรู้ความสามารถ

ตามที่องค์กรคาดหวัง โดยผู้บริหารอาจมีปัจจัยรางวัลหรือสิ่งตอบแทนเป็นตัวกระตุ้นการแสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม รางวัลที่มอบให้สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้มีการรวมพลัง ร่วมแรงร่วมใจในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ดังนั้น ในการสนับสนุนด้านแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งที่ดีและสำคัญอย่างหนึ่งในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยจูงใจเมื่อผู้บริหารให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจในองค์กร ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทุ่มเทในการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร และยังทำให้รู้สึกมีความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.57(SD=1.03) (อัครมา ฅงชนสาโรช,2551⁽³⁾; ทรงศักดิ์ ภูมิสาคร2546⁽⁴⁾)

เมื่อพิจารณาผลการศึกษา ปัจจัยเชิงใจรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ การยอมรับนับถือ มีระดับความสัมพันธ์สูง ($r=0.748$, $p\text{-value}<0.001$) รองลงมา คือ โอกาสความก้าวหน้าในงาน มีระดับความสัมพันธ์สูง ($r=0.722$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านลักษณะของงาน มีระดับความสัมพันธ์ต่ำ ($r=0.283$, $p\text{-value}<0.001$) ส่วนปัจจัยด้านรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ ด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน มีระดับความสัมพันธ์สูง ($r=0.765$, $p\text{-value}<0.001$) รองลงมา คือ ด้านสภาพการปฏิบัติงาน มีระดับความสัมพันธ์สูง ($r=0.737$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ($r=0.484$, $p\text{-value}<0.001$)

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.55 (S.D.=1.20) อันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 สามารถให้ทุนหรือโทษแก่ประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการให้ประโยชน์อย่างเดียว ผู้บริหารท้องถิ่นมักจะเลือกใช้นโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อคะแนนเสียงมากกว่า จึงทำให้เกิดการบังคับใช้ข้อกำหนดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในท้องถิ่นไม่มากนัก โดยข้อกำหนดที่มีการบังคับใช้มากที่สุด ได้แก่ กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.97 (S.D.=1.21) รองลงมา คือ การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.84 (S.D.=1.10) ส่วนข้อกำหนดที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การควบคุมสัตว์เลี้ยง อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.43 (S.D.=1.34) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า หมวดที่มีการออกเป็นข้อกำหนดท้องถิ่นมากที่สุด ได้แก่ การกำจัดสิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอย (ร้อยละ 100) ส่วนหมวดที่มีการออกข้อบังคับน้อยได้แก่หมวดสุขลักษณะอาคาร และการควบคุมสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 11.80) ในด้านการบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติ ฯ พบว่า หมวดตลาด สถานที่จำหน่ายและสะสมอาหารมีค่าเฉลี่ย 13.08 (S.D.=0.60) ข้อกำหนด

ท้องถิ่นหมวดที่มีการบังคับใช้น้อยที่สุดได้แก่ การควบคุมสัตว์เลี้ยงมีค่าเฉลี่ย 1.17 (S.D.=3.24) (ทรงศักดิ์ ภูมิสาคร, 2546)⁽⁴⁾

ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก กับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.01 ($r=0.770$, $p\text{-value}<0.001$) อันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ต้องอาศัยความสัมพันธ์ของคนที่มีต่องานกับทัศนคติของตัวบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของงานเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุวิชา ชูศรียิ่ง และวรรณชนก จันทชุม, 2553⁽⁸⁾; Prachanai, R., & Bouphan P., 2015⁽⁹⁾)

ภาพรวมของแรงจูงใจด้านปัจจัยเชิงใจ พบว่า ภาพรวมของปัจจัยเชิงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.656$, $p\text{-value}<0.001$) อันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 สร้างการยอมรับนับถือแก่ผู้บังคับบัญชาว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและได้รับการยกย่องชมเชย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แรงจูงใจด้านปัจจัยเชิงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชนาภา ไชยศาสตร์ และชัญญา อภิบาลกุล, 2557⁽¹⁰⁾; จิรัชยา คำพิมพ์ และประจักษ์ บัวผัน, 2556⁽¹¹⁾; ปวีณา จังภูเขียว และชนะพล ศรีฤาชา, 2556⁽¹²⁾)

ภาพรวมของแรงจูงใจด้านปัจจัยด้านอื่น พบว่า ภาพรวมของปัจจัยด้านอื่นมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=$

0.806, $p\text{-value} < 0.001$) อันเนื่องมาจากผู้รับผิดชอบงานสามารถเบิกเบี้ยเลี้ยงค่าตอบแทน สามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานหรือหน่วยงานที่สนับสนุนการทำงาน และสามารถลาพักหรือพักผ่อนได้เมื่อมีเหตุจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แรงจูงใจด้านปัจจัยค่าจ้างมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จรัสศรี บุญคงทอง และประจักร บัวผัน, 2558)⁽¹³⁾

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม คือ ปัจจัยค่าจ้างด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน ($p\text{-value} < 0.001$), ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ($p\text{-value} < 0.001$), ปัจจัยค่าจ้างด้านการปกครองบังคับบัญชา ($p\text{-value} < 0.001$), ปัจจัยค่าจ้างด้านสถานภาพของวิชาชีพ ($p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติงาน ($p\text{-value} < 0.011$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 73.4 อันเนื่องมาจากเงินเดือน/ค่าตอบแทนและค่าตอบแทนนับเป็นปัจจัยสำคัญในการจูงผู้ปฏิบัติงาน และมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตส่งผลให้ปัจจัยค่าจ้างด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน มีต่อการปฏิบัติงาน ยังพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง มีต่อการปฏิบัติงาน อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานทุกคน ทุกตำแหน่งล้วนมีความต้องการในการเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เพื่อความมั่นคงทางการเงินและเพื่อเกียรติยศชื่อเสียงและความยอมรับนับถือในการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยด้านการปกครองบังคับบัญชานั้น ย่อมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในด้านการ

สนับสนุนการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน หากการดำเนินงานใดที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ย่อมเป็นส่วนสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของงานได้ ส่วนในด้านปัจจัยค่าจ้างด้านสถานภาพของวิชาชีพ จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า คุณวุฒิและความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติงานบางส่วน ไม่ตรงกับงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้มีแรงจูงใจในการทำงานแตกต่างกัน และความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จก็แตกต่างกันด้วย และ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติงานนั้น เป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ที่ได้รับมอบหมาย และเป็นความท้าทายส่วนบุคคล ในการพัฒนาท้องถิ่นให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย จึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้แก่ ระดับการศึกษา การได้รับการอบรมเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เงินเดือน/ค่าตอบแทน นโยบายและการบริหารงานขององค์การสภาพการปฏิบัติงาน สภาพของวิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบและความก้าวหน้าในตำแหน่งตามลำดับ (อัชฌา คงชนสาโรช, 2551)⁽³⁾

ข้อเสนอแนะ

1. องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดมหาสารคาม ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ได้รับเงินเดือน/ค่าตอบแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนเบี้ยเลี้ยง/ค่าตอบแทน ในการปฏิบัติงานพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ
2. องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดมหาสารคาม ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม มีความมั่นคงในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสามารถลาพักหรือลาพักผ่อน ได้เมื่อมีเหตุจำเป็นหรือมีความประสงค์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ

3. องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดมหาสารคาม
ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหาร
ส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ
พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 อย่างเพียงพอ
สม่ำเสมอ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้ประสบ
ความสำเร็จ

4. องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดมหาสารคาม
ควรให้ความสำคัญในการการออกข้อกำหนดท้องถิ่นให้

ครอบคลุมทุกหมวดและมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติการ
สาธารณสุข พ.ศ.2535 อย่างจริงจัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่
กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่และ
ตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และ
ขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วน
ตำบลจังหวัดมหาสารคามและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความ
ร่วมมือและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2555). แนวทางการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535.
2. สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.(2552). รายงานผลการศึกษาความก้าวหน้าของการกระจายอำนาจในประเทศไทย
โครงการเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจและธรรมาภิบาลท้องถิ่น.
3. อัมมา คงชนสาโรช. (2551). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช 2535ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
ในองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. ทรงศักดิ์ ภูมิสาคร. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานเทศบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข
พุทธศักราช 2535. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดมหาสารคาม.(2558). แผนบริหารจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายจังหวัด
มหาสารคาม(เอกสารอัดสำเนา)
6. อรุณ จิรวัดนกุล, มาลินี เหล่าไพบูลย์, จิราพร เขียวอยู่, ยุพา ถาวรพิทักษ์, จาระวรรณ ไชยคณาพิทักษ์, บัณฑิต ถิ่นคำพร, และคณะ.
(2555). ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา.
7. Likert, R.(1967). **The human organization: Is management and value.** New York: McGraw-Hill.
8. สุวิชา ชูศรียิ่ง, และวรรณชนก จันทรม. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการที่ 12. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 3(2), 69-85.
9. Prachanai, R., & Boupphan, P. (2015). The Participation in Health Promotion of Health Personnel in Community Hospitals Roi Et province,
Thailand. **KKU Research Journal**, 20(1), 91-104
10. ชนาภา ไชยศาสตร์, และชัญญา อภิบาลกุล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7(1), 119-126.
11. จิรัชยา คำพิมพ์, และประจักษ์ บัวพันธ์. (2556). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขต
สาธารณสุขที่ 10. วารสารทันตภิบาล, 24(1), 24-25.
12. ปวีณา จังเขียว, และชนะพล ศรีฤาชา. (2556). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรค
ในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 20(2).
13. จรัสศรี บุญคงทอง และประจักษ์ บัวพันธ์. (2558). ปัจจัยการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล
ชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(2), 146-156.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ ในประชาชน อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย

Factors Associate With Diseases Among Population In Nong Hin District , Loei Province

ภัทรวรรณ ชินน็อก¹, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม²

Phattarawan Chinnok¹, Dariwan Settheetham²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงอะไรบางอย่างทำให้เกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อในประชาชน อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามจากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยด้านแหล่งที่ซื้อส่วนใหญ่มาจากร้านขายของชำในหมู่บ้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.00$ ($p\text{-value}<0.05$) อาจเป็นเพราะเกิดการปนเปื้อนตั้งแต่ในร้านขายของชำในหมู่บ้าน ไม่มีการป้องกันอาหาร อาหารอาจมีแมลงวันตอมซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ อีกทั้งเกิดจากการสัมผัสโดยตรงจากมือโดยไม่มีการป้องกันการสัมผัสอาหารโดยตรง, สาเหตุการป่วยเกิดจากอาหารสุกๆ ดิบๆ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.02$ ($p\text{-value}<0.05$) เพราะอาหารสุกๆ ดิบๆ อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคได้, แหล่งที่ซื้อที่เป็นสาเหตุของการป่วยคือร้านขายของชำในหมู่บ้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.05$ ($p\text{-value}<0.05$) อาจเป็นเพราะเกิดการปนเปื้อนตั้งแต่ในร้านขายของชำในหมู่บ้าน ไม่มีการป้องกันอาหาร อาหารอาจมีแมลงวันตอมซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ อีกทั้งเกิดจากการสัมผัสโดยตรงจากมือโดยไม่มีการป้องกันการสัมผัสอาหารโดยตรง และอาจเป็นอาหารค้างคืนที่ไม่ได้อุ่นก่อนนำมาขาย, จากการป่วย พบสาเหตุครั้งหนึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.05$ ($p\text{-value}<0.05$) เพราะอาหารสุกๆ ดิบๆ มีการปนเปื้อนของแบคทีเรียได้, เกิดจากไม่ได้อุ่นอาหารก่อนรับประทานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.00$ ($p\text{-value}<0.00$) เพราะอาหารที่ปรุงสุกแล้วทิ้งไว้นานอาจปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียได้ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ และไม่ได้ล้างมือก่อนรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.03$ ($p\text{-value}<0.05$) เพราะมือสำคัญที่สุด มือมีการปนเปื้อน และใช้มือหยิบจับอาหารโดยตรงซึ่งอาจทำให้เกิดโรคได้

คำสำคัญ : ปัจจัย, โรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ

Abstract

This research was aimed to study the risk factors on disease occurred from food in people of Nonghin district, Loei. The Survey Research Study was acquired to apply on this research. The study sample consisted of 112 men in the study used a questionnaire. The study on factors related to disease occurred from food in people by analyzing Multiple logistic regression revealed that most of source factors were from groceries in the village which had statically significant at $p=0.00$ ($p\text{-value}<0.05$). This factor might occurred because of the contamination on food in the grocery without protection so flies could be swarm on food. Moreover, a direct touch from bare hands and eating half cooked food could be the cause of disease which had statically significant at $p=0.02$ ($p\text{-value}<0.05$) because half cooked food might had bacteria contaminated. Overnight food which was not heat before eating had statically significant at $p=0.00$ ($p\text{-value}<0.00$) because the cooked food which remained overnight might had bacteria contaminated that led disease occurred and unwashed hand before the meal could let the bacteria grow. This had statically significant at $p=0.03$ ($p\text{-value}<0.05$) because hands are the important parts that gets contaminated easier than other method. Using bare hands touch food directly might cause the sickness.

Keywords : FOODBORNE DISEASES , FACTOR.

¹ นักศึกษาลัทธิธรรมศาสตร์ สาขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

² รองศาสตราจารย์ สาขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

บทนำ

ปัจจุบันโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ พบว่ามีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคอาหารเป็นพิษ ในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (2545-2554) อัตราป่วยด้วย โรคนี้ไม่ได้ลดลง ซึ่งในปี 2553 พบอัตราป่วยสูงสุดตลอดทั้งปีในทุกกลุ่มอายุ โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนของอาหารจากเชื้อโรค สาเหตุมักเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้เตรียมปรุงประกอบอาหารในระหว่างการเตรียม ปรุงอาหาร นอกจากนี้พฤติกรรมของผู้บริโภคที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ไม่ใช้ช้อนกลาง เป็นต้น ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อได้⁽¹⁾

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในปีพ.ศ. 2547 - 2556 มีรายงานโรคอุจจาระร่วงสูงในช่วงเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ มีนาคม ของทุกปี โดยมีรายงานผู้ป่วยอยู่ในช่วง 50,000-120,000 ราย⁽²⁾ ในปี 2557 พบว่า สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษ มีอัตราป่วย 1,790.7 ต่อประชากรแสนคน และ 331.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และในปี 2558 พบว่า สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษ มีอัตราป่วย 906.4 ต่อประชากรแสนคน และ 170.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สาเหตุสำคัญคือประชาชนบริโภคอาหารและน้ำดื่มที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต และสุขภาพของมนุษย์ การที่มนุษย์จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีสุขภาพดี ไม่เกิดการเจ็บป่วยจำเป็นต้องบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย เพียงพอและเหมาะสมต่อความต้องการของร่างกาย แต่โรคนี้ก็มี ความรุนแรงถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีก็ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ง่าย⁽³⁻⁵⁾

จากรายงานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเลย ในปี 2556 สถานการณ์โรคอุจจาระร่วง มีอัตราป่วย 2,059.23 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557 อัตราป่วย 2,324.33 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2558 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 21 กรกฎาคม 2558 มีรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข

จังหวัดเลย จำนวน 6,708 ราย อัตราป่วย 1,057.19 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 9 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 8 ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรค คือ การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ปนเปื้อนเชื้อโรค จากการสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษจังหวัดเลย พบว่า สถานที่เกิดการระบาดส่วนใหญ่จะอยู่ในหมู่บ้านและชุมชน อาหารที่สงสัยส่วนใหญ่ จะเป็นเนื้อสัตว์ปรุงไม่สุก หรืออาหารสุกๆ ดิบๆ ประกอบกับขาดการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลความสะอาดของส้วม การดื่มน้ำสะอาด⁽⁶⁾

จากรายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุข อำเภอนongหิน ในปี 2556-2558 มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง อัตราป่วย 2,059.23 2,324.33 และ 1,372.08 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁷⁾ ถึงแม้ว่าอัตราป่วยลดลง แต่ประชาชนส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษามักป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ และจากการสอบสวนโรคยังพบว่า อาหารที่สงสัยส่วนใหญ่ จะเป็นเนื้อสัตว์ปรุงไม่สุก หรืออาหารสุกๆ ดิบๆ ประกอบกับขาดการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลความสะอาดของส้วม การดื่มน้ำสะอาด ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อในประชาชนอำเภอนongหิน จังหวัดเลย เพื่อให้ทราบสาเหตุของโรคจะได้นำไปสู่แนวทางการป้องกันและแก้ไขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อในประชาชน อำเภอนongหิน จังหวัดเลย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อในประชาชน อำเภอนongหิน จังหวัดเลย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอนongหิน จังหวัดเลย จำนวน 3 ตำบล 34 หมู่บ้าน จำนวน 14,899 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ที่อยู่ในการศึกษาต้องยินดียอมรับร่วมโครงการ สามารถอ่านออกเขียนได้ และอยู่ในพื้นที่ระหว่างการศึกษา มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในการคำนวณขนาดตัวอย่าง เป็นการประมาณค่าสัดส่วน โดยทราบจำนวนประชากร⁽⁸⁾

$$n = \frac{NZ^2 \frac{p(1-p)}{e^2}}{[e^2(N-1)] + [Z^2 \frac{p(1-p)}{e^2}]}$$

โดย N คือ จำนวน 14,899 คน

n คือ ขนาดตัวอย่าง

α คือ ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะประชากร = 0.05

Z คือ ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level; Z เท่ากับ 1.96)

p คือ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษอำเภอหนองหินปี 2558 = 0.15 (ข้อมูลทางระบาดวิทยา, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหิน, 2558)

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าที่ยอมรับได้ 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 (14899)(0.15)(1 - 0.15)}{(0.05)^2 (14899 - 1) + (0.15)(1 - 0.15)(1.96)^2}$$

$$n = 197 \text{ คน}$$

แล้วทำการปรับค่าขนาดตัวอย่าง $N = \frac{n}{1 - r^2}$

ดังนั้นในการศึกษานี้จึงทำการศึกษาที่ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 112 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถาม มี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จบการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก สมาชิกในครอบครัวฯ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อ ในช่วง 1 สิงหาคม ถึง 31 ตุลาคม 2558

ส่วนที่ 3 ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นข้อคำถามตอบถูกต้อง หรือผิดเกี่ยวกับอันตรายในอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การเตรียมปรุงประกอบอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล ภาชนะอุปกรณ์ และการควบคุมกำจัดแมลงและสัตว์นำโรค

ส่วนที่ 4 ทักษะด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร การเตรียมปรุงประกอบอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล ภาชนะอุปกรณ์ และการควบคุมกำจัดแมลงและสัตว์นำโรค

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นข้อคำถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร การเตรียมปรุงประกอบอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล ภาชนะอุปกรณ์ และการควบคุมกำจัดแมลงและสัตว์นำโรค

2. แบบสอบสวนโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถาม พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยศึกษา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และปัจจัยเสี่ยงของโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่ออาหาร โดยศึกษาจากตำรา ทฤษฎีและรายงานการวิจัย ตลอดจนคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน พัฒนาแบบสอบถามความรู้ ทักษะด้านสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการวิจัย และนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามด้านความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารที่ปรับปรุงแก้ไขให้มีความตรงตามเนื้อหาและเหมาะสมทางด้านภาษามาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นโดยสูตร KR-20 (Kuder-Richardson) ได้เท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 10 ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยสถิติที่ใช้ประกอบด้วย

1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่อสรุปอธิบายบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Logistic Regression Analysis, Adjusted OR, 95% CI เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ

การขอจริยธรรมในมนุษย์

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักเกณฑ์จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์โดยเคารพสิทธิ์ต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในระหว่างทำการวิจัยไม่มีการบังคับ กดดัน เพิ่มความเครียดแก่กลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย โดยในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษา และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่บ่งชี้ตัวบุคคล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ณ วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2559

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงจำนวน 78 คน ร้อยละ 69.64 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน ร้อยละ 53.57 อายุเฉลี่ย 53.24 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 80 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 72 คน ร้อยละ 64.29 สถานภาพแต่งงาน/อยู่ด้วยกัน จำนวน 83 คน ร้อยละ 74.11 อาชีพหลักเกษตรกร จำนวน 54 คน ร้อยละ 8.21 รายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 68 คน ร้อยละ 60.71 รายได้เฉลี่ย 6,680.36 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 30,000 บาท สมาชิกในครอบครัว 3-4 คน จำนวน 58 คน ร้อยละ 51.79 สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.32 คน ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน วิธีจัดหาอาหารมาบริโภคในครัวเรือน มีเช้า ทำอาหารกินเองจำนวน 92 คน ร้อยละ 82.14 มีกลางวันทำอาหารกินเอง จำนวน 67 คน ร้อยละ 59.82 มีเย็นทำอาหารกินเอง จำนวน 83 คน ร้อยละ 74.11 แหล่งที่ซื้ออาหารส่วนใหญ่มาจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน จำนวน 57 คน ร้อยละ 50.89 ในครอบครัวเป็นแม่บ้านทำหน้าที่ปรุงประกอบอาหารหรือจัดหาอาหาร จำนวน 87 คน ร้อยละ 77.68 และทานข้าวเหนียว จำนวน 72 คน ร้อยละ 64.29

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ โดยไม่คำนึงถึงผลจากปัจจัยอื่น

ตาราง 1 ผลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ โดยไม่คำนึงถึงผลจากปัจจัยอื่น โดยใช้ Simple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	95%CI of Crude OR	p-value
เพศ				
ชาย	34(30.36)	1.00		
หญิง	78(69.64)	1.38	0.46-4.09	0.57
อายุ				
18-29 ปี	11(9.82)	1.00		
30-39 ปี	16(14.29)	0.30	0.03-3.13	0.31
40-49 ปี	10(8.93)	0.90	0.05-16.59	0.94
50-59 ปี	15(13.39)	0.65	0.05-8.22	0.74
60 ปีขึ้นไป	60(53.57)	0.57	0.06-4.98	0.60
จบการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียน	10(8.93)	1.00		
ประถมศึกษา	72(64.29)	1.75	0.32-9.57	0.52
มัธยมศึกษา	24(21.43)	0.75	0.12-4.50	0.75
อนุปริญญา	3(2.68)	0.15	0.18-1.26	0.08
อุดมศึกษา	2(1.79)	0.15	0.18-1.26	0.08
อื่นๆ ระบุ	1(0.89)	0.10	0.01-0.97	0.04*
สถานภาพการสมรส				
โสด	5(4.46)	1.00		
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	83(74.11)	2.14	0.72-6.33	0.28
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	24(21.43)	8.23	2.15-31.44	0.39
อาชีพหลัก				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4(3.57)	1.00		
เกษตรกร	54(48.21)	0.19	0.02-1.77	0.15
ค้าขาย	16(14.29)	0.36	0.03-3.71	0.39
รับจ้าง	13(11.61)	0.20	0.02-2.04	0.17
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	18(16.07)	0.50	0.48-5.15	0.56
อื่นๆ ระบุ	7(6.25)	0.35	0.03-4.15	0.41
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	68(60.71)	1.00		
5,000-10,000	33(29.46)	1.20	0.38-3.74	0.75

ตาราง 1 ผลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่
เกิดจากอาหารเป็นสื่อ โดยไม่คำนึงถึงผลจาก
ปัจจัยอื่น โดยใช้ Simple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	95%CI of Crude OR	p-value
บาท				
10,000 บาทขึ้นไป	11(9.82)	0.64	0.27-1.47	0.29
สมาชิกในครอบครัว				
1-2 คน	12(10.71)	1.00		
3-4 คน	58(51.79)	1.97	0.74-3.99	0.21
5 คนขึ้นไป	42(37.50)	1.09	0.47-2.58	0.83
วิถีชีวิตอาหารมาบริโภค				
มือเช้า				
ทำกินเอง	92(82.14)	1.00		
ซื้ออาหารสำเร็จรูป	14(12.50)	0.37	0.10-1.38	0.14
ไม่แน่นอน	6(5.36)	0.75	0.80-6.98	0.80
มือกลางวัน				
ทำกินเอง	67(59.82)	1.00		
ซื้ออาหารสำเร็จรูป	21(18.75)	1.31	0.33-5.16	0.70
ไม่แน่นอน	24(21.43)	2.40	0.49-11.61	0.28
มือเย็น				
ทำกินเอง	83(74.11)	1.00		
ซื้ออาหารสำเร็จรูป	7(6.25)	0.18	0.03-0.94	0.04*
ไม่แน่นอน	22(19.64)	0.62	0.17-2.19	0.45
แหล่งที่ซื้ออาหารส่วนใหญ่มาจากที่ใด				
รถพุ่มพวงหรือรถเร่	17(15.18)	1.00		
ตลาดในหมู่บ้าน	33(29.46)	0.20	0.12-34.09	0.63
ร้านขายของชำในหมู่บ้าน	57(50.89)	0.17	0.02-1.43	0.10
ร้านค้าริมถนน	4(3.57)	2.00	0.32-12.41	0.45
อื่นๆ ระบุ	1(0.89)	1.00	0.06-17.32	1.00
ในครอบครัวท่าน ใครทำหน้าที่ปรุงประกอบอาหารหรือจัดหาอาหาร				
แม่บ้าน	87(77.68)	1.00		
พ่อบ้าน	2(1.79)	1.18	0.16-8.58	0.87
อื่นๆ ระบุ	23(20.54)	0.58	0.18-1.84	0.35
ครอบครัวท่านกินข้าวอะไรเป็นส่วนใหญ่				
ข้าวเหนียว	72(64.29)	1.00		
ข้าวเจ้า	6(5.36)	0.45	0.05-4.55	0.50
ทั้งข้าวเหนียว	34(30.36)	0.22	0.07-0.67	0.01*

ตาราง 1 ผลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่
เกิดจากอาหารเป็นสื่อ โดยไม่คำนึงถึงผลจาก
ปัจจัยอื่น โดยใช้ Simple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	95%CI of Crude OR	p-value
และข้าวเจ้า				
สาเหตุการป่วยเกิดจากอาหารอะไรบ้าง				
อาหารหมักดอง	29(25.89)	1.00		
อาหารทะเล	14(12.50)	0.43	1.45-1.89	0.05*
อาหารสุกๆดิบๆ	22(19.64)	0.08	0.01-0.68	0.02*
ประเภทเห็ดป่า	15(13.39)	0.50	0.03-8.60	0.63
อาหารรสจัด	22(19.64)	0.08	0.01-0.68	0.02*
อาหารประเภททอด	10(8.93)	0.32	0.02-5.68	0.40
สาเหตุของการป่วย ส่วนใหญ่เกิดจากอาหารประเภทใด				
อาหารปรุงประกอบเอง	44(39.29)	1.00		
ซื้อจากนอกบ้านนำมารับประทานโดยไม่อุ่น	25(22.32)	0.26	0.07-0.99	0.04*
อาหารซื้อสำเร็จรูป	22(19.64)	0.34	0.08-1.42	0.14
ไปรับประทานนอกบ้าน	14(12.50)	1.30	0.13-12.69	0.82
ไม่แน่นอน	5(4.46)	0.87	0.12-0.78	0.76
อื่นๆ ระบุ	2(1.79)	0.12	0.23-0.87	0.65
แหล่งที่ซื้ออาหารที่เป็นสาเหตุคือจากที่ใด				
รถเร่	18(16.07)	1.00		
ตลาดในหมู่บ้าน	40(35.71)	0.71	0.13-3.90	0.69
ร้านของชำในหมู่บ้าน	45(40.18)	0.50	0.09-2.58	0.41
ร้านค้าริมถนน	4(3.57)	0.50	0.03-8.60	0.63
อื่นๆ ระบุ	5(4.46)	0.32	0.02-5.68	0.40
จากการป่วย พบสาเหตุครั้งนี้เกิดจากอะไร หรืออาหารอะไร				
อาหารหมักดอง	7(6.25)	1.00		
อาหารรสจัด	18(16.07)	2.83	0.15-5.74	0.40
อาหารประเภททอด	1(0.89)	0.50	0.09-2.58	0.41
อาหารทะเล	9(8.04)	0.43	1.45-1.89	0.05*
อาหารสุกๆดิบๆ	14(12.50)	0.3	0.03-3.25	0.32
เห็ดป่า	13(11.61)	0.71	0.13-3.90	0.69

ตาราง 1 ผลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ โดยไม่คำนึงถึงผลจากปัจจัยอื่น โดยใช้ Simple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	95%CI of Crude OR	p-value
ไม่ได้กินอาหารก่อนรับประทาน	30(26.79)	2.25	0.17-29.05	0.53
อาหารไม่สะอาด มีแมลงวันค่อม	12(10.71)	0.23	0.02-2.59	0.24
ไม่ได้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	8(7.14)	0.33	0.03-4.18	0.39

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่ออย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ได้แก่ จมกการศึกษาาระดับอื่นๆ (Crude OR = 0.10, 95%CI =0.01-0.97, p-value=0.04) รับประทานอาหารมื่อเย็นโดยการซื้ออาหารสำเร็จรูป (Crude OR = 0.18, 95%CI =0.03-0.94, p-value=0.04) และ ในครอบครัวที่านรับประทานทั้งข้าวเหนียวและ ข้าวเจ้า (Crude OR =0.22, 95%CI =0.07-0.67, p-value=0.01) สาเหตุการป่วยเกิดจากอาหารทะเล (Crude OR=0.43, 95%CI =1.45-1.89, p-value=0.05) อาหารสุกๆ ดิบๆ (Crude OR = 0.08, 95%CI =0.01-0.68, p-value=0.02) อาหารรสจัด (Crude OR= 0.08, 95%CI =0.01-0.68, p-value=0.02) สาเหตุของการป่วยส่วนใหญ่เกิดจากอาหารที่ซื้อจากนอกบ้านนำมารับประทานโดยไม่อุ่น (Crude OR=0.26, 95%CI=0.07-0.99, p-value=0.04) และจากการป่วย พบสาเหตุครั้งนี้เกิดจากการรับประทานอาหารทะเล (Crude OR = 0.43, 95%CI =1.45-1.89, p-value=0.05)

ตาราง 2 ผลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ โดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น โดยใช้ Multiple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI of Adjusted OR	p-value
มื่อเย็น					
ทำอาหารกินเอง	83(74.11)	1.00	1.00		
ซื้ออาหารสำเร็จรูป	7(6.25)	0.18	1.77	0.35-3.12	1.00
ไม่แน่นอน	22(19.64)	0.62	5.78	0.64-2.56	0.99
แหล่งที่ซื้ออาหารส่วนใหญ่มาจากที่ใด					
รถพุ่มพวงหรือรถเร่	17(15.18)	1.00	1.00		
ตลาดในหมู่บ้าน	33(29.46)	0.20	0.97	0.42-2.21	0.94
ร้านขายของชำในหมู่บ้าน	57(50.89)	0.17	3.78	1.18-1.21	0.00*
ร้านค้าริมถนน	4(3.57)	2.00	0.98	0.45-2.11	0.96
อื่นๆ ระบุ	1(0.89)	1.00	1.18	0.06-1.32	1.00
สาเหตุการป่วยเกิดจากอาหารอะไรบ้าง					
อาหารหมักดอง	29(25.89)	1.00	1.00		
อาหารทะเล	14(12.50)	0.43	2.46	0.78-1.65	0.10
อาหารสุกๆ ดิบๆ	22(19.64)	0.08	1.23	1.02-1.67	0.02*
ประเภทเห็ดป่า	15(13.39)	0.50	1.04	0.89-2.65	0.30
อาหารรสจัด	22(19.64)	0.08	7.88	1.45-4.28	0.32
อาหารประเภททอด	10(8.93)	0.32	1.02	1.56-1.89	0.50
แหล่งที่ซื้ออาหารที่เป็นสาเหตุคือจากที่ใด					
รถพุ่มพวงหรือรถเร่	18(16.07)	1.00	1.00		
ตลาดในหมู่บ้าน	40(35.71)	0.71	1.02	0.89-1.87	0.07
ร้านขายของชำในหมู่บ้าน	45(40.18)	0.50	4.27	1.23-1.89	0.05*
ร้านค้าริมถนน	4(3.57)	0.50	1.70	0.05-1.23	0.14

ตาราง 2 ผลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ โดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น โดยใช้

Multiple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI of Adjusted OR	p-value
อื่นๆ ระบุ	5(4.46)	0.32	1.30	0.13-10.12	0.83
จากการป่วย พบสาเหตุครั้งนี้เกิดจากอะไร หรืออาหารอะไร					
อาหารหมักดอง	7(6.25)	1.00	1.00		
อาหารรสจัด	18(16.07)	2.83	4.83	0.17-12.45	0.53
อาหารประเภททอด	1(0.89)	0.50	3.43	0.02-2.59	0.24
อาหารทะเล	9(8.04)	0.43	0.87	0.03-4.18	0.39
อาหารสุกๆ ดิบๆ	14(12.50)	0.3	2.28	1.23-2.67	0.05*
เห็ดป่า	13(11.61)	0.71	0.34	1.54-2.34	0.08
ไม่ได้อุ่นอาหารก่อนรับประทาน	30(26.79)	2.25	3.38	1.42-1.87	0.00*
อาหารไม่สะอาด มีแมลงวันตอม	12(10.71)	0.23	0.34	0.07-1.32	0.06
ไม่ได้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	8(7.14)	0.33	2.12	1.32-2.98	0.03*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ โดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น ได้แก่ แหล่งที่ซื้อส่วนใหญ่มาจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน (Adjusted OR = 3.78, 95%CI = 1.18-1.21, p-value=0.00) สาเหตุการป่วยเกิดจากอาหารสุกๆ ดิบๆ (Adjusted OR=1.23, 95%CI=1.02-1.67, p-value=0.02) แหล่งที่ซื้อที่เป็นสาเหตุของการป่วยคือร้านขายของชำในหมู่บ้าน (Adjusted OR=4.27, 95%CI=1.23-1.89, p-value=0.05) จากการป่วย พบสาเหตุครั้งนี้เกิดจากการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ (Adjusted OR = 2.28, 95%CI = 1.23-2.67, p-value=0.05) เกิดจากไม่ได้อุ่นอาหารก่อนรับประทาน (Adjusted OR = 3.38, 95%CI = 1.42-1.87, p-value=0.00) และไม่ได้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร (Adjusted OR = 2.12, 95%CI = 1.32-2.98, p-value=0.03)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ พบว่า จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อพบว่า สาเหตุการป่วยเกิดจากอาหารคือ อาหารหมักดอง ร้อยละ 25.89 รองลงมาอาหารสุกๆ ดิบๆ และอาหารรสจัด ร้อยละ 19.64 สาเหตุของการป่วยเกิดจากอาหารอาหารปรุงประกอบเอง ร้อยละ 39.29 แหล่งที่ซื้ออาหารที่เป็นสาเหตุคือ ร้านขายของชำในหมู่บ้าน ร้อยละ 40.18 จากการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ พบว่า จากการ

วิเคราะห์ Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยด้านแหล่งที่ซื้อส่วนใหญ่มาจากร้านขายของชำในหมู่บ้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.00 (p-value<0.05) อาจเป็นเพราะเกิดการปนเปื้อนตั้งแต่ในร้านขายของชำในหมู่บ้าน ไม่มีการป้องกันอาหาร อาหารอาจมีแมลงวันตอมซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ อีกทั้งเกิดจากการสัมผัสโดยตรงจากมือโดยไม่มีการป้องกันการสัมผัสอาหารโดยตรง, สาเหตุการป่วยเกิดจากอาหารสุกๆ ดิบๆ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.02 (p-value<0.05) เพราะอาหารสุกๆ ดิบๆ อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคได้ แหล่งที่ซื้อที่เป็นสาเหตุของการป่วยคือร้านขายของชำในหมู่บ้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.05 (p-value<0.05) อาจเป็นเพราะเกิดการปนเปื้อนตั้งแต่ในร้านขายของชำในหมู่บ้าน ไม่มีการป้องกันอาหาร อาหารอาจมีแมลงวันตอมซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ อีกทั้งเกิดจากการสัมผัสโดยตรงจากมือโดยไม่มีการป้องกันการสัมผัสอาหารโดยตรง และอาจเป็นอาหารค้างคืนที่ไม่ได้อุ่นก่อนนำมาขาย จากการป่วย พบสาเหตุครั้งนี้เกิดจากการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.05 (p-value<0.05) เพราะอาหารสุกๆ ดิบๆ มีการปนเปื้อนของแบคทีเรียได้ เกิดจากไม่ได้อุ่นอาหารก่อนรับประทานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.00 (p-value<0.00) เพราะอาหารที่ปรุงสุกแล้วทิ้งไว้นานอาจปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียได้ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้และ

ไม่ได้ล้างมือก่อนรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.03$ ($p\text{-value}<0.05$) เพราะมือสำคัญที่สุด เมื่อมีการปนเปื้อน และใช้มือหยิบจับอาหารโดยตรงซึ่งอาจทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งตรงกับแนวคิดของคุณ นพรัตน์ วิหารทอง⁵⁾ พบว่า พบปัจจัยเสี่ยงภายในบ้านของเด็กได้แก่ การปกปิดอาหารไม่เหมาะสม ($\text{OR}_{\text{adj.}}=5.42$, $95\%\text{CI}$; 1.47-19.97) และการจัดการน้ำเสียภายนอกบ้านไม่เหมาะสม ($\text{OR}_{\text{adj.}}=1.90$, $95\%\text{CI}$; 1.26 - 2.86) และปัจจัยภายในศูนย์เด็กเล็กที่ เกี่ยวข้องได้แก่ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง การมีห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ($P>0.001$) ทำให้เด็กเกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อได้แก่ ปัจจัยด้านแหล่งที่ซื้อส่วนใหญ่มาจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การไม่อุ่นอาหารก่อนรับประทาน และการไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร อาจทำให้เกิดการปนเปื้อนตั้งแต่ในร้านขายของชำในหมู่บ้าน ไม่มีการป้องกันอาหารอาหารอาจมีแมลงวันตอมซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ อีกทั้งเกิดจากการสัมผัสโดยตรงจากมือโดยไม่มีการป้องกันการสัมผัสอาหารโดยตรง และอาหารสุกๆ ดิบๆ อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคได้, อาหารที่ปรุงสุกแล้วทิ้งไว้นานอาจปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียและใช้มือหยิบจับอาหาร

โดยตรงซึ่งอาจทำให้เกิดโรคได้ เมื่อทราบปัญหาแล้ว ควรมีการแก้ปัญหา เช่น ควรมีการตรวจร้านขายของชำในหมู่บ้าน แนะนำแก่ผู้ประกอบการ แนะนำให้ความรู้แก่ประชาชน โดยเน้นในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองที่ก่อให้เกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในร้านชำในหมู่บ้านที่จำหน่ายอาหาร รถพุ่มพวง เพราะบางครั้งอาจเกิดจากการปนเปื้อนจากร้านชำรถพุ่มพวง ที่ทำให้เกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อได้
2. ควรจัดอบรมแก่ประชาชน โดยเน้นในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะที่ดีนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองที่ก่อให้เกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา คณะอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณครอบครัว คปสอ.หนองหินทุกท่าน เพื่อนๆ สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อมทุกคน และขอบคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำสำหรับสาธารณสุขอำเภอ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
2. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักระบาดวิทยา; 2558.
3. อุไร ภูวนกุล และ รัชฎาวัลย์ เจียรนัยวงศ์กุล. การสอบสวนการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษจากเชื้อ *vibrio parahaemolyticus* ในบุคลากรที่เข้าร่วมประชุม จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล. จันทบุรี: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2554.
4. คาริวรรณ เศรษฐธรรม, กาญจนา นาอะพินธุ, จรัสศรี นามแก้ว และภัคฉัตรชัย จันทรา. สถานการณ์การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหารพร้อมบริโภค: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี. ขอนแก่น: สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
5. นพรัตน์ วิหารทอง. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ได้รับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในจังหวัดนันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2547.

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขต

เทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

The effectiveness of food sanitation management model of food stall

in the municipality of Nkhon Phanom

วรารัตน์ โสวรรณ¹, ดาริวรรณ เศรษฐธรรม²

Wararat Sowanee¹, Dariwan Satetitham²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยให้ได้มาตรฐาน โดยทำการศึกษาผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารจำนวน 76 แผง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และมีการตรวจหาการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ มือของผู้จำหน่ายอาหาร มีการสรุปผลการศึกษา ดังนี้ ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่าก่อนดำเนินการ ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เท่ากับ 8.50 คะแนน หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เท่ากับ 10.57 คะแนน การศึกษาพฤติกรรมพบว่า ก่อนดำเนินการมีพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการมีพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารก่อนดำเนินการมีคะแนน เท่ากับ 25.90 คะแนน หลังการดำเนินการมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 31.27 คะแนน การตรวจสอบการปนเปื้อนในอาหาร พบว่าการเกินมาตรฐานในครั้งที่ 3 ลดลงจากครั้งที่ 1 จำนวน 62 ตัวอย่าง (ร้อยละ 27.64) ในภาชนะ พบว่าการเกินมาตรฐานในครั้งที่ 3 ลดลงจากครั้งที่ 1 จำนวน 17 ตัวอย่าง (ร้อยละ 17.77) มือของผู้สัมผัส พบว่าการเกินมาตรฐานในครั้งที่ 3 ลดลงจากครั้งที่ 1 จำนวน 12 ตัวอย่าง (ร้อยละ 15.78) รูปแบบการจัดการสุขาภิบาลอาหารของแผงลอย ทำให้ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารเห็นความสำคัญของสุขาภิบาลอาหารเพิ่มมากขึ้น ทำให้ทราบว่าตนเองควรปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อให้ถูกต้องและส่งผลดีต่ออาหารที่จะจำหน่าย

คำสำคัญ : สุขาภิบาลอาหาร , แผงลอยจำหน่ายอาหาร

Abstract

This study is an action research aimed for studied the efficiency of food stall sanitation system management to achieve standard. The results are revealed as follows. Knowledge of food sanitation was in the low level. It was found that most of food stall entrepreneurs had knowledge about food sanitation in a low rate before starting a food stall sanitation system management operation then the rate became rise to a fair rate after the operation. The average of knowledge score was at 8.50 points before the operation and reached to 10.57 points after the operation. According to the behavior study, it was revealed that most of the behavior on food sanitation before the operation was in the fair rate while the behavior after the operation was in a high rate. The mean of behavior on food sanitation before the operation was at 25.90 points and 31.27 points after the operation. The investigation on food contaminant exposed the standard outsize of contaminant in the third time which decreased around 62 samples (27.64 percent) from the first time. For the contaminant on container, it was found out that the standard outsize in the third time which decreased around 17 samples (17.77 percent) from the first time while the contaminant on hands decreased around 12 samples (15.78 percent). Food stall sanitation system management made the stall entrepreneurs realized the importance of food sanitation and behaved more correctly which will affect to the food.

Keywords : Sanitation management , Food stall

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รศ.ดร. ภาควิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

สถานการณ์ของโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ ในปี 2556 ของประเทศไทยพบผู้ป่วยรวมทั้งหมด 1,259,408 ราย เสียชีวิต 13 ราย โรคอุจจาระร่วงพบผู้ป่วยมากที่สุดคือ 1,122,991 ราย เสียชีวิต 12 ราย รองลงมาโรคอาหารเป็นพิษ 130,653 ราย เสียชีวิต 1 ราย โรคบิด 2,822 ราย โรคไทฟอยด์ 2,562 ราย โรคไวรัสตับอักเสบ เอ 372 ราย และโรคอหิวาตกโรค 8 ราย และในปี 2557 นี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 24 กุมภาพันธ์ พบผู้ป่วย 6 โรครวม 206,528 ราย ผู้ป่วยมากที่สุดคือโรคอุจจาระร่วง 186,298 ราย รองลงมาโรคอาหารเป็นพิษ 19,549 ราย เสียชีวิต 3 รายจากโรคอุจจาระร่วง จากผลการดำเนินงานในการเฝ้าระวังทางด้านสุขาภิบาลอาหาร เทศบาลเมืองนครพนมในปีงบประมาณ 2558 ได้ดำเนินการเพื่อยกระดับมาตรฐานสถานที่ผลิตปรุงประกอบและจำหน่าย ให้ได้ตามเกณฑ์ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร ตามแบบกรมอนามัย ในกลุ่มผู้จำหน่ายอาหารแผงลอยในเขตเทศบาลเมืองนครพนม โดยมีการตรวจแนะนำสถานที่ดังกล่าวพร้อมทั้งทำการตรวจการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย โดยใช้ชุดทดสอบ SI-2 พบว่า แผงลอยจำหน่ายอาหารมีการผ่านเกณฑ์มาตรฐานของแบบตรวจแผงลอยของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 65 และผลจากการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียโดยชุดตรวจภาคสนาม SI-2 พบว่ามีการพบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ 87 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะหาแนวทางและรูปแบบ ในการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงแผงลอยจำหน่ายอาหารบริเวณรอบโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองนครพนมที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียนซึ่งอาจมีพฤติกรรมในการตัดสินใจในการเลือกซื้อที่ยังไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดโรคได้ โดยมีการกำหนดการจัดการสุขาภิบาลอาหารให้เป็นแผงลอยที่ได้มาตรฐานโดยใช้กระบวนการรายงานตนเองของผู้ประกอบการ เปิดโอกาสให้ผู้สัมผัสอาหารมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การหาสาเหตุ วิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญหาและหาแนวทางร่วมกันในการปฏิบัติให้ถูกต้อง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล การ

จัดการด้านสุขาภิบาลอาหารของหน่วยงานท้องถิ่นที่ดูแล เพื่อมีแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมและนำไปสู่มาตรฐานแผงลอย อาหารสะอาดปราศจากเชื้อโรค ทำให้ผู้บริโภคเกิดความปลอดภัยจากการรับประทานอาหารประเภทแผงลอย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้ได้รูปแบบในการจัดการสุขาภิบาลอาหารที่เหมาะสมกับพื้นที่ และมีการติดตามประเมินผลเป็นประจำของหน่วยงานท้องถิ่น ในการปรับปรุงมาตรฐานของแผงลอยจำหน่ายอาหารบริเวณรอบโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองนครพนมให้ได้มาตรฐาน โดยมีผลด้านความรู้ พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ผลตรวจด้านกายภาพ และชีวภาพของแผงลอยจำหน่ายอาหาร ก่อนและหลังการดำเนินการปรับปรุงแผงลอยจำหน่ายอาหาร พื้นที่ในการศึกษา ได้แก่ แผงลอยจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จบริเวณรอบโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่

1. ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหาร ประเภทอาหารปรุงสุกสำเร็จพร้อมบริโภคบริเวณรอบโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ทั้งหมดโรงเรียนทั้งหมด 5 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนที่ 1 จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหาร 20 แผง ผู้จำหน่าย 34 คน โรงเรียนที่ 2 จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหาร 18 แผง ผู้จำหน่าย 25 คน โรงเรียนที่ 3 จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหาร 13 แผง ผู้จำหน่าย 15 คน โรงเรียนที่ 4 จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหาร 15 แผง ผู้จำหน่าย 20 คน โรงเรียนที่ 5 จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหาร 10 แผง ผู้จำหน่าย 13 คน จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหารบริเวณรอบโรงเรียนทั้งหมด จำนวน 76 แผง โดยมีประชากรที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 107 คน

ประเภทของอาหารที่จำหน่ายมีทั้งหมด 4 ประเภท ได้แก่ อาหารปิ้งย่าง จำนวน 21 แผง อาหารทอดผัด จำนวน 15 แผง กระเพาะปลาข้าวต้มเส้น จำนวน 17 แผง ขนมหวาน จำนวน 23 แผง ลักษณะของแผงลอยจำหน่ายอาหารเป็นรถเข็นและนำโต๊ะมาวางจำหน่ายอาหาร อาหารที่นำมาจำหน่ายมีการปรุงประกอบมาเรียบร้อยแล้วเวลาในการจำหน่ายอาหาร ตั้งแต่ 15.00 น. – 17.30 น.

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารที่จำหน่ายอาหารบริเวณรอบโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ทั้งหมด 76 แผง โดยเก็บตัวอย่างอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัส เพื่อตรวจสอบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียโดยใช้ SI-2 ทั้งหมดจำนวน 1,368 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป สัมภาษณ์ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการจำหน่ายอาหารบริเวณรอบโรงเรียน ประเภทของอาหารที่จำหน่าย จำนวนผู้สัมผัสอาหาร ข้อมูลการอบรม การตรวจสอบสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นการวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารจำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2. การประเมินตนเอง เป็นการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารตามเกณฑ์มาตรฐานแผงลอยจำหน่ายอาหารของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กระทรวงอนามัย จำนวน 12 ข้อ

3. พฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาล เป็นแบบสำรวจพฤติกรรมของผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ หมวดอาหาร หมวดผู้สัมผัสอาหาร หมวดภาชนะอุปกรณ์ หมวดแมลงและสัตว์นำโรค และหมวดสิ่งแวดล้อม

4. การตรวจการปนเปื้อนของจุลินทรีย์โดยใช้ SI-2 โดยตรวจหาการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ มือของผู้จำหน่ายอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นในความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมปฏิบัติด้านสุขาภิบาล ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีประสบการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 3 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบรายละเอียดและพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาตามหลักวิชาการและความครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรง (validity) ของเนื้อหาและมีการแก้ไขสมบูรณ์แล้ว นำไปทดสอบโดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารในพื้นที่บริเวณตลาดใต้ทุ่งเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 ด้านความรู้หาค่าความเที่ยง โดยวิธีคูเคอร์ ริชจัน (KR 20) มีการปรับปรุงข้อคำถามและภาษา ให้มีความสมบูรณ์เหมาะสมอีกครั้งก่อนจะนำไปใช้การจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้สุขาภิบาลอาหาร ข้อมูลมาตรฐานแผงลอยจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบ สภาวะสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารก่อนและหลังดำเนินการ ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารก่อนและหลังดำเนินการ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลก่อนและหลังดำเนินการ การปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในอาหาร ภาชนะ มือของผู้จำหน่ายอาหารก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบการเป็นเพศหญิงจำนวน 51 คน (ร้อยละ 67.11) มีอายุระหว่าง 21-30 ปี มากที่สุด จำนวน 36 คน (ร้อยละ 47.37) อายุน้อยสุดคือ 22 ปี และอายุมากที่สุด 50 ปี

ด้านการศึกษา พบว่า ชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 26 คน (ร้อยละ 34.21) ด้านระยะเวลาในการจำหน่ายอาหาร พบว่า ระยะเวลา 2-3 ปี มากที่สุด จำนวน 31 คน (ร้อยละ 40.79) พบว่าระยะในการจำหน่ายอาหารมากที่สุด 7 ปี และระยะในการจำหน่ายอาหารน้อยสุด 1 ปี ด้านประเภทของอาหารที่จำหน่าย พบว่า อาหารทอดผัดมากที่สุด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 39.47) ด้านการอบรมสุขภาพ พบว่า เคยได้รับการอบรมจำนวน 61 คน (ร้อยละ 80.26) การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 53 คน (ร้อยละ 30.26) ด้านการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี พบว่า ไม่เคยป่วยด้วยอาการท้องร่วง ท้องเสีย จำนวน 69 คน (ร้อยละ 90.79)

2. ความรู้ด้านสุขภาพอาหาร พบว่าก่อนดำเนินการ ผู้ประกอบการแผลงลอยจำหน่ายอาหารส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องสุขภาพอาหารอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 53.95) และหลังดำเนินการผู้ประกอบการส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านสุขภาพอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.37) และพบว่า ก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยของคะแนน

ความรู้ เท่ากับ 8.50 คะแนน และหลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เท่ากับ 10.57 คะแนน โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) (ตาราง 1)

3. พฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพอาหาร พบว่าก่อนดำเนินการ ผู้ประกอบการแผลงลอยจำหน่ายอาหารส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.37) หลังดำเนินการ ผู้ประกอบการแผลงลอยจำหน่ายอาหารส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหารอยู่ในระดับดี และพบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก่อนดำเนินการเท่ากับ 25.90 คะแนน และหลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ 31.27 คะแนน โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม เรื่องสุขภาพอาหารก่อนและหลังการดำเนินการ

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		df	t	p
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.			
ความรู้	8.50	0.21	10.57	0.23	7.53	75	.000*
พฤติกรรม	25.90	0.29	31.27	0.40	15.78	75	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การสำรวจประเมินตนเอง พบว่า ก่อนดำเนินการ การประเมินตนเองของผู้ประกอบการมีแผลงลอยที่ผ่านทั้งหมด 40 แผลง (ร้อยละ 52.63) และการประเมินโดยผู้วิจัย มีแผลงลอยที่ผ่านทั้งหมด 39 แผลง (ร้อยละ 51.31) หลังการดำเนินการ การประเมินตนเองของผู้ประกอบการมีแผลงลอยที่ผ่านทั้งหมด 54 แผลง (ร้อยละ 71.05) และการประเมินโดยผู้วิจัย มีแผลงลอยที่ผ่านทั้งหมด 58 แผลง (ร้อยละ 76.31) ทำให้เห็นว่าการประเมินตนเองของผู้ประกอบการแผลงลอยจำหน่ายอาหารกับการประเมินตนเองของผู้วิจัยแตกต่างกันเล็กน้อยและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

5. การตรวจสอบการปนเปื้อนของจุลินทรีย์โดยวิธี SI-2 ในประเภทอาหาร อาหารที่จำนวนเกินเกณฑ์มาตรฐานลดลงจากครั้งที่ 1 มากที่สุดคือ อาหารประเภททอดผัด พบว่า ในครั้งที่ 1 พบจำนวนอาหารที่เกินเกณฑ์เท่ากับ 28 ตัวอย่าง (ร้อยละ 6.14) และในครั้งที่ 3 เหลือจำนวนที่เกินมาตรฐาน 2 ตัวอย่าง (ร้อยละ 0.43) ซึ่งลดลงจากครั้งที่ 1 27 ตัวอย่าง (ร้อยละ 5.66)

ในประเภทอาหารห่อหุ้ม ภาชนะอุปกรณ์ที่จำนวนเกินเกณฑ์มาตรฐานลดลงจากครั้งที่ 1 มากที่สุดคือ ซ้อน ส้อม พบว่า ในครั้งที่ 1 พบจำนวนซ้อน ส้อม ที่เกินเกณฑ์เท่ากับ 28 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.38) และในครั้งที่ 3 เหลือจำนวนที่เกินมาตรฐาน 9 ตัวอย่าง (ร้อยละ 1.97) ซึ่งลดลงจากครั้งที่

1 11 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.41) ในประเภทมือผู้สัมผัสอาหาร พบว่า ในครั้งที่ 1 พบจำนวนมือผู้สัมผัสอาหารที่เกินเกณฑ์ เท่ากับ 12 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.63) และในครั้งที่ 3 ไม่พบ

การเกินเกณฑ์มาตรฐานเลข ซึ่งลดลงจากครั้งที่ 1 12 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.63)

ตาราง 2 ผลการตรวจสอบการปนเปื้อนในอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ และมือของผู้สัมผัส

ประเภท	เกินมาตรฐาน			เกินมาตรฐานลดลงจาก ครั้งที่ 1
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
ปิ้ง ย่าง (n=89)	10(2.19)	6(1.31)	5(1.09)	5(1.10)
ทอดผัด (n=61)	28(6.14)	8(1.75)	2(0.43)	27(5.66)
กระเพาะปลา ข้าวต้มเส้น (n=42)	25(5.48)	18(3.94)	8(1.75)	17(3.73)
ขนมหวาน (n=36)	15(3.28)	2(0.43)	0(0)	15(3.28)
ซอญ ส้อม (n=71)	20(4.38)	15(3.28)	9(1.97)	11(2.41)
เขียง (n=27)	14(3.07)	9(1.97)	6(1.31)	8(1.76)
ถ้วย จาน (n=54)	13(2.85)	6(1.31)	6(1.31)	7(1.54)
มือ (n=76)	12(2.63)	8(1.75)	0(0)	12(2.63)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย การศึกษาความรู้ด้านสุขาภิบาลด้าน สุขาภิบาลอาหาร พบว่า ความรู้หลังการให้ความรู้ด้าน สุขาภิบาลอาหารมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดย ผู้ประกอบการแผลงลอยจำหน่ายอาหารสามารถตอบ ข้อความรู้ได้อยู่ในเกณฑ์ปานกลางร้อยละ 47.37 ซึ่งก่อน การดำเนินการให้ความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ **เพราะว่าในการอบรมวิทยากรผู้ให้ความรู้ได้ให้ความรู้ได้เรื่องความรู้ด้าน สุขาภิบาลอาหาร ทำให้ผู้ประกอบการสามารถตอบ ข้อความรู้ในหลังดำเนินการได้คะแนนเพิ่มขึ้น แต่ก็จะมี บ้างข้อความรู้ที่ผู้ประกอบการตอบได้ไม่เกินร้อยละ 50 ดังนั้นหากมีการอบรมให้ความรู้ในครั้งต่อไปควรมีการ เพิ่มเนื้อหาในการอบรมให้ครอบคลุมข้อความรู้ที่ ผู้ประกอบการยังไม่ทราบ และควรมีการจัดทำแผ่นพับให้ ความรู้ในข้อความรู้ที่ผู้ประกอบการตอบ**

พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการ แผลงลอยจำหน่ายอาหาร พบว่า **พฤติกรรมของ ผู้ประกอบการมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้น ก่อนการ ดำเนินการระดับพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง แต่หลัง ดำเนินการระดับพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์มากร้อยละ 78.95**

จากการอภิปรายผลของผู้วิจัย พบว่าพฤติกรรมที่ เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากได้อบรมพฤติกรรมให้แก่ ผู้ประกอบการ และมีเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ไปสังเกตการณ์ และแนะนำให้กับผู้ประกอบการ รวมทั้งแก้ปัญหาในเรื่อง จุดที่ทิ้งขยะ ส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือ ข้อ 10 มีการ เก็บรวบรวมมูลฝอยและเศษอาหารใส่ถังขยะหรือถุงที่ปิด มิดชิด จากการสังเกตส่วนใหญ่ผู้ประกอบการไม่มีภาชนะ รองรับขยะของแต่ละแผลงลอย และจุดที่ทิ้งขยะอยู่ใกล้ฉาก บริเวณแผลงลอยจำหน่ายอาหารทำให้ผู้ประกอบการกองมูล ฝอยที่เกิดจากการจำหน่ายไว้บริเวณหลังแผลงลอยจำหน่าย อาหารแล้วรอให้พนักงานที่มีหน้าที่ทำความสะอาดเก็บ ไปทิ้งในแต่ละวันเมื่อจำหน่ายอาหารเสร็จ จากพฤติกรรม ดังกล่าวทางผู้วิจัยจึงได้เสนอให้ผู้รับผิดชอบเพิ่มภาชนะ รองรับมูลฝอย และได้ให้ทางผู้ประกอบการแต่ละแผลงลอย มีถุงดำเพื่อเป็นจุดทิ้งขยะของแต่ละแผลง เมื่อจำหน่ายอาหาร เสร็จก็ให้มัดปากถุงให้มิดชิดแล้วนำไปทิ้งที่จุดรองรับมูล ฝอยเพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคซึ่งอาจทำ ให้เกิดการปนเปื้อนในอาหารได้

ผลการสำรวจประเมินตนเอง พบว่าก่อนการ ดำเนินการซื้อที่ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด คือ ข้อ 4 น้ำดื่มต้อง

เป็นน้ำที่สะอาด ใส่ในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด มีก๊อกหรือทางเทริน้ำ เนื่องจากบริเวณในบริเวณต่างๆ ไม่มีก๊อกน้ำสำหรับให้ผู้ประกอบการไว้ใช้ ผู้ประกอบการจึงต้องจัดหาน้ำดื่มมาไว้บริการเอง โดยการใส่ขวดน้ำหรือเหยือกน้ำซึ่งจากการสังเกต พบว่า ภาชนะที่ใช้ในการใส่บรรจุน้ำดื่มส่วนใหญ่จะเป็นขวดน้ำพลาสติกขนาด 5 ลิตร ซึ่งผ่านการใช้งานมาแล้วหลายครั้งแล้วไม่ได้ทำความสะอาด จึงทำให้เกณฑ์ในข้อนี้ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด ทางผู้วิจัยจึงได้แนะนำว่าควรทำความสะอาดภาชนะบรรจุน้ำเป็นประจำเพื่อให้ภาชนะที่บรรจุน้ำดื่มสะอาดและปลอดภัยจากเชื้อโรค และผลจากการประเมินตนเองของผู้ประกอบการแฉงลอยจำหน่ายอาหารพบว่าก่อนและหลังดำเนินการมีผลที่ดีขึ้น ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ประกอบการแฉงลอยจำหน่ายอาหารได้รับทราบถึงข้อการประเมินแฉงลอยจำหน่ายอาหารให้ถูกสุขลักษณะด้วยตนเอง ทำให้มีความตระหนักและปรับปรุงข้อประเมินที่ตนเองยังไม่ผ่านเกณฑ์ ทำให้หลังดำเนินการมีการผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า การประเมินตนเองส่งผลดีต่อสุขาภิบาลแฉงลอยจำหน่ายอาหาร

การวิเคราะห์ตัวอย่างอาหารต่างๆ โดยชุดทดสอบขึ้นต้น SI-2 ในประเภทอาหาร อาหารที่จำนวนเกินเกณฑ์มาตรฐานลดลงจากครั้งที่ 1 มากที่สุดคือ อาหารประเภททอดผัด จากการสังเกตพบว่า อาหารผัดทอดจะมีการปรุงสำเร็จมาจากที่บ้าน ดังนั้นเวลาที่นำมาจำหน่ายอาหารได้เย็นแล้วทำให้เกิดการปนเปื้อนได้และขั้นตอนของการขนส่งพบว่าภาชนะที่บรรจุอาหารเพื่อมาจำหน่ายไม่มีการปกปิดที่มิดชิด ไม่มีฝา จึงทำให้เกิดการปนเปื้อน ทางผู้วิจัยจึงได้แจ้งให้ผู้ประกอบการทราบถึงผลของการตรวจที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน และได้ให้คำแนะนำในการขนส่งมาจากที่บ้านให้ใส่ภาชนะปกปิดที่มิดชิด ในประเภทภาชนะอุปกรณ์ ภาชนะอุปกรณ์ที่จำนวนเกินเกณฑ์มาตรฐานลดลงจากครั้งที่ 1 มากที่สุดคือ ช้อน ส้อม จากการสังเกตพบว่า ผู้ประกอบการจะวางช้อน ส้อม ไว้บริเวณโต๊ะวางเครื่องปรุง โดยที่วางใส่ถุงที่บรรจุช้อน ส้อม ไม่มีภาชนะที่

ใส่ช้อน ส้อม ทำให้เกิดการปนเปื้อน ทางผู้วิจัยจึงได้แจ้งให้กับผู้ประกอบการทราบถึงผลของการตรวจที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน และได้ให้คำแนะนำให้ผู้ประกอบการจัดหาภาชนะไว้สำหรับใส่ช้อน ส้อม ที่มีฝาปิดมิดชิดและแนะนำให้ล้างภาชนะอุปกรณ์เกี่ยวกับการประกอบปรุงอาหารให้สะอาด รวมถึงการเลือกซื้อช้อน ส้อม ที่มีคุณภาพสำหรับช้อน ส้อม ที่เป็นพวงพลาสติก ในประเภทมือผู้สัมผัสอาหาร จากการสังเกตสิ่งที่ทำให้มือผู้สัมผัสอาหารเกินเกณฑ์มาตรฐาน ผ้าเช็ดมือและผ้าเช็ดโต๊ะผู้ประกอบการไม่มีการแยกแต่ละชนิดออกจากกัน ทำให้เกิดการปนเปื้อนในส่วน ของมือผู้สัมผัสอาหาร ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ผู้ประกอบการแยกผ้าเช็ดทั้งสองประเภท เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อโรค

ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับแฉงลอยจำหน่ายอาหารควรให้ความสำคัญ โดยการจัดให้มีการอบรมเป็นประจำ มีการทำแผนเพื่อออกตรวจประเมินแฉงลอยประจำเดือน มีการแจกแผ่นพับให้ความรู้ เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาและสามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติคนที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้ประกอบการแฉงลอยจำหน่ายอาหาร และเป็นแนวทางในการควบคุมดูแลคุณภาพอาหาร ผู้บริโภคที่มีความสะอาดและปลอดภัยยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรม และจัดให้มีเจ้าหน้าที่ลงตรวจและให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการเป็นประจำ
2. ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารที่ถูกต้อง หรือโรคที่เกิดจากอาหารในช่วงเวลานั้น เช่น การแจกแผ่นพับให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายให้กับผู้ประกอบการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ที่เล็งเห็นความสำคัญของงานวิจัย และให้ทุนสนับสนุนการทํารวจในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติศักดิ์ เอี่ยมระหงส์. การพัฒนาระบบสุขภาพโภชนาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการแปรรูปอาหารอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ของโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ. 2557. <http://www.boe.moph.go.th/files/report> . ค้นหามือ 5 กันยายน 2558.
3. กรวรรณ มีจินดา. กระบวนการมีส่วนร่วมปรับเปลี่ยนสภาวะสุขภาพโภชนาการของแปรรูปอาหารในตลาดเทศบาลนครอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
4. กรมแพทยทหารเรือ. การปนเปื้อนของอาหารกับการเกิดโรค. 2556. <http://www.navy.mi.th/navmed/prevent/body.html>. ค้นหามือ 10 ตุลาคม 2558.
5. จิรพรรณ พรหมลิขิตชัย. การสุ่มเก็บตัวอย่างโดยใช้ชุดตรวจสอบทางภาคสนามและการใช้แบบตรวจ/แบบฟอร์มการเก็บตัวอย่างอาหาร. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สุขภาพโภชนาการและน้ำ, สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
6. ครณี แก้วจุมพล. สถานการณ์การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหารพร้อมบริโภค : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550
7. ดวงพร ศรีมงคล. ผลการดำเนินงานโครงการสุขภาพโภชนาการของแปรรูปอาหารในโรงเรียนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2547.
8. ทรงชัย จันทพันธ์. การปรับปรุงสุขภาพโภชนาการของร้านจำหน่ายอาหารในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรามัญ-ตลาดจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550
9. ปริญญา กวดวงศ์ษา. ผลการใช้กระบวนการ PDCA ที่มีต่องานสุขภาพโภชนาการในแปรรูปอาหาร ตำบลนาหว้า อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2550
10. นวีน บุตรคำจิต. รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพโภชนาการในแหล่งท่องเที่ยวตามโครงการอาหารสะอาดปลอดภัยสู่ครัวเรือน อำเภอภูพาน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
11. ภทริกา ต่างใจเย็น. การจัดการสุขภาพโภชนาการแบบมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการร้านอาหารและแปรรูปในเขตเทศบาลตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.
12. พัชรภรณ์ อ้นปัญญา. รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพโภชนาการโดยผู้ประกอบการตลาดใต้รุ่งนรินทร์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
13. พรพรรณ ธนอุดร. สภาวะสุขภาพของรถเข็นจำหน่ายอาหาร : กรณีศึกษาเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
14. วรวิไล ชุมพูนาน. สถานการณ์การสุขภาพโภชนาการของแปรรูปอาหาร ลาน-ก้อยในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
15. วิไลนา นันทะแสน. การใช้กระบวนการดำเนินงานสุขภาพโภชนาการในโรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัด เขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย, 2545.
16. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สถานการณ์โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. 2558. <http://www.nkp.moph.go.th/fileupload/4/file.pdf> ค้นหามือ 5 กันยายน 2558.
17. สำนักสุขภาพอาหารและน้ำกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขภาพโภชนาการและน้ำสำหรับสาธารณสุขอำเภอ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556.
18. อนงค์ แจ่มเนน. การปฏิบัติตามหลักสุขภาพโภชนาการของผู้สัมผัสอาหารและคุณภาพอาหารทางด้านจุลชีววิทยาในร้านจำหน่ายอาหารพร้อมบริโภค. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
19. อุมพร ชาญนกรไทย. รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพโภชนาการของแปรรูปอาหารในตลาดไนท์ เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.

ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทยRelationships between Safety culture and Perceived nursing outcomes in intensive care units at
Regional hospitals in the northeast of Thailand.สยามรัฐ จงไทย¹, วรณชนก จันทชุม²Siamrat Joongthai¹, Wanchanok Juntachum²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 48 หอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยได้มาจากตัวแทนของหอผู้ป่วยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จำนวน 197 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยของหอผู้ป่วยหนัก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านและหาความเชื่อมั่นโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.93 และ 0.73 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = .43) วัฒนธรรมความปลอดภัยในหอผู้ป่วยหนัก โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = .41) วัฒนธรรมความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .549$, $p < .01$)

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัย, การรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

Abstract

This study was correlational descriptive research. The purpose of this research was to study the relationship between safety culture and perceived nursing outcomes in intensive care units at regional hospital in the northeast of Thailand. Study sample were 48 intensive care units (ICU), regional hospitals in the northeast of Thailand. The nursing units data were collected by stratified random sampling from 197 registered nurses representatives which were working in these nursing units samples. This study used the instruments which comprised of demographic data questionnaire, perceived nursing outcomes questionnaire, and safety culture of ICU questionnaire. Scale content validity was explored by five experts. Cronbach's alpha coefficient was used to test reliabilities of perceived nursing outcomes and safety culture (.93 and .73, respectively). Data were collected by post and analyzed by using frequency, percentage, mean, standardized deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results of this study revealed that: The total mean score of perceived nursing outcomes was at a maximal level ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = .43). The total mean score of safety culture was at a more level ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = .41). There was a significant positive correlation between perceived nursing outcomes and safety culture at a medium level ($r = .549$, $p < .05$).

Key words: safety culture, nursing outcomes

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะสื่อโลกออนไลน์ ทำให้ประชาคมโลกสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายและรวดเร็ว ทำให้มีการแข่งขันทางด้านต่างๆ ทั้งด้าน เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม รวมถึงระบบสุขภาพได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพปี 2540 ทำให้องค์กรด้านสุขภาพต่างมีการตื่นตัว ในการพัฒนาคุณภาพและการบริการอย่างเข้มข้น เช่นเดียวกับนานาประเทศที่ต้องปฏิบัติให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ที่กำหนดให้ความปลอดภัย (Patient safety) เป็นประเด็นการพัฒนาที่สำคัญที่สุดของทุกประเทศ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

การพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาองค์กรสุขภาพ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการประเมินคุณภาพจากสถาบันทางการแพทย์ Institute of Medicine (IOM) พบว่าในแต่ละปีมีผู้ได้รับอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตจากผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์สูงถึง 44,000 – 98,000 คน เป็นเงินสูงถึง 37,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี⁽²⁾ ขณะเดียวกัน ประเทศไทยได้ประสบปัญหาเกิดปรากฏการณ์ควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้จากนโยบายหลักประกันสุขภาพและถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการ⁽³⁾ จึงจำเป็นต้องลดต้นทุนด้านสุขภาพทั้งระบบ แต่ก็ยังคงหาวิธีการต่างๆ ที่คงไว้ซึ่งคุณภาพ ซึ่งหมายถึง คุณภาพจากการรักษาที่ใช้ขายน้อยลงและเกิดข้อผิดพลาดน้อยที่สุด⁽⁴⁾ จึงจำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินคุณภาพโรงพยาบาลจากองค์กรหลากหลาย เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สำนักงานพยาบาล และสภาการพยาบาล ถึงกระนั้นก็ยังพบอุบัติการณ์ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์

จากรายงานวิจัยเหตุการณ์ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต (ร้อยละ 11.4) เกิดความพิการถาวรของร่างกาย (ร้อยละ 3) ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานมากขึ้น 9.74 วัน⁽⁵⁾ แสดงว่าการรักษาพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ย่อมมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะในหอ

ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ Ventilator Associated Pneumonia (VAP) อัตราการเสียชีวิต เป็นต้น ดังนั้น จะต้องมีการควบคุมและพัฒนามาตรฐานอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ระดับบุคคลที่ปฏิบัติการ อุปกรณ์ด้านการรักษาที่ได้มาตรฐาน การเอาใจใส่ของผู้บริหาร และแผนงานที่ชัดเจนที่เพื่อที่จะพัฒนาหน่วยงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานจะต้องมีความเชี่ยวชาญ และสามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมืออาชีพ อันจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือผลลัพธ์สุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาล⁽⁶⁾ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล⁽⁷⁾ โดยมีวิวัฒนาการและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สมัยฟอเรนซ์ในดิงเกล จนถึงปัจจุบัน สำนักงานพยาบาลได้พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลขึ้น ในระยะแรกมี 22 ตัวชี้วัด ต่อมาพัฒนาเป็น 10 ตัวชี้วัด⁽⁸⁾ การมีผลลัพธ์ที่ดีผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ย่อมสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานนั้นมีคุณภาพและความปลอดภัย⁽⁹⁾ การที่พยาบาลรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาก็ตรงตามความต้องการ ย่อมก่อให้เกิดผลลัพธ์ ที่ดีขึ้น ดังการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing sensitive outcomes) ใน 5 ด้านของ Doran et al⁽¹⁰⁾ ได้แก่ การทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเอง การควบคุมอาการไม่สุขสบาย ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทาง การพยาบาลที่ป้องกันได้ และความพึงพอใจของผู้ป่วย บุคลากรทางการพยาบาลจึงต้องตระหนักและให้ความสำคัญเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ดี ซึ่งการมีผลลัพธ์ที่ดีจะสะท้อนให้เห็นถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร⁽¹¹⁾

วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นลักษณะอุปนิสัยที่แสดงถึงคุณค่า ทักษะคติ ความสามารถ การรับรู้ การประพฤติปฏิบัติของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ในการที่จะตกลงใจตัดสินใจหรือยอมรับรูปแบบในการตัดสินใจหรือยึดถือยอมรับรูปแบบในการบริหารจัดการขององค์กรที่ทำ

ให้เกิดความปลอดภัย⁽¹²⁾ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรให้เกิดขึ้นจึงเป็นวิธีที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืน การเพิ่มความปลอดภัยสามารถช่วยป้องกันโอกาสเกิดความผิดพลาดหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้บริการ⁽¹³⁾ ซึ่งเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความผิดพลาดของมนุษย์ (Human Error) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์หรือเป้าหมายที่ดีตามมาตราฐานที่วางไว้^(14,15) ปัจจุบันเครื่องมือการประเมินวัฒนธรรมในองค์กรมีหลากหลายแต่ที่เห็นเด่นชัด คือ เครื่องมือประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของ The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) ที่แปลมาจากสถาบัน AHRQ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .90 โดยอนุวัฒน์ สุขหุดิกุล⁽¹¹⁾ เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ เพราะเน้นความสำคัญเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นปัจจัย ตั้งแต่ต้นนโยบายระดับผู้บริหารลงมาถึงผู้ปฏิบัติงาน ในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) วัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับหน่วยงาน 2) วัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับโรงพยาบาล และ 3) วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์ ซึ่งทำให้ทราบระดับวัฒนธรรมในองค์กรที่ประเมินได้⁽¹⁵⁾

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ประกอบกับการทบทวนงานวิจัยในอดีตระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่ามีการศึกษาเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ⁽¹⁶⁾ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานหอผู้ป่วยหนักให้มีคุณภาพ และเป็นเครื่องยืนยันว่าการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญในองค์กร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. เพื่อศึกษาการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง วัฒนธรรมความปลอดภัยกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิง **สำรวจ** (Descriptive Research) แบบหาความสัมพันธ์ (Correlational Study) ตัวแปรอิสระคือวัฒนธรรมความปลอดภัย ตามกรอบแนวคิด Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) ของ Sorra and Nieva (2003)⁽¹⁷⁾ แปลโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และปรับปรุงความตรงตามโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบโดย สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ (2557)⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วยด้านต่าง ดังนี้ 1) การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน 2) การเปิดกว้างในการสื่อสาร การประสานงาน และการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน 3) การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4) การไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด 5) ความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน 6) การสะท้อนและการสื่อสารความผิดพลาด 7) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน และ 8) ความคาดหวังของหัวหน้า/ผู้บังคับบัญชา และการส่งเสริมความปลอดภัย และตัวแปรตาม คือ การรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ตามกรอบแนวคิดของ Doran et al.⁽¹⁰⁾ ในด้านการควบคุมอาการในการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 48 หอผู้ป่วย จากโรงพยาบาลศูนย์ 7 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 48 หอ โดยทำการสุ่มพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยหนัก ที่มีอายุงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไปและไม่ใช่หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วย กำหนดขนาดตัวอย่างของ

พยาบาลวิชาชีพ ที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ย r เท่ากับ .20 ค่าระดับนัยสำคัญ α เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ Power ($1-\beta$) เท่ากับ .80⁽¹⁸⁾ เปิดตารางได้จำนวน 197 คน และผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อทดแทนการไม่ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จากการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์⁽¹⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 235 คน ทำการสุ่มพยาบาลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามโรงพยาบาลศูนย์ (Stratified Random Sampling) แล้วนำรายชื่อของพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลศูนย์มาจัดทำบัญชีรายชื่อ (Sampling frame) แล้วทำการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อให้มีการกระจายของหน่วยตัวอย่างครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยหนัก และจัดสรรจำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วน⁽²⁰⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ประสบการณ์การทำงานพยาบาล ระดับวุฒิการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และประสบการณ์การอบรม ความเสี่ยงและความปลอดภัยในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก มีข้อความถาม 30 ข้อ ทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ 1.00–1.80 ระดับน้อยที่สุด 1.81–2.61 ระดับน้อย 2.62–3.38 ระดับปานกลาง 3.39–4.19 ระดับมาก และ 4.20–5.00 ระดับมากที่สุด⁽²¹⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) ของ Sorra and Nieva (2004) ซึ่งแปลโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และสุกัญญา โคตรศรีวงศ์⁽¹⁵⁾ ได้พัฒนาเครื่องมือดังกล่าว โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct

validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อจัดและลดความซ้ำซ้อนขององค์ประกอบ ได้เป็น 8 องค์ประกอบ โดยผู้วิจัยปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลศูนย์ มีข้อความถาม 29 ข้อ ทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ 1.00–1.80 ระดับน้อยที่สุด 1.81–2.61 ระดับน้อย 2.62–3.38 ระดับปานกลาง 3.39–4.19 ระดับมาก และ 4.20–5.00 ระดับมากที่สุด⁽²¹⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย เท่ากับ 0.93 และ 0.73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (อนุมัติวันที่ 17 พ.ย. 2558 เลขโครงการ HE 582299) และมีกรมพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ตามมา และนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อโรงพยาบาลและผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป หอผู้ป่วยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นเพศหญิงมากที่สุด 183 คน (ร้อยละ 92.4) มีประสบการณ์ทำงานต่ำกว่า 5 ปี 80 คน (ร้อยละ 43.5) ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี 179 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 90.9 ระดับปริญญาโท จำนวน 18 คน ร้อย

ละ 9.1 ได้รับการศึกษาต่อเฉพาะทาง 4 เดือน จำนวน 59 คน มากที่สุด คือ สาขาการพยาบาลวิกฤตผู้ใหญ่ เคยเข้ารับการอบรมความเล็งและความปลอดภัยของผู้ป่วยภายในสามปีที่ผ่านมา จำนวน 130 คน (ร้อยละ 66) ในภาพรวมพยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยในองค์กร อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 91 คน (ร้อยละ 46.2)

2. การรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน การรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.33, S.D. = .43) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเรียงลำดับ ดังนี้ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้ และการควบคุมอาการในการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก

3. วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมและรายด้าน วัฒนธรรมความปลอดภัยในหอผู้ป่วยหนัก มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 4.03, S.D. = .41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ในด้าน 1) การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และ 2) การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก ในด้าน 1) ความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน 2) การเปิดกว้างในการสื่อสาร การประสานงาน และการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน 3) การไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด 4) การเปิดกว้างในการสื่อสาร การประสานงาน และการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน 5) การสะท้อนด้านการสื่อสารที่ผิดพลาด 6) การไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด 7) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน และ 8) ความคาดหวังของหัวหน้างาน/ผู้บังคับบัญชาและการส่งเสริมความปลอดภัย ต่ำมา ค่ำ บ

ตาราง แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก

วัฒนธรรมความปลอดภัย	การรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล			
	ด้านการควบคุมอาการไม่สุขสบาย	ด้านความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ฯ	ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย	รวม
วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวม	.598*	.524*	.613*	.549*

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโดยรวม ในระดับปานกลาง (r = .549, P -value < .05) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลรายด้านทุกตัว ในระดับปานกลาง ดังนี้ ด้านการควบคุมอาการในการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย (r = .598, P -value < .05) ด้านความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกัน

ได้ (r = .524, P -value < .05) และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย (r = .613, P -value < .05) ดังรายละเอียดในตาราง 3

สรุปและอภิปรายผล

1. การรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีนโยบายในการจัดการผลลัพธ์ที่ดี สืบเนื่องมาจากหอผู้ป่วยหนักเป็นหน่วยงานที่ต้องรับผู้ป่วยวิกฤต และมีการรักษาเฉพาะทาง จึงต้องมีการจัดการ ตั้งแต่

การเตรียมผู้ปฏิบัติงานให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับหอผู้ป่วยหนัก การส่งบุคลากรเข้าอบรมเวชศาสตร์วิกฤต 4 เดือน และการอบรมการพยาบาลวิกฤตที่จัดในโอกาสต่างๆ นอกจากนั้น ต้องมีความพร้อมด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยีการรักษา เพื่อให้สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีนโยบายการบันทึกอัตราตัวชี้วัดที่สำคัญรายโรค เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพหน่วยงาน เช่น อุบัติการณ์การตาย อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น ส่งผลมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีทั้งในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้ และการควบคุมอาการในการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย สอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัว ที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า ผลลัพธ์ทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน และกิจกรรมการพยาบาลที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ คือ การที่พยาบาลเห็นความสำคัญและจัดการต่อปัญหาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงความใส่ใจด้วยจิตใจของความเป็นมนุษย์⁽²²⁾

2.วัฒนธรรมความปลอดภัยในหอผู้ป่วยหนักทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาได้นำนโยบายที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย Patient safety goal (2006) ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยมาใช้⁽²³⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดสร้างความปลอดภัยในการป้องกันความเสี่ยง มีการกำหนดข้ออย่างง่ายในการการเฝ้าระวังความเสี่ยง คือ SIMPLE และ มีการกำหนดการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่สำคัญ(Trigger Tools) เช่น การเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (Unexpected death) การไม่เตรียมการวางแผนส่งผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Unplan ICU) การได้รับการผ่าตัดซ้ำใน การนอนโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน (Pre – Operation in same Admit) การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยปัญหาเรื่องเดิม ภายใน

48 ชั่วโมง (Revisit in hospital in 48 hrs in same sign and symptoms) การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital acquire infected) เป็นต้น มีกิจกรรมการติดตามความเสี่ยงในเชิงรุก ได้แก่ การเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วย (Patient round) การประเมินความพร้อมและวางแผนจำหน่าย (C3THER) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยรายโรคสำคัญ (Disease round) การกำหนดมาตรฐานการรักษารายโรค (Guideline) การใช้คะแนนประเมินความเปลี่ยนแปลงของอาการ (Mews Score) การประเมิน โอกาสเสียชีวิต (Apache Score) ซึ่งกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ ช่วยสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. วัฒนธรรมความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานใดก็ตามถ้ามีพื้นฐานด้านความปลอดภัยดีแล้ว ย่อมเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันผู้ป่วยและญาติ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลในการรักษาพยาบาล ทำให้มีการตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ และ เป็นสิ่งที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ในอดีตมักไม่ค่อยมีใครฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ แต่ปัจจุบันประเด็นด้านสิทธิและการคุ้มครองผู้บริโภคได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว มีการฟ้องร้องแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีมาตรา 41 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2545 ว่าด้วยเงินช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้นจากความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุข⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิรัตน์ พุฒพันธ์ (2554) ที่พบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงของของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง⁽²⁷⁾ ดังนั้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญองค์กรตั้งแต่ผู้ปฏิบัติงาน การจัด นโยบายของผู้บริการ ระบบงานบริการการรักษารายโรค และแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ที่วางไว้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามมาตรฐานและคงไว้ซึ่งคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับผู้บริหารองค์กรพยาบาลและระดับหัวหน้าหน่วยงาน

1.1 ผู้บริหารควรมีการจัดการระบบความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ เน้นนโยบายการรายงานความเสี่ยงและทบทวนความเสี่ยงในหน่วยงาน และระบบรายงานที่กระชับ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารควรเข้ารับการอบรมและส่งเสริมให้มีการจัดอบรมเรื่องความปลอดภัยในโรงพยาบาลส่งบุคลากรอบรมระดับเขต และระดับประเทศ อย่างต่อเนื่อง ติดตามนิเทศและมีการคัดสรรบุคลากรในการเป็นผู้นำด้านความปลอดภัยและความเสี่ยง กระตุ้นการสร้างการสร้างลักษณะนิสัยหรือปลูกฝังเรื่องค่านิยม เรื่องความปลอดภัยโดยเริ่มจากการสื่อสารพฤติกรรมความปลอดภัยที่องค์กรต้องการให้ทุกคนเข้าใจ (Communication of Clear Behavioral Expectations) ทบทวนกระบวนการทำงาน อย่างสม่ำเสมอถึงแม้ว่าไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น การสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยง ได้แก่ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กรพยาบาล โดยมีการบอกเล่าถึงเรื่องราวความเสี่ยงที่เจอหรือประสบด้วยตนเองในหอผู้ป่วยหนัก และวิธีการแก้ไขมา

ถ่ายทอดสู่กันฟัง รวมทั้งร่วมกันอภิปรายเพื่อเป็นประสบการณ์ การทำนวัตกรรมหรือการศึกษาวิจัย จัดกิจกรรมการแข่งขัน การประกวดหรือการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยหนัก (Benchmarking) ระหว่างหน่วยงานและต่อยอดไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย

1.2 สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ควรให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Safety First) เพราะความเสี่ยงสามารถเกิดได้ทุกเมื่อ และให้ความสำคัญนโยบายของผู้บริหารในการนำไปสู่การปฏิบัติ

3. ควรศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยในเชิงลึกมากขึ้น เช่น การศึกษาวิจัยจากการสัมภาษณ์ การเยี่ยมชมสำรวจ หรือ การเข้าไปสังเกตการณ์ เพื่อจะได้ข้อมูลในการนำไปเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

4. ควรศึกษาจากอุบัติการณ์ของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง และศึกษาตัวชี้วัดอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น จำนวนวันนอนคำรักษาพยาบาล เป็นต้น

5. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Patient safety**. <http://www.who.int/patientsafety/en/>. สืบค้นเมื่อ (26 มกราคม 2558).
2. The National Health service. (2005). **Health News**. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>. สืบค้นเมื่อวันที่ (26 มกราคม 2558).
3. สถิติกระทรวงสาธารณสุข. (2558). **ค่าใช้จ่ายงบประมาณด้านการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข**. www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=NjM. สืบค้นหาเมื่อ (21 กันยายน 2558).
4. อภิญญา จำปามูล. **ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางการพยาบาล**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553
5. บัณฑิต เกษสมบุญ สุกสิทธิ์ พรพรรณารุโณทัย และวีระศักดิ์ จงสุสวัสดิ์. **ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง**. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 14(1): 509-521, 2546.
6. Kormiewicz and duffy. **Weighing the Balance: A grounded theory study of the factors that influence the decisions regarding the assessment of students' competence in practice**. PhD thesis, Glasgow: Glasgow Caledonian University. Access via. From <http://rcn.sirsidynix.net.uk/uhtbin/cgiisiri/?ps=VerQF>. สืบค้นเมื่อ (21 กันยายน 2558).
7. วิชาดา คุณาวิดิกุล. **การวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลพยาบาลสาร**. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(4): 1-6, 2548.
8. กองการพยาบาล. **การพัฒนาตัวชี้วัดทางการพยาบาล**. www.nursing.go.th/?page_id=20. สืบค้นเมื่อ (10 สิงหาคม 2558)
9. Mitchell P.H., Furketch,S, and Jennings.B.M.. American academy of Nursing expert panel on Quality health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1): 43-46, 1998.

การสนับสนุนจากองค์กรและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของ
พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

Organization Support and Personal Characteristics Influencing the Organization Commitment of
Registered Nurse at a Community Hospital in Khon Kaen Province

นิตยา ลักษณะการวรรณ¹, ชนะพล ศรีฤๅชา²

NIittaya Luksanapawan¹, Chanaphol Sriruecha²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross-sectional descriptive research)นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปจำนวน135 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.941 เก็บข้อมูล ในระหว่างวันที่ 20 พฤษภาคม 2559 ถึง 20มิถุนายน 2559สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบจำแนกทางเดียว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.09, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.75) ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.56, S.D.=0.66) ภาพรวมของปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.817$, $p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์กรด้านความมั่นคงในการทำงาน ($P\text{-value} < 0.001$) คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านภูมิลำเนา (ในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล) ($P\text{-value}=0.025$) และ การสนับสนุนจากองค์กรด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ ($P\text{-value}=0.026$) สามารถพยากรณ์ความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 70.9 ค่าเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโครงการทั่วไป สูงกว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน เพื่อดูชุมชน และโดยชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}= 0.005$, $t=2.888$, Mean diff = 0.319)
คำสำคัญ: การสนับสนุนจากองค์กร ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to study the effect of organizational support and personal characteristics influencing the organizational commitment of registered nurse at a community hospital in Khon Kaen province. The studied sample was 135 registered nurses. Who have worked over a year in this hospital. Data was collected during 20th May 2016 to 20th June 2016 by using questionnaires which had been examined validity by three experts and analyzed reliability in pilot study of 30 samples (Cronbach's alpha coefficient = 0.941). Data was analyst by using descriptive statistics, i.e, frequency, percentage, mean, standard deviation. Inferential statistics used included Pearson's product moment correlation and Stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the organizational support at moderate level ($\bar{X}$ =3.09, S.D.=0.75) and the organizational commitment at high level ($\bar{X}$ =3.56, S.D.=0.66). The organizational support had high positive relationship with the organizational commitment of registered nurse at a community hospital in Khon Kaen province ($r=0.817$, $p\text{-value} < 0.001$). The organizational support; job security, compensation and benefits, personal characteristics; domicile (in the hospital zone) can predict the organizational commitment of registered nurse at a community hospital in Khon Kaen province at 70.9 percentage. The organizational commitment's mean score in nurse graduated from general projects higher than nurse graduated from community health projects ($p\text{-value}= 0.005$, $t=2.888$, Mean diff = 0.319).

Keywords: Organization Support, The Organization Commitment, Nurse

¹ *นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจ และระบาคติวิทยา ประกอบกับการขยายหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย และการขยายบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเปิดเสรีด้านการค้าบริการในฐานะศูนย์กลางการบริการการแพทย์ (Medical Hub) ในภูมิภาคเอเชีย ประกอบกับพยาบาลเป็น 1 ใน 7 แรงงานฝีมือที่สามารถเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในอาเซียน อาจเกิดปัญหาการไหลออกของพยาบาลไทยไปยังกลุ่มประเทศอาเซียนทำให้มีความต้องการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น⁶ จากข้อมูลจากสภาการพยาบาลพบว่า ในปี พ.ศ.2557 ประเทศไทยประสบการสูญเสียพยาบาลอย่างรุนแรงในอัตราร้อยละ 4.44 ต่อปี จากการมีอายุทำงานในวิชาชีพสั้น การลาออกจากระบบราชการ เพื่ออยู่ในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งได้เงินเดือนค่าตอบแทนที่สูงกว่า

สำหรับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความขาดแคลนบุคลากรสาขางานพยาบาลมาโดยตลอด จากรายงานของสภาการพยาบาลพบว่ามีพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลาออกจากระบบราชการรวมทั้งเปลี่ยนสาขางาน เฉลี่ยร้อยละ 3 ต่อปี หรือประมาณ 3,000 คน และพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ในปี 2551 จากสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 2,500 คน ปฏิเสธการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ ประมาณ 1,200 คน⁸ ถึงแม้ในแต่ละปีประเทศไทยจะสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ประมาณ 6,500 คนต่อปี จากสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลทั้งหมดกว่า 80 แห่งแต่กลับพบว่าปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพยังมีความรุนแรงมากขึ้นซึ่งเป็นการขาดแคลนทั้งด้านปริมาณกำลังคนและทักษะที่จำเป็นต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่มีความหลากหลาย จังหวัดขอนแก่นก็มีสถานการณ์ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลไม่แตกต่างจากระดับประเทศมากนัก โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล¹¹ การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพและความ เป็นธรรมด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในชนบทห่างไกล โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ ซึ่งเคยประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอย่างมาก โดยในปี 2549 และ 2550 จังหวัดขอนแก่นมีการลาออกของพยาบาลที่

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 34.87 และ 24.14 ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงในสถานพยาบาลดังกล่าวตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นอัตราการสูญเสียออกจากระบบที่สูงมาก หากปัญหานี้ยังคงอยู่และไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพ⁹

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร สำหรับวิชาชีพพยาบาลแล้ว ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่สามารถทำให้พยาบาลวิชาชีพในองค์กรสามารถปฏิบัติงาน ได้ตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีประสิทธิภาพ หรือ ผลิดงานที่มีคุณภาพความยึดมั่นผูกพัน เป็นการแสดงออกที่มากกว่าความจงรักภักดีตามปกติ ความผูกพันเป็นความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น และผลักดันให้พยาบาลเต็มใจที่จะอุทิศตัวเพื่อการสร้างสรรค์ให้องค์กรอยู่ในสภาพที่ดีขึ้น ความผูกพันต่อองค์กรเป็นความรู้สึกที่ดีของพยาบาล ที่มีต่อองค์กรอย่างเหนียวแน่น และแสดงออกมารูปของการปฏิบัติตนให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์การ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ ตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชนโดยชุมชน เพื่อชุมชนกับพยาบาลวิชาชีพจากโครงการปกติเพื่อเปรียบเทียบความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่มาจากโครงการที่แตกต่างกันว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทาง ในการพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ชุมชน เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และสามารถนำผลการวิจัยนี้เสนอแนะต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวทางในการสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนมีนาคม 2559 ถึง เดือนพฤษภาคม 2559

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 135 คน ทำการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่าง¹² ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$N = \frac{\lambda(1-R_{y.A,B}^2)}{R_{y.A,B}^2 - R_{y.A}^2} + w \quad (1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_u} (\lambda_L - \lambda_U) \quad (2)$$

นั่นคือ ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 128 ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลความเชื่อมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ได้ดีที่สุด (Key informants) รวมทั้งสิ้น 12 คน ที่เป็นผู้ยินดี และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ที่สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ เปรมจิตร์ คล้ายเพชร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่ง

หนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้ดัดแปลงจาก แบบสอบถามของ'ที่สร้างขึ้นตามแนวความคิด'¹³

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ มีทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบได้เสนอความคิดเห็นอย่างอิสระ

ส่วนที่ 2 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดให้ให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้งก่อนนำไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามต่อไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่า สัมประสิทธิ์ของความเที่ยง (Cronbach 's Alpha Coefficient) ความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปจึงจะมีความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงในภาพรวม 0.941 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านการสนับสนุนจากองค์กร 0.945 และด้านความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร 0.912

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation หรือ ค ร ห ค ่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ทีละคู่ (Bivariate Analysis) สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis หรือการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.8 อายุเฉลี่ย 35.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.6) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.6 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 68.0 พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 51.6 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 26.6 ผ่านการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ร้อยละ 23.4 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 65.6 รายได้ 15,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 48.4 มีภูมิลำเนาในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล ร้อยละ 56.3 และเป็นพยาบาลที่จบจากโครงการปกติ ร้อยละ 65.6

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด

ขอนแก่น ในภาพรวมมีระดับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 3.09 (S.D.=0.75) การสนับสนุนจากองค์กรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ ด้านความมั่นคงในการทำงาน ด้านความรู้ในงานและโอกาสก้าวหน้าและการปฏิบัติงาน

3. ระดับความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวม มีระดับความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.56 คะแนน (S.D. = 0.66)

4. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมของปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.817$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร	ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ	0.674*	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านความรู้ในงานและโอกาสก้าวหน้า	0.699*	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านความมั่นคงในการทำงาน	0.818*	<0.001	สูง
4. ด้านจิตอาสามณ์	0.718*	<0.001	สูง
5. ด้านการปฏิบัติงาน	0.715*	<0.001	สูง
ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร	0.817*	<0.001	สูง

*ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

5. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ตัวแปรที่มีผล

ต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น คือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านความมั่นคงในการทำงาน ($P\text{-value} < 0.001$) คุณลักษณะส่วนบุคคล

ด้านภูมิสำเนา (ในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล) (P-value=0.025) และ การสนับสนุนจากองค์กรด้าน

ผลตอบแทนและสวัสดิการ (P-value=0.026) โดยมี
นัยสำคัญทางสถิติ ในระดับ 0.05 ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R ²	R ² Change
การสนับสนุนจากองค์กรด้านความมั่นคงใน การทำงาน	0.566	0.682	8.426	<0.001	.817a	.667	.667
คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านภูมิสำเนา(ในเขต ที่ตั้งของโรงพยาบาล)	0.164	0.137	2.284	0.025	.831b	.691	.024
การสนับสนุนจากองค์กรด้านผลตอบแทน และสวัสดิการ	0.179	0.185	2.268	0.026	.842c	.709	.018
ค่าคงที่ 1.055 , F = 67.412, p – value<0.001 , R = 0.842 , R ² = 0.709 R ² _{Adj} = 0.698							

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อ
องค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่ง
หนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น ระหว่างพยาบาลที่มาจากรูปแบบ
การผลิตพยาบาลปกติ และ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จ
การศึกษาตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน เพื่อชุมชน
และโดยชุมชน พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยค่าเฉลี่ย ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล
วิชาชีพโครงการทั่วไป สูงกว่าความยึดมั่นผูกพันต่อ
องค์กรของพยาบาลวิชาชีพโครงการสร้างพยาบาลของ
ชุมชน เพื่อชุมชน และโดยชุมชน (p-value= 0.005, t=2.888
, Mean diff = 0.319) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดขอนแก่น ระหว่างพยาบาลที่มาจากรูปแบบการผลิตพยาบาลปกติ และ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จ
การศึกษาตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน เพื่อชุมชน และ โดยชุมชน

โครงการ	N	$\bar{x}$	SD	Mean diff	t	p-value	95% CI
โครงการปกติ	84	3.67	0.61	0.319	2.888	0.005	0.101 ถึง 0.538
โครงการสร้างพยาบาลของชุมชน	44	3.35	0.56				

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ระดับการสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ใน
จังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.09 คะแนน (S.D.=0.75) เนื่องมาจากการ
สนับสนุนจากองค์กรถูกกำหนดด้วย นโยบาย ทรัพยากร
รวมถึงความจำเป็น ความเร่งด่วน อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับ
องค์กรโดยรวม ในการบริหารจัดการ จึงทำให้ผล
การศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับผล
การศึกษาของการศึกษาของ สุมาลี ลารังสิต และประจักษ์
บัวพันธ์ (2557)¹⁰ พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีสัมพันธ์
ระดับปานกลางกับ การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดขอนแก่น แตกต่างจากการศึกษาของ พิมพ์รา สิงห
ภักดิ์ และประจักษ์ บัวพันธ์ (2557)³ พบว่า การสนับสนุน
จากองค์กรมีสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานการ
ปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ใน
จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมระดับความยึดมั่นผูกพัน
ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ที่ศึกษาภาพรวมอยู่ในระดับ

มากค่าเฉลี่ย 3.56 คะแนน(S.D. = 0.66) เนื่องจาก การอยู่รอดขององค์กร องค์กรจะบรรลุเป้าหมายและประสบความสำเร็จ การส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของสมาชิกนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะการที่สมาชิกมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูงนั้นจะบ่งชี้ถึง ความอยู่รอดและความมีประสิทธิภาพขององค์กรอีกด้วย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา พัทธรัตน์ และคณะ (2557)⁴ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง แตกต่างจากการศึกษาของ ปริญญา เนตรหาญ และคณะ (2557)² พบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ รุณี เอ็กซ์และรุณวายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

การสนับสนุนจากองค์กรพบว่าภาพรวมของปัจจัย การสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.817$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจาก การสนับสนุนจากองค์กรมีความสำคัญมากต่อการบริหารจัดการ และการดำเนินงานของบุคลากรในองค์กร จะขาดซึ่งปัจจัยสำคัญนี้ไม่ได้ จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพ์รา สิงหวิวัฒน์ และประจักษ์ บัวผัน(2557)³ พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรมีสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับสูง

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านความมั่นคงในการทำงาน ($P\text{-value} < 0.001$) คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านภูมิปัญญา(ในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล) ($P\text{-value} = 0.025$) และการสนับสนุนจากองค์กรด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ($P\text{-value} = 0.026$) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรสามารถพยากรณ์ความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัด

ขอนแก่น ได้ร้อยละ 70.9 เนื่องจาก การสนับสนุนจากองค์กรด้านความมั่นคงในการทำงาน นั้นทำให้ผู้ปฏิบัติงานมั่นใจในความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และความเป็นอยู่ในปัจจุบัน จึงทำให้มีความผูกพันต่อองค์กร ไม่ต้องการย้ายไปที่อื่น คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านภูมิปัญญา (ในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล) นั้น แสดงให้เห็นว่า เมื่อได้ปฏิบัติงานใกล้บ้านแล้ว ย่อมก่อให้เกิดความสะดวกในการเดินทางกลับบ้าน และได้อู่ใกล้ครอบครัว จึงเกิดความผูกพันต่อพื้นที่ และสถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนการสนับสนุนจากองค์กรด้านผลตอบแทนและสวัสดิการชี้ให้เห็นว่าหากมีผลตอบแทนและสวัสดิการที่ดี ย่อมส่งผลให้เกิดความรักความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีระวรรณ เหล่าวิวัฒน์ และประจักษ์ บัวผัน (2556)⁵ พบว่า ปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 50.4

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น ระหว่างพยาบาลที่มาจากรูปแบบการผลิตพยาบาลปกติ และ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน เพื่อชุมชน และโดยชุมชนพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ย ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโครงการทั่วไป สูงกว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน เพื่อชุมชน และโดยชุมชน ($p\text{-value} = 0.005$, $t = 2.888$, $\text{Mean diff} = 0.319$) อาจเนื่องมาจาก พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตใกล้เคียงโรงพยาบาลอยู่แล้ว แสดงว่าปัจจัยเหล่านี้ก็มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร เช่นกัน ซึ่งหากต้องการให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อ ควรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการ ค่าตอบแทน และสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากการปฏิบัติงานที่เหมาะสม และสอดคล้องกับสถานะเศรษฐกิจ (ศิรินทร์ทิพย์ บุญด้วยลาน และปรีชาภมล ข่าน, 2557)⁷

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาล และหน่วยงานต่างๆ ควรส่งเสริม และ
สร้างความมั่นคงในการทำงานให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดย
ใช้กระบวนการบริหารงานบุคคล เพื่อให้บุคลากรมีความ

ยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ให้มีความสำคัญกับการรับพยาบาล
วิชาชีพ ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการ
ปฏิบัติงาน สนับสนุนจากองค์กรด้านผลตอบแทนและ
สวัสดิการ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกมีความมั่นคงในการ
ปฏิบัติงาน และรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อองค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. นฤมล พิสุทธิมาน. แรงจูงใจที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุขที่ 12.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
2. ปริญา เนตรหาญ, อริ ชิวเกษมสุข และอารีย์วรรณ อ่วมธานี. ค่านิยมในงานและความยึดมั่น ผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสองรุ่น
อายุในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 320-330; 2557.
3. พิมพ์รา สิงห์วิวัฒน์ และประจักษ์ บัวผัน. การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักวิชาการ สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 8(3), 267-280; 2557.
4. รุจิรา พัทธกรวิ, ศักดิ์รินทร์หลิมเจริญและอัญชณาแจ่มแสงทอง. ปัจจัยที่มีวามสัมพันธ์และทำนายความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร
สาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้าจันทบุรี. 25(1), 64-77; 2557.
5. วีระวรรณ เหล่าวิทวัส และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น.
วารสารวิจัย มข.(บัณฑิตศึกษา), 13(2), 109-120; 2556.
6. วิจิตร ศรีสุพรรณ, และกฤษฎา แสงวดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการ
พยาบาล, 27(1), 5-12; 2555.
7. สิริพันธ์ทิพย์ บุญด้วยลาน, และปริยาภรณ์ ชำน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าผู้ปวยการ
ทำงานเป็นทีมกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯสยามบรมราชกุมารี.
วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(3), 56-69; 2557.
8. สภาการพยาบาล. แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2550 - 2559). นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2552.
9. สุนันทา ทองพัฒน์, และศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน ไบร์แมน. การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในการจัด การศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลชุมชน:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลน้ำพองและโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัด ขอนแก่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 8(4), 382-386 ; 2557.
10. สุมาลี ลารังสิต. การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. KRU Res
J, 14(3), 67-80 ; 2557.
11. อัญชลีพร อดายกุล, วิไลพร ขำวงษ์, และพรณิภา ทองณรงค์. การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในการ จัดการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาล
ชุมชน: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. วารสาร วิจัยระบบสาธารณสุข, 8(4), 375-381; 2557.
12. Cohen, J. Statistacal power analysis for behavior science. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
13. Mowday, T.R., Richard, M. S & Lyman, W. P. The measurement of organizational commitment. Journal of Vocational Behavior, 14(2), 224-247; 1979.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อยของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

FACTORS ASSOCIATED WITH UNDERWEIGHT CHILDREN AGED 3 TO 5 YEARS

LIVING IN NAMPONG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

เบญจา ลาหนองแคน¹, เบญจา มุกตพันธ์²

Benja Lanongkaen¹, Benja Muktabhant²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่างๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อยของเด็กอายุ 3 – 5 ปี ในพื้นที่เขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยวิธีศึกษาอ้อนหลังแบบ Unmatched case-control study ในกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักน้อยจำนวน 74 คน มีน้ำหนักปกติจำนวน 148 คน เก็บข้อมูลการบริโภคอาหารของเด็ก ความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆ การรับรู้ทางโภชนาการโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ทางโภชนาการมีค่าแอลฟาของครอนบาค 0.94 ประเมินภาวะโภชนาการเด็กโดยใช้น้ำหนักเทียบกับเกณฑ์อายุเป็นตัวชี้วัด เทียบกับเกณฑ์การเจริญเติบโตของเด็กไทย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างมิถุนายน – กรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อยของเด็กโดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก

กลุ่มตัวอย่างที่น้ำหนักน้อยและน้ำหนักปกติ เป็นเพศชายร้อยละ 51.4 และ 53.4 มีฟันผุร้อยละ 66.2 และ 45.3 ตามลำดับ ผู้ดูแลเด็กเป็นพ่อแม่เด็กร้อยละ 39.2 และ 56.8 ตามลำดับ ผู้ดูแลเด็กน้ำหนักน้อยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.3) จบชั้นประถมศึกษา ส่วนผู้ดูแลเด็กน้ำหนักปกติจบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาร้อยละ 61.5 ผู้ดูแลเด็กน้ำหนักน้อยมีการรับรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับร้อยละ 5.4 ขณะที่ผู้ดูแลเด็กน้ำหนักปกติมีการรับรู้ในระดับร้อยละ 24.3 ผู้ดูแลเด็กจัดอาหารให้เด็กโดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการร้อยละ 66.2 และ 95.3 สำหรับเด็กกลุ่มน้ำหนักน้อยและปกติ เด็กกลุ่มน้ำหนักน้อยและน้ำหนักปกติบริโภคขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 67.6 และ 44.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กที่จบระดับประถมศึกษา (OR_{adj} 2.92, 95%CI: 1.44, 5.91) แม่ตั้งครรภ์อายุ < 20 ปี (OR_{adj} 6.91, 95%CI: 2.50, 19.12) รายได้ของครัวเรือนน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (OR_{adj} 2.66, 95%CI: 1.25, 5.68) การรับรู้ความรู้ความถูกต้องการขาดสารอาหารระดับต่ำถึงปานกลาง (OR_{adj} 5.91, 95%CI: 1.72, 20.33) เด็กที่รับประทานอาหารน้อยกว่า 3 มื้อ/วัน (OR_{adj} 4.49, 95%CI: 1.15, 17.59)

คำสำคัญ : ภาวะน้ำหนักน้อย, การบริโภคอาหาร, เด็ก 3-5 ปี, ผู้ดูแลเด็ก

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze factors associated with underweight children aged 3 to 5 years living in Nampong District, Khon Kaen Province. The study design was an unmatched case-control analytical study. The case group was 74 of underweight children (UWC) and control group was 148 of normal weight children (NWC). The data of food consumption behavior, the frequency of food intake, and nutritional perception of children were collected by interview their caregivers using a structure questionnaire. Cronbach's alpha of the perception questionnaire was 0.74. The assessment of underweight children was analysed using weight for age as an index compare with Thai's growth standard. Data were collected June - July 2015. Factor associated with underweight children was analysed using multiple logistic regression.

The results showed that the groups of UWC during and NWC were male 51.4% and 53.4% respectively. They had caries 66.2% and 45.3%. Caregivers were their parents 39.2% and 56.8%. Majority (70.3%) of caregiver of UWC finished primary school level when 38.5% of those of NWC finished this level of education. Only 5.4% of caregivers of UWC had good level of nutritional perception but for NWC 24.3%. There are 66.2% and 95% of caregivers of UWC and NWC considered nutrition value of food provided for their children. However UWC and NWC ate high energy snacks 67.6% and 44.6%. There were many factors significantly affected underweight status of the children; primary school education level of parents (OR_{Adj} 2.92, 95%CI: 1.44, 5.91), mother's age during pregnancy < 20 years (OR_{Adj} 6.91, 95%CI: 2.50, 19.12), family's income < 10,000 baht/month (OR_{Adj} 2.66, 95%CI: 1.25, 5.68), perceived severity of undernutrition in low to moderate level (OR_{Adj} 5.91, 95%CI: 1.72, 20.33), and having meal less than 3 meals a day (OR_{Adj} 4.49, 95%CI: 1.15, 17.59).

¹ นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: pompambenja@gmail.com

² กลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้รับผิดชอบบทความ

Key word:underweight children, food consumption behavior, children aged 3 to 5 years ,caregivers

บทนำ

วัยเด็กต้องการอาหาร โปรตีน และ พลังงานสารอาหารมากกว่าวัยอื่น เพราะต้องใช้โปรตีนและพลังงานสารอาหารในการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ในอดีตการขาดอาหารในเด็ก หรือที่เรียกว่าการขาดโปรตีนและพลังงาน (Protein energy malnutrition) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในประเทศไทย หลังจากการแพทย์และการสาธารณสุขดีขึ้น ปัญหาดังกล่าวลดน้อยลง กลับเป็นว่าพบปัญหาโรคอ้วนตามแบบสังคมตะวันตกมากขึ้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ ปัญหาการขาดโปรตีนและพลังงานสารอาหารอาจกลับมาเป็นปัญหาของประเทศไทยอีก จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต นวัตกรรม ฝนแล้ง ปัญหาเศรษฐกิจของประชาชน การตกงาน การขาดความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก และการมีลูกในวัยรุ่นอาจทำให้การเลี้ยงดูเด็กไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานมากขึ้นอีก (อรุณี เจตศรีสุภาพ, 2555) ถึงแม้ในปัจจุบันแนวโน้มจะพบเด็กมีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้น แต่สถานการณ์เด็กไทยยังเผชิญกับปัญหาภาวะโภชนาการทั้งขาดและเกิน กล่าวคือเด็กในเมืองมีปัญหภาวะอ้วน ขณะที่เด็กในชนบทยังเผชิญกับภาวะโภชนาการต่ำ (ฉวีวรรณ เชาวลิติกุล, 2552) จากรายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย พ.ศ. 2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้านโภชนาการ พบเด็กมีน้ำหนักต่ำ กว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Underweight) ในเขตเทศบาลร้อยละ 3.9 นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 14.4 ภาวะเตี้ยแคระ (Stunting) ในเขตเทศบาล ร้อยละ 5.6 นอกเขตเทศบาลร้อยละ 25.7 จากข้อมูลนี้จะพบความแตกต่างของสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กในเมืองและชนบทอย่างชัดเจน จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีรายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการที่สอดคล้องกับลักษณะดังกล่าว โดยจากข้อมูลระบบรายงาน ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี ภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 11.9 ภาวะเตี้ยร้อยละ 12.1 และภาวะผอมร้อยละ 11.5 เมื่อแยกรายอำเภอจากรายงานการเฝ้าระวังภาวะทางโภชนาการ งวดที่ 4 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำพอง ปี พ.ศ. 2555 พบว่า เด็ก 3-5 ปี มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ

12.76 ภาวะเตี้ยร้อยละ 17.0 ภาวะผอมร้อยละ 10.04 ปีพ.ศ. 2556 มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 17.63 ภาวะเตี้ยร้อยละ 13.38 ภาวะผอมร้อยละ 12.5 และในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 15.34 ภาวะเตี้ยร้อยละ 14.0 ภาวะผอมร้อยละ 12.5 ซึ่งเป็นข้อมูลที่สูงกว่าข้อมูลระดับประเทศ ถึงแม้ว่าอำเภอเมืองน้ำพองเป็นลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบทแต่ยังพบปัญหาเด็กมีภาวะโภชนาการต่ำอยู่จำนวนมาก การที่ขนาดของปัญหาระดับโภชนาการต่ำสาเหตุอาจมาจากหลายปัจจัยทั้งการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง แต่จากการศึกษาของสถิตาเหมาะสมวรรณ (2547) พบว่าภาวะโภชนาการจะดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อาหาร ความรู้ในการเลี้ยงดู ด้านสุขภาพ อาชีพและการศึกษาของบิดา-มารดา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรและภาวะวิกฤติในครอบครัว และวิภา มะลา (2553) พบว่า การอบรมเลี้ยงดูด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ความรู้ทางด้านโภชนาการ และรายจ่ายด้านอาหารของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของเด็ก 3-5 ปี ในอำเภอเมืองน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนในการแก้ปัญหาโรคขาดสารอาหารในพื้นที่ต่อไป

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีความประสงค์ที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของเด็ก 3-5 ปี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางการพัฒนาแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการของก่อนวัยเรียนเพื่อให้เด็กไทยมีภาวะโภชนาการที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐาน อันเป็นพื้นฐานให้เด็กเติบโตได้เต็มศักยภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่างๆที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อย ของเด็กอายุ 3 – 5 ปี ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) โดยวิธีศึกษาย้อนหลังแบบ Unmatched case-control study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อยในเด็กอายุ 3 – 5 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น การศึกษานี้เป็นเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) โดยวิธีศึกษาย้อนหลังแบบ Unmatched case-control study โดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติก (Logistic regression) วิธีการคำนวณพิจารณาจากรูปแบบการวิจัย และจากวิธีทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha} \left[\sqrt{\left(1 + \frac{1}{c}\right) P_1 q_1} + Z_{\beta} \sqrt{P_1 q_1 + \frac{P_0 q_0}{c}} \right]^2}{(P_1 - P_0)^2}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยพิจารณาจากตัวแปรอิสระตัวแปรเดียว (Invariable) ได้ขนาดตัวอย่างประมาณ 38 คน แต่ในกรณีนี้ ผู้วิจัยมีตัวแปรอิสระมากกว่าหนึ่งตัว ดังนั้นจึงปรับขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง (Hsieh et al., 1998) ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - \rho^2)_{23, p}}$$

เมื่อแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรการออกนอกพื้นที่กับตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่ศึกษาทั้งหมด ด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่างให้ได้มาที่เหมาะสม ประกอบกับความเป็นไปได้ในการทำวิจัยให้สำเร็จสมเหตุสมผลกับเป็นกลุ่มตัวอย่างของพื้นที่ อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยจึงเลือกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.7 จะได้ขนาดตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 74 คน โดยการศึกษาครั้งนี้ให้อัตราส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเป็น 1 : 2 เพราะฉะนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 148 คน รวมเป็นขนาดตัวอย่างทั้งหมด 222 คน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการมีจริยธรรมการวิจัย ยึดหลักจรรยาบรรณและเคารพในความเป็นมนุษย์ วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE58202 แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินภาวะโภชนาการ

ตอนที่ 1 ข้อมูลบุคคลและภาวะสุขภาพของเด็ก ประกอบด้วยอายุเพศ ลำดับบุตร การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ การมีโรคประจำตัว โรคพันธุ

ตอนที่ 2 ข้อมูลของผู้ดูแลเด็กประกอบด้วย จำนวนบุตร รายได้ครัวเรือนต่อเดือน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อายุแม่ตอนตั้งครรภ์ สถานภาพสมรสของผู้ดูแลเด็ก โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบหรือเติมข้อความ

ตอนที่ 3 การบริโภคอาหารของเด็ก ประกอบด้วยจำนวนมื้ออาหารการรับประทานนม

ตอนที่ 4 ความถี่ในการรับประทานอาหารชนิดต่างๆของเด็ก มี 4 ระดับ คือ ไม่กิน ครั้งต่อวัน ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งต่อเดือน

ตอนที่ 5 การรับรู้ด้านโภชนาการเด็ก ของผู้ดูแลเด็ก ในข้อคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ 5 ตัวเลือกตามแบบการวัดการประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การแบ่งระดับการรับรู้ นำคะแนนรวมของการรับรู้รายด้านมาแบ่งระดับเป็น การรับรู้ด้านโภชนาการระดับดี ปานกลาง และต่ำ กำหนดเป็นช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย (Best, 1981) ดังต่อไปนี้

ระดับ	คะแนน
ระดับดี	3.67 – 5.00
ระดับปานกลาง	2.34 – 3.66

ระดับต่ำ 1.00 – 2.33

แบบชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงและประเมินฟันผุ โดยผู้วิจัยเอง เพื่อการประเมินภาวะโภชนาการทางตรง คือ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ โดยมีเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักแบบสปริงมีค่าความละเอียด 0.1 กิโลกรัม และเครื่องวัดส่วนสูง อ่านค่าความละเอียดของการวัด 0.1 เซนติเมตรซึ่งประเมินโดยผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการหาความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบขั้นต้น (Try out) ส่วนการรับรู้การบริโภคอาหาร โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ โดยผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ มีค่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Univariate Analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของเด็ก 3-5 ปี โดยใช้การทดสอบทางสถิติด้วยไครสแควร์ (Chi-Square) Crude OR และ 95% CI of OR ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate Analysis) โดยใช้สูตรการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regressions) Adjusted OR และ 95% CI of OR เพื่อใช้การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของเด็ก ข้อมูลผู้เลี้ยงดูเด็กและมารดา การบริโภคอาหารของเด็ก การรับรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลเด็ก และตัวแปรตาม คือภาวะน้ำหนักน้อย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กอายุ 3-5 ในกลุ่มน้ำหนักน้อย (Case) และ กลุ่มน้ำหนักปกติ (Control) ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กอายุ 3-5 ปี อำเภอป่าพอง จังหวัด ขอนแก่น จำนวน 222 คน แบ่งเป็น กลุ่มน้ำหนักน้อย 74 คน และกลุ่ม

น้ำหนักปกติ 148 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.4 และ 53.4 ตามลำดับ น้ำหนักเด็กแรกเกิดในกลุ่มน้ำหนักน้อย มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 13.5 และในกลุ่มน้ำหนักปกติไม่พบเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม กลุ่มตัวอย่างอายุ 3 ปี ร้อยละ 46.0 และ 35.8 ตามลำดับเป็นบุตรคนแรกร้อยละ 52.7 และ 64.2 ตามลำดับได้ค่าใช้จ่าย (ค่าขนม) ต่อวัน ในกลุ่มน้ำหนักน้อย ตั้งแต่ 11 ถึง 20 บาท ร้อยละ 50 และกลุ่มน้ำหนักปกติ ได้ค่าใช้จ่าย (ค่าขนม) ต่อวัน ตั้งแต่ 21 ถึง 30 บาท ร้อยละ 48.6 เด็กส่วนใหญ่ไปศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลทั้ง 2 กลุ่ม ร้อยละ 81.1 และ 90.5 ตามลำดับผู้ดูแลเด็กในกลุ่มน้ำหนักน้อย มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 29.7 และในกลุ่มน้ำหนักปกติ อายุของแม่ตอนตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 40.5 จำนวนบุตรของแม่เด็ก ส่วนใหญ่มีจำนวน 1 คน ร้อยละ 46.0 และ 54.1 ตามลำดับดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กอายุ 3-5 ปี ในกลุ่มน้ำหนักน้อย และ กลุ่มน้ำหนักปกติ ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.5 และร้อยละ 94.6 ตามลำดับความสัมพันธ์กับเด็ก ในกลุ่มน้ำหนักน้อย ส่วนใหญ่เป็น ปู่/ย่า/ตา/ยาย/ลุง/ป้า/น้า/อา/อื่นๆ ร้อยละ 60.8 และกลุ่มน้ำหนักปกติ ส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่ ร้อยละ 56.8 ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มน้ำหนักน้อยมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ประถมศึกษา ร้อยละ 70.3 ส่วนกลุ่มที่มีน้ำหนักปกติผู้ดูแลเด็กมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา เพียงร้อยละ 38.5 อายุแม่ตอนตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อายุ 21-34 ปี ร้อยละ 50.0 และ ร้อยละ 86.5 ตามลำดับ ผู้ดูแลเด็กมีอาชีพเป็นแรงงานรับจ้าง ร้อยละ 47.3 และ 25.7 ตามลำดับครอบครัวของเด็กมีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.7 และ 85.8 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

2. การบริโภคอาหารของเด็กอายุ 3-5 ปี ในกลุ่มน้ำหนักน้อยและ กลุ่มน้ำหนักปกติ เด็กกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มน้ำหนักน้อย และ กลุ่มน้ำหนักปกติ) ส่วนใหญ่รับประทานอาหาร 3 มื้อขึ้นไป ร้อยละ 87.8 และ 97.3 ตามลำดับผู้ปกครองเด็กที่มีน้ำหนักน้อยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการร้อยละ 66.2 ในขณะที่ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กปกติ คำนึงคุณค่าทางอาหารถึงร้อยละ 95.3 การเลือกโดยไม่

คำนึงถึงสีส้มของอาหารร้อยละ 66.2 และ 50.7 ตามลำดับ
คำนึงถึงรสชาติของอาหารร้อยละ 70.3 และ 68.2 ตามลำดับ
ไม่คำนึงถึงความสะดวกของอาหารในกลุ่มน้ำหนักร้อยละ
เกณฑ์ร้อยละ 56.8 และคำนึงถึงความสะดวกของอาหารใน
กลุ่มน้ำหนักปกติร้อยละ 79.0 เด็กส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรม
ชอบอมข้าวคิดเป็นร้อยละ 73.0 และ 82.4 ตามลำดับ เด็กที่มี
น้ำหนักน้อยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารน้อย
เพราะหิวเล่นร้อยละ 91.9 ในขณะที่มีพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารได้ดี ร้อยละ 35.1 ส่วนเด็กที่มีน้ำหนัก
ปกติมีพฤติกรรมรับประทานอาหารน้อยเพราะหิวเล่น
ร้อยละ 46.0 และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารได้ดี
ร้อยละ 83.8 เมื่อเด็กรับประทานน้อยผู้ปกครองเด็กน้ำหนัก
น้อย ชี้อาหารให้กิน ร้อยละ 40.5 ส่วนผู้ปกครองเด็กน้ำหนัก
ปกติ จะให้เด็กดื่มนมร้อยละ 54.7 ดังแสดงรายละเอียดใน
ตารางที่ 3

3. ภาวะสุขภาพของเด็กอายุ 3-5 ปี ในกลุ่มน้ำหนัก
น้อยและ กลุ่มน้ำหนักปกติ ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่ม
น้ำหนักน้อย และ กลุ่มน้ำหนักปกติ)ส่วนใหญ่ไม่มีโรค
ประจำตัวร้อยละ 87.8 และ 96.6 ตามลำดับ ในกลุ่มน้ำหนัก
น้อยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยจากติดเชื้อเฉียบพลัน (ภายใน 1
เดือน) ร้อยละ 60.8 ส่วนในกลุ่มน้ำหนักปกติมีการเจ็บป่วย
จากติดเชื้อเฉียบพลัน (ภายใน 1 เดือน) ร้อยละ 28.4 ไม่มี

ตาราง 1 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate analysis) กับภาวะน้ำหนักน้อยของเด็กอายุ 3-5 ปี

ปัจจัย	Adj. OR	95%CI	p-value
ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็ก			0.003
สูงกว่าประถมศึกษา	1		
ประถมศึกษา	2.92	1.44 – 5.91	
อายุแม่อ่อนตั้งครรภ์ (ปี)			<0.001
≥20 ปี	1		
< 20 ปี	6.91	2.50 – 19.12	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน			0.011
≥ 10,000 บาท	1		
< 10,000 บาท	2.66	1.25 – 5.68	
การรับประทานอาหาร(มือ)			0.031
3 มื้อขึ้นไป	1		
น้อยกว่า 3 มื้อ	4.49	1.15 – 17.59	
การรับรู้ความรุนแรงต่อการขาดสารอาหาร			0.005
ระดับดี	1		
ระดับปานกลาง/น้อย	5.91	1.72 – 20.33	

อาการท้องเสีย ภายใน 1 เดือน ร้อยละ 89.2 และ 97.3
ตามลำดับ ในกลุ่มน้ำหนักน้อยมีภาวะฟันผุ คิดเป็นร้อยละ
66.2 และฟันผุมากกว่า 3 ซี่ ร้อยละ 52.7 ส่วนกลุ่มน้ำหนัก
ปกติมีฟันผุ ร้อยละ 45.3 และส่วนใหญ่ร้อยละ 78.4 มีฟันผุ
น้อยกว่า 3 ซี่

4. ระดับการรับรู้ด้านโภชนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ของ
ผู้ดูแลเด็ก ในกลุ่มน้ำหนักน้อย (Case) และ กลุ่มน้ำหนัก
ปกติ (Control) การรับรู้ด้านโภชนาการเด็กเมื่อจำแนกเป็น
รายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักน้อยมีการรับรู้
โอกาสเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ
24.3 ในขณะที่กลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักปกติอยู่ในระดับน้อย
ร้อยละ 3.4 และผู้ดูแลเด็กกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักน้อยมีการ
รับรู้ความรุนแรงต่อการขาดสารอาหารอยู่ในระดับน้อยร้อย
ละ 16.2 ในขณะที่กลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักปกติมีการรับรู้ระดับ
ดีร้อยละ 8.8 และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการ
ป้องกันและรักษาการขาดสารอาหารของผู้ดูแลเด็กในกลุ่ม
น้ำหนักน้อยอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 5.4 ในขณะที่กลุ่มเด็ก
ที่มีน้ำหนักปกติไม่มีคนที่มีการรับรู้

5. ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate
analysis) กับภาวะน้ำหนักน้อยของเด็กอายุ 3-5 ปี ด้วย
สถิติ Multiple logistic regression

การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก Multivariate analysis โดยการชั่งตอกลูกตัวแปร จากการคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น โดยพิจารณาจากองค์ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักน้อยของเด็กอายุ 3-5 ปี มีตัวแปรที่เข้ามามีผล 13 ตัวแปรได้แก่ การเจ็บป่วยจากติดเชื้อเฉียบพลัน(ภายใน 1 เดือน)ภาวะฟันผุอายุผู้ดูแลเด็ก (ปี) อายุแมตตอนตั้งครรภ์ (ปี) ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก อาชีพของผู้ดูแลเด็ก รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การรับประทานอาหาร(มื้อ) การคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร การรับรู้ความรุนแรงต่อการขาดสารอาหาร และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันและรักษาการขาดสารอาหาร เมื่อผ่านการชั่งตอกลูกตัวแปรแล้ว เหลือตัวแปรอยู่ในโมเดลสุดท้าย จำนวน 5 ตัวแปร โดยพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเด็กที่มีน้ำหนักน้อยเป็น 2.92 เท่า ผู้ดูแลเด็กที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ($OR_{Adj.} 2.92, 95\%CI: 1.44- 5.91$) แมตตอนตั้งครรภ์ตอนอายุ < 20 ปีมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเด็กที่มีน้ำหนักน้อยเป็น 6.91 เท่าของ แมตตอนตั้งครรภ์ตอนอายุ ≥ 20 ปี ($OR_{Adj.} 6.91, 95\%CI: 2.50, 19.12$) รายได้ของครัวเรือนที่ < 10,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเด็กที่มีน้ำหนักน้อยเป็น 2.66 เท่าของ ครัวเรือนที่มีรายได้ $\geq 10,000$ บาท ($OR_{Adj.} 2.66, 95\%CI: 1.25- 5.68$) และกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการขาดสารอาหารในระดับปานกลางและน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเด็กที่มีน้ำหนักน้อยเป็น 5.91 เท่าของกลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับดี ($OR_{Adj.} 5.91, 95\%CI: 1.72- 20.33$) เด็กที่รับประทานอาหารน้อยกว่า 3 มื้อมีโอกาเสี่ยงต่อการมีเด็กที่มีน้ำหนักน้อยเป็น 4.49 เท่าของเด็กที่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ($OR_{Adj.} 4.49, 95\%CI: 1.15, 17.59, p\text{-value } 0.031$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

สรุปและอภิปรายผล

การบริโภคอาหารของเด็ก ผู้ดูแลเด็กจัดอาหารให้เด็กโดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการเด็กกลุ่มน้ำหนักน้อยและปกติ ร้อยละ 66.2 และ 95.3 และบริโภคขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 67.6 และ 44.6เด็กที่มีน้ำหนักน้อยมี

พฤติกรรมรับประทานอาหารน้อยเพราะหิวเล่น ร้อยละ 91.9 ส่วนเด็กที่มีน้ำหนักปกติ ร้อยละ 46.0 เด็กที่มีน้ำหนักน้อยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดี ร้อยละ 35.1 ขณะที่เด็กน้ำหนักปกติ ร้อยละ 83.8 การจัดการเมื่อเด็กรับประทานได้น้อยผู้ปกครองเด็กน้ำหนักน้อยซื้อขนมให้กิน ร้อยละ 40.5 ขณะที่เด็กปกติร้อยละ 29.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรธนา พิทักษ์(2555)² พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มอายุ 4-5 ปี สามารถเลือกซื้ออาหารได้ด้วยตนเอง ทำให้มีโอกาสเลือกซื้ออาหารที่ไม่เหมาะสมมารับประทาน เช่น ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม อาหารที่มีรสหวานหรือเค็ม รวมทั้งอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการต่างๆทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการต่ำ

ภาวะสุขภาพของเด็ก เด็กที่มีการเจ็บป่วยจากติดเชื้อเฉียบพลัน(ภายใน 1 เดือน)ในกลุ่มน้ำหนักน้อยร้อยละ 60.8 ในกลุ่มปกติ ร้อยละ 28.4 เด็กน้ำหนักน้อยเป็นหวัดภายใน 1 เดือน ร้อยละ 52.7 ในขณะที่กลุ่มปกติ ร้อยละ 26.4 และเด็กน้ำหนักน้อยท้องเสียภายใน 1 เดือน ร้อยละ 10.8 ส่วนเด็กน้ำหนักปกติท้องเสีย ร้อยละ 2.7 เด็กที่ไม่สบาย ส่วนมากความอยากอาหารจะลดลง และกินได้น้อยลง ความเจ็บป่วยจึงส่งผลต่อการที่จะได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายสอดคล้องกับการศึกษาของ พูลธรรณ เชื้อวดี(2544)พบว่าในช่วงที่เด็กเจ็บป่วยแต่ละครั้งนั้น จะมีผลทำให้เด็กไม่รับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติทำให้เด็กผอมลงในช่วงนั้น แต่เมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว เด็กก็จะรับประทานอาหารได้ตามปกติ และสภาพร่างกายเด็กก็จะกลับมาเป็นเหมือนเดิม เด็กที่มีน้ำหนักน้อยมีภาวะฟันผุ ร้อยละ 66.2 ในขณะที่กลุ่มปกติร้อยละ 45.3 และเด็กที่มีน้ำหนักน้อยมีฟันผุ 3 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 52.7 ในขณะที่เด็กน้ำหนักปกติ ฟัน 3 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 21.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตรา รังสิยารานนท์(2548) ที่พบว่าฟันผุเป็นสาเหตุทำให้เด็กได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ส่งผลถึงการรับประทานอาหาร อาจเป็นสาเหตุให้เด็กมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ นอกจากนี้ยังบ่งบอกถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสหวานและการดูแลสุขภาพฟันที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิสาข

ด้วงคำจันทร์(2547)พบว่า การบริโภคขนมของเด็กมีผลทำให้เด็กฟันผุและกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็กได้

การรับรู้ด้านโภชนาการของผู้เลี้ยงดูเด็ก การรับรู้ด้านโภชนาการเด็กกลุ่มปกติมีการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดีมากกว่ากลุ่มน้ำหนักน้อย ร้อยละ 24.3 และ ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารของผู้ดูแลเด็กเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ กลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีน้ำหนักน้อย พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารอยู่ในระดับน้อยได้แก่ เด็กไม่ควรกินกับข้าวมาก เพราะจะทำให้เป็นซาง และ การเดินไป เล่นไป กินไป ทำให้เด็กกินอาหารได้มากขึ้น คล้ายคลึงกับการศึกษาของพิชญ อุตตมะเวทินและคณะ(2543) กล่าวว่า ความเชื่อในการบริโภคอาหาร การให้อาหารที่ไม่เหมาะสมกับวัย พฤติกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ปฏิบัติจนเป็นวัฒนธรรมการบริโภค ผลการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ปัญหา ส่งผลกระทบต่อการเลี้ยงเด็กด้านโภชนาการ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันและรักษาการขาดสารอาหารของผู้ดูแลเด็กเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีน้ำหนักน้อยมีค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันและรักษาการขาดสารอาหารอยู่ในระดับน้อยคือ เวลาเด็กเป็นแผลไม่ควรกินไข่ เพราะจะทำให้แผลหายช้า ในขณะที่กลุ่มน้ำหนักปกติมีค่าคะแนนระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิสาขา ด้วงคำจันทร์(2547) พบว่าปัจจัยด้านวัฒนธรรมเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการบริโภคอาหารส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก เช่น เชื่อเรื่องอาหารแสลงบางอย่างขณะเจ็บป่วย โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เชื่อว่าจะทำให้ผิผิว ใ้ การงดหรือจำกัดปริมาณอาหาร ในขณะที่เจ็บป่วยส่งผลให้เด็กได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความจำเป็นของร่างกาย อาจส่งผลให้อาการเจ็บป่วยนั้นเรื้อรัง และส่งผลต่อสุขภาพเด็กได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักน้อยของเด็ก 3-5 ปี อายุแม่ตอนตั้งครรภ์ < 20 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักน้อย เป็น 6.91 เท่าของแม่ที่ตั้งครรภ์ตอนอายุ ≥ 20 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสิทธิ์ เจริญจิตร

และคณะ(2556)¹ พบว่าอายุของแม่ตอนตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ภาวะเด็กมีโอกาสดลดลงร้อยละ 36.0 ($OR_{Adj.}$ 0.67, 95%CI: 0.55 ,1.81) และภาวะผอมมีโอกาสดลดลงร้อยละ 41.0 ($OR_{Adj.}$ 0.59, 95%CI: 0.46 ,1.76) ซึ่งในปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาหนึ่งที่เป็นต้นเหตุของปัญหาอื่น เพราะเป็นวัยที่ยังต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น ไม่มีความพร้อมด้านสรีระร่างกาย อาชีพและรายได้ จึงควรมีการป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ในวัยนี้ ในทำนองเดียวกันเมื่อพิจารณาการศึกษาของผู้ที่ดูแลเด็กเป็นหลัก พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักน้อยเป็น 2.92 เท่า ของผู้ดูแลเด็กที่มีการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา ปัจจัยทางการศึกษามีความสำคัญและสัมพันธ์ไปกับปัจจัยอื่น จากการศึกษาพบว่า รายได้ของครัวเรือน < 10,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเด็กที่มีน้ำหนักน้อยเป็น 2.66 เท่าของครัวเรือนที่มีรายได้ ≥ 10,000 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา มะลา(2553) พบว่า รายจ่ายด้านอาหารของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน เด็กที่การรับประทานอาหารน้อยกว่า 3 มื้อมีโอกาสดต่อการมีภาวะน้ำหนักน้อย เป็น 4.49 เท่าของเด็กที่การรับประทานอาหาร 3 มื้อขึ้นไปเมื่อเด็กรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อเด็กจะได้รับปริมาณและคุณค่าทางอาหารน้อย ส่งผลต่อการได้รับอาหารไม่ครบถ้วนสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรธยา พิทักษ์(2555)² พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยจะมีข้อจำกัดตามดัชนีชี้วัดการขาดแคลนอาหารมากกว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติได้แก่ เด็กถูกจำกัดชนิดและปริมาณอาหารเนื่องจากอาหารไม่เพียงพอหรือไม่มีเงินซื้อ กลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการขาดสารอาหารในระดับปานกลางและน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเด็กที่มีน้ำหนักน้อยเป็น 5.91 เท่าของกลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ พูนชรพรรณ เชียวดี (2544) ผู้ดูแลเด็กไม่ยอมรับว่าเด็กมีภาวะขาดสารอาหาร ตามการระบุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วรรณภา ศรีบุญรัตน์ (2540) การรับรู้เรื่องสุขภาพอนามัยกับภาวะโภชนาการเนื่องจากให้ความหมายของโรคขาดสารอาหารแตกต่างจากการให้ความหมายทางการแพทย์ในปัจจุบัน เด็กตัวเล็ก

หรือพอมเกิดจากกรรมพันธุ์ รับประทานอาหารน้อย ขาง
ซึ่งภาวะที่เด็กตัวเล็ก พอมนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อเด็ก

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากภาวะน้ำหนักน้อยของเด็กก่อนวัยเรียน
เป็นผลโดยตรงจากระดับการศึกษา รายได้รวมถึงแม่ที่อายุ
น้อยและการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง หน่วยงานด้านสาธารณสุข
ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้โภชนาการเด็กด้านต่างๆ
เช่น หลักการให้อาหารสำหรับเด็กโดยคำนึงถึงคุณค่าทาง
โภชนาการ การแก้ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
ที่ไม่ถูกต้องสุขภาพช่องปาก และการรับรู้ที่ถูกต้องสร้าง
ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิด การรับรู้ด้าน

โภชนาการที่มีความสอดคล้องกับหลักโภชนาการโดย
หน่วยงานด้านสาธารณสุขโดยเน้นในกลุ่มผู้ดูแลเด็กอายุ
น้อย ระดับการศึกษาต่ำ และรายได้น้อย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้นำหมู่บ้านในเขตอำเภอ
น้ำพอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอน้ำพองทั้ง
18 แห่ง รองศาสตราจารย์เบญญา มุกตพันธุ์และกลุ่มวิจัย
การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือและที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณผู้ปกครอง
กลุ่มเด็ก3-5ปี ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- 1.ประสิทธิ์ เขจรจิตร นิภาพร ชูติมนต์ และบังอร กุมพล. (2556).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการต่ำของเด็กก่อนวัยเรียน ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 ก.ค.- ก.ย.56[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://www.thailand.digitaljournals.org/index.php/KKPHR/article/download/.../2415>[7 พฤศจิกายน 2558].
- 2.วัชรระยา พิทักษ์. ความมั่นคงด้านอาหารและภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ที่อาศัยอยู่ใน ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการสาธารณสุข]. ขอนแก่น: บัณฑิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.

ปัจจัยด้านการยศาสตร์และจิตวิทยาสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของคนทำไร่อ้อย
จังหวัดนครราชสีมาErgonomics and Psychosocial Factors Related to Back Pain among Sugarcane Workers in
Nakhonratchasima Provinceสมบุญ จิตต์พิมาย¹, วงศา เล้าหศิริวงศ์²Somboon Jitphimai¹, Wongsala Laohasiriwong²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของอาการปวดหลังและความสัมพันธ์ของปัจจัยการยศาสตร์และจิตวิทยาสังคมกับการปวดหลังของคนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 413 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินความเครียดและแบบสอบถามมาตรฐานนอร์ดิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยพิจารณาว่า ความชุกของการปวดหลังของคนทำไร่อ้อยในรอบ 7 วันและ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 68.04 (95%CI: 63.52-72.55) และร้อยละ 66.83 (95%CI: 62.26-71.38) และปัจจัยจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ความเครียดระดับสูงถึงระดับรุนแรง (adjusted OR=3.34; 95 % CI: 2.15-5.19) ปัจจัยการยศาสตร์ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงทำงาน (adjusted OR=2.32; 95 % CI: 1.50-3.59) และการทำงานท่าทางเดิมเป็นเวลานาน (adjusted OR=2.15; 95 % CI: 1.18-3.19) รวมทั้งปัจจัยอื่น ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ (adjusted OR=2.46; 95 % CI: 1.44-4.18) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (adjusted OR=2.23; 95 % CI: 1.16-4.67) มีความสัมพันธ์กับการปวดหลัง

คำสำคัญ: การยศาสตร์, จิตวิทยาสังคม, การปวดหลังของคนทำไร่อ้อย

Abstract

The aim of this cross sectional study was to determine the prevalence of back pain and the relationship between ergonomics and psychosocial factors with the back pain among sugarcane workers. Multistage random sampling was applied to select 413 sugarcane workers who have lived in Nakhon Ratchasima province, Thailand. The Suanprung Stress test and the Standardized Nordic questionnaire were used to collect data. Both descriptive statistics, and multiple logistic regressions were used for data analysis. The results indicated that the prevalence of back pain within the past 7 days and the past 12 months before the interview among sugarcane workers were 68.04% (95%CI= 63.52-72.55) and 66.83% (95%CI= 62.26-71.38) respectively. Psychosocial factors of which, high to severe levels of stress were found associated with back pain (adjusted OR =3.34; 95 % CI: 2.15-5.19), as well as an agronomic factors including working hour more than 8 hours per day (adjusted OR =2.32; 95 % CI: 1.50-3.59), and repetitive motion while working (adjusted OR =2.15; 95 % CI: 1.18-3.19). Other factors that were significantly associated with back pain among sugarcane workers were alcohol drinking (adjusted OR =2.46; 95 % CI: 1.44-4.18), family monthly income fewer than 30,000 baht (adjusted OR =2.23; 95 % CI: 1.16-4.67).

Keywords: Ergonomics, Psychosocial, Back Pain among Sugarcane Workers

¹นักศึกษาลัทธิศาสตรสาธนะสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารงานสาธนะสุข) คณะสาธนะสุขศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²อาจารย์คณะสาธนะสุขศาสตร ศูนย์วิจัย ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกอ้อยทั้งหมด 10,530,927 ไร่ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพื้นที่ในการปลูกอ้อยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.36 ในจังหวัดนครราชสีมาพื้นที่ปลูกอ้อย 657,282 ไร่มากเป็นลำดับที่ 5 ของประเทศ⁽¹⁾ คนทำงานไร่อ้อยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่พบมีสาเหตุเกิดจากปัจจัยด้าน การยศาสตร์ ประกอบด้วยขั้นตอนการทำงานหรือลักษณะงานที่มีกระบวนการทำงานที่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการปวดหลังได้แก่ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ท่าทางการทำงานซ้ำซาก กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก และการทำงานท่าเดิมเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงสร้างรวมถึงความผิดปกติบริเวณหลังส่วนล่าง บริเวณไหล่และบริเวณหลังส่วนบน^(2,3) นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุที่สำคัญของอาการปวดหลังจากการทำงานอีกประการหนึ่ง เป็นผลมาจากปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ความกดดันและสภาพแวดล้อมในการทำงานคือ ระยะเวลาในการทำงานและความเครียด โดยพบว่า ระยะเวลาในการทำงานที่ติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยคนที่ทำงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มีโอกาสเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างเป็น 2.06 เท่า (95%CI = 1.01 – 4.45) และสำหรับการทำงานมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ มีโอกาสเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างเป็น 1.80 เท่า (95%CI = 1.23 – 2.62)⁽⁴⁾ และความต้องการปริมาณงานมาก รวมถึงความพยายามทำงานเพื่อให้ได้งานในปริมาณมากตามความต้องการของนายจ้าง⁽⁵⁾ สำหรับความเครียดจากทำงานส่งผลให้เกิดการหดตัวเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนของร่างกายทำให้มีผลต่อการการปวดกล้ามเนื้อ โดยคนที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าจ้างและราคาอ้อยที่ไม่เป็นธรรมเกิดความผิดปกติของระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อเป็น 1.80 เท่า (95%CI = 1.02 -3.16)⁽⁶⁾ จากสถิติอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 อันดับแรก โรคระบบกล้ามเนื้อรวมทั้งโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม พ.ศ.2555-2557 พบว่ามีอัตราป่วย 333.39 , 354.91 และ 351.66 (อัตราต่อประชากร 1,000 คน)ตามลำดับ ซึ่งสูงเป็นอันดับ 4 ของ

ประเทศ⁽⁷⁾ สำหรับจังหวัดนครราชสีมา พบว่า โรคระบบกล้ามเนื้อรวมทั้งโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม พ.ศ.2555-2557 อัตราป่วย 88.63, 355.12 และ 389.37 (อัตราต่อประชากร 1,000 คน)ตามลำดับ⁽⁸⁾ เมื่อพิจารณาพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะกลุ่มอาการปวดหลัง จากการผลึกษาอาการปวดหลังในคนทำไร่อ้อยที่ผ่านมาผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่และผลการศึกษา inconclusive และยังไม่มีการศึกษาในคนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมาซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย สมรรถนะในการทำงานลดลง รวมถึงรายได้ และคุณภาพชีวิตของคนทำงานทำไร่อ้อย จึงสนใจศึกษาปัญหาการปวดหลัง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาสตร์และจิตวิทยาสังคมกับการปวดหลังของคนทำงานไร่อ้อย รวมถึงหามาตรการหรือแนวทางในการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้คนทำงานไร่อ้อยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อหาความชุกของการปวดหลังของคนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาสตร์และจิตวิทยาสังคมกับการปวดหลังของคนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษา **เชิงสำรวจ** แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 18-59 ปี ที่ประกอบอาชีพทำงานไร่อ้อยอาศัยในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 413 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นคนที่ทำไร่อ้อยและมีระยะเวลาทำไร่อ้อยไม่น้อยกว่า 1 ปี 2)

อายุ 18-59 ปี 3) สามารถสื่อสารได้ 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่
ทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria) 1) ผู้มี
ประวัติโรคหรือผู้ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็น
โรคเกาต์โรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์โรคกระดูกพรุนโรคข้อ
เสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่อง
หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม หมอนรองกระดูกสันหลัง
เคลื่อนทับเส้นประสาท มีความพิการแต่กำเนิดหลังคด
หลังค่อม เนื้องอก มะเร็งกระดูก การติดเชื้อได้อักเสบ
กรวยได้อักเสบ 2) หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไป
หลังคลอดไม่เกิน 1 เดือน 3) เคยได้รับอุบัติเหตุต่อระบบ
โครงร่างและกล้ามเนื้อและเคยได้รับการผ่าตัดรักษาโรค
ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และ 4) ไม่สมัครใจเข้าร่วม
โครงการ

ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (sample) คำนวณโดยใช้สูตร
คำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับกรณีวิเคราะห์หา
ความสัมพันธ์ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic
regression(Hsieh, et al, 1998)ดังนี้

$$n_1 = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

$$n_1 = 117.61 \approx 118 \text{ คน}$$

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์หาปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการปวดหลังจากการทำงานของคนทำไร่อ้อย
มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายตัว จึงทำการ
ปรับขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ Multiple logistic
regression⁽⁹⁾ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho^2_{1,2,3,\dots,p}}$$

ผู้วิจัยเลือก $\rho = 0.4$ ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว
เท่ากับ 328 คน ดังนั้น เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างเพียง
พอที่จะตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการปรับ
ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 413 เพื่อให้จำนวน
ตัวอย่างเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากมีตัวแปร
อิสระที่จะนำเข้า model หลายปัจจัย

การสุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบ Multi-stage
random sampling ดังนี้ **ขั้นที่ 1** ทำการเรียงลำดับตำบลตาม
รหัสตำบลของกรมการปกครองของแต่ละอำเภอที่มีพื้นที่
ทำไร่อ้อยซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 27 อำเภอจากนั้นทำการสุ่ม
ตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อ
สุ่มเลือกตัวแทนของตำบลทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา
(ได้จำนวน 5 ตำบล) **ขั้นที่ 2** พิจารณาคนทำไร่อ้อย ที่มี
คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า /คัดออก ที่กำหนด
จากนั้นทำเรียงลำดับรายชื่อคนทำไร่อ้อย **โดยเรียง
ตามลำดับบ้านเลขที่ในหมู่บ้าน**ตามทะเบียนราษฎร และทำ
การสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling)
ตามจำนวนขนาดตัวอย่างและสัดส่วนที่คำนวณได้ในแต่ละ
หมู่บ้านจนครบ 413 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม
ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** **คุณลักษณะส่วนบุคคล**
เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติม
ข้อความประกอบด้วย เพศอายุ ค่าดัชนีมวลกายระดับ
การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ความ
เพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง
ส่วนที่ 2 **แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์**
ประกอบด้วย ทำางการทำงานที่ไม่เหมาะสมท่าทางการ
ทำงานซ้ำซาก กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก และการทำงานท่า
เดิมเป็นเวลานาน **ส่วนที่ 3** **ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม**
ในส่วนระดับความเครียดของคนทำไร่อ้อยใช้แบบวัด
ความเครียดสวนปรุงกรมสุขภาพจิต ทั้งนี้ ได้แบ่งระดับ
และแปลผลความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ
ความเครียดน้อยรู้สึกเครียดปานกลางรู้สึกเครียดสูงรู้สึก
เครียดรุนแรง **ส่วนที่ 4** **การปวดหลังของคนทำไร่อ้อย** การ
เกิดอาการปวดหลังจากการทำงาน ของคนทำไร่อ้อยผู้วิจัย
ใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากมาตรฐาน Standardized
Nordic Questionnaire ฉบับแปลเป็นภาษาไทย แสดงด้วย
แผนภาพโครงสร้างของร่างกาย 9 ส่วน ได้แก่ คอ ไหล่
ข้อศอก ข้อมือ/มือหลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพก/ต้น
ขา เข่า และข้อเท้า/เท้า แล้ววัดการเกิดความคิดปกตินรอบ

7 วันที่ผ่านมา และในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา⁽¹⁰⁾สำหรับการแบ่งระดับความผิดปกติของการปวดหลัง ของคนทำงานไว้

อ้อยในรอบ 7 วันที่ผ่านมาและในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาดังตาราง1

ตาราง 1 การแบ่งระดับความผิดปกติของการปวดหลัง ของคนทำงานไว้รอบ 7 วันที่ผ่านมาและในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

ความผิดปกติ	7วันที่ผ่านมา	12 เดือนที่ผ่านมา
ปกติ	ปกติ	ปกติ
ผิดปกติระดับ 1	ผิดปกติ	ปกติ
ผิดปกติระดับ 2	ปกติ	ผิดปกติ
ผิดปกติระดับ 3	ผิดปกติ	ผิดปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับคนทำไร่อ้อยในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficientของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย รับสมัครผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการอบรมผู้ช่วยนักวิจัยในการสัมภาษณ์และการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้ส่งหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และนายกสมาคมชาวไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ ลงรหัสก่อนนำไปบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเกษตรและจิตวิทยาสังคมกับการปวดหลังของคนทำไร่อ้อย โดยใช้ Multiple logistic regression โดยการนำตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าสู่สมการและ

พิจารณาความสำคัญทางด้านเนื้อหา ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward Elimination)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE592013 เมื่อวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างคนทำไร่อ้อยในจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.03อายุเฉลี่ย 46.14 ± 7.50 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.53 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 89.10 ร้อยละ 30.02 มีน้ำหนักตัวเกิน ($BMI=23.0-24.9 \text{ kg/m}^2$) และ ร้อยละ 27.60 มีภาวะอ้วน ($BMI>25.0 \text{ kg/m}^2$) น้ำหนักตัวเฉลี่ย 23.80 ± 3.30 ค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัว 10,000บาทต่อเดือน(รายได้ต่ำสุด 1,5000 บาทต่อเดือน, รายได้สูงสุด 90,000 บาทต่อเดือน) เกินกว่าครึ่งรายได้เพียงพอต่อรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.36มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว สัดส่วนมากที่สุดป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.65) รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 6.25) ร้อยละ13.80 สูบบุหรี่ในปัจจุบัน อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่หรือในช่วง 15-20 ปี ร้อยละ 64.21 (ค่าเฉลี่ย 19.81 ± 4.20 ปี) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 20 ปี (ระยะเวลาต่ำสุด 8 ปี, ระยะเวลาสูงสุด 40 ปี) เฉลี่ย 8.90 ± 4.37 มวนต่อวัน ปัจจุบันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 19.37 โดยอายุเมื่อเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในช่วง 15-20 ปี ร้อยละ 51.85 (ค่าเฉลี่ย 22.07 ± 5.04 ปี) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ดื่ม 20 ปี (ระยะเวลาต่ำสุด 5 ปี, ระยะเวลา

สูงสุด 40 ปี) คัมเบียร์ ร้อยละ 56.48 ค่ามัธยฐานของความถี่ในการดื่ม 2 วันต่อสัปดาห์ (ต่ำสุด 1 วันต่อสัปดาห์, สูงสุด 7 วันต่อสัปดาห์) และดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 41.40

ค่ามัธยฐานของความถี่ในการดื่ม 4 วันต่อสัปดาห์ (ต่ำสุด 1 วันต่อสัปดาห์, สูงสุด 7 วันต่อสัปดาห์) ค่าเฉลี่ย 1.07 ± 0.46

2. ปัจจัยด้านการยศาสตร์

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ความเสี่ยงเกี่ยวกับปัจจัยด้านการยศาสตร์ของคนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมา (n=413)

ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (2.36-3.00คะแนน)	119	14.77
ระดับปานกลาง (1.68-2.35คะแนน)	233	56.42
ระดับต่ำ (1.00-1.67 คะแนน)	61	28.81

Mean±S.D. = 2.14±0.64, Median(Min:Max) 2 (1:3)

จากตาราง 2 พบว่า คนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมา มีความเสี่ยงเกี่ยวกับปัจจัยด้านการยศาสตร์ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 56.42 ระดับ

ต่ำ ร้อยละ 28.81 และค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 14.77 ตามลำดับ

3. ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละของระดับความเครียดของคนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมา (n=413)

ระดับคะแนนความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดรุนแรง (63 คะแนนขึ้นไป)	28	6.78
เครียดสูง (43 – 62 คะแนน)	199	48.18
เครียดปานกลาง (25 – 42 คะแนน)	180	43.58
เครียดน้อย (0 – 24 คะแนน)	6	1.45

Mean±S.D. = 44.73±11.67, Min:Max (20:85)

จากตาราง 3 พบว่า คนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา ประกอบอาชีพทำไร่อ้อยมานานเฉลี่ย 12.23 ± 7.48 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 40 ปี ระยะเวลาที่ทำงานในไร่อ้อยเฉลี่ย 4.53 ± 2.40 เดือนต่อปี โดยทำงานในไร่อ้อยเฉลี่ย 17.70 ± 7.22 วันต่อเดือนและเฉลี่ย 7.27 ± 1.60 ชั่วโมงต่อวัน โดยเริ่มทำงานตั้งแต่เวลา 8 นาฬิกา ร้อยละ 68.52 และเลิกงานเวลา 16 นาฬิกา ร้อยละ 57.63 ในขณะที่ทำงานมีการหยุดพัก ร้อยละ 96.37 จำนวนครั้งที่มีการหยุดพัก 1-2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 68.09 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการหยุดพักแต่ละครั้ง 23.03 ± 7.62

นาที และคนทำไร่อ้อยทุกคนจะหยุดรับประทานอาหารกลางวันเป็นเวลา 60 นาที ร้อยละ 80.39

สำหรับระดับความเครียดของคนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า คนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา มีความเครียดอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 48.18 รองลงมาได้แก่ ความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.58 และความเครียดในระดับรุนแรง ร้อยละ 6.78 ส่วนคนทำไร่อ้อยที่มีความเครียดในระดับน้อย ร้อยละ 1.45

4. ความชุกการปวดหลังจากการทำงานของคนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 4 ความชุกการปวดหลังจากการทำงานของคนทำไร่อ้อย จำแนกตามระยะเวลา 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมา (n=413)

ระยะเวลา	อาการปวดหลัง		
	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
การปวดหลังในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา	281	68.04	63.52-72.55
การปวดหลัง ในระยะเวลาก่อน 7 วัน - 12 เดือนที่ผ่านมา	276	66.83	62.26-71.38

จากตาราง 4 พบว่า ความชุกการปวดหลังจากการทำงานของคนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมาในระยะเวลา 7 วันและ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 68.04 (95%CI 63.52-72.55) และร้อยละ 66.83 (95%CI 62.26-71.38) ตามลำดับ

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ระดับความผิดปกติของการปวดหลังของคนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา (n=413)

ความผิดปกติ	จำนวน	ร้อยละ(95%CI)
ปกติ	104	25.18(21.06-29.65)
ผิดปกติระดับ 1	33	7.99(5.56-11.03)
ผิดปกติระดับ 2	28	6.78(4.55-9.64)
ผิดปกติระดับ 3	248	60.05(55.14-64.81)

จากตาราง 5 เมื่อจำแนกตามระดับความผิดปกติของการปวดหลังของคนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมาพบว่า คนทำไร่อ้อยมีการปวดหลังผิดปกติระดับ 3 ร้อยละ 60.05 (95%CI 55.14-64.81) ปกติร้อยละ 25.18 (95%CI 21.06-29.65) ผิดปกติระดับ 1 ร้อยละ 7.99 (95%CI 5.56-11.03) และผิดปกติระดับ 2 ร้อยละ 6.78 (95%CI 4.55-9.64) ตามลำดับ

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของการปวดหลังของคนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังคนทำงานไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา (n=413)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	Crude OR	Adj. OR	95%CI	P-value
การทำงานในท่าทางเดิมเป็นเวลานาน						
ไม่ใช้	284	54.58	1	1		
ใช้	129	72.09	2.15	1.94	1.18-3.19	0.009
ระดับความเครียด						
ระดับความเครียดน้อยถึงปานกลาง	186	44.09	1	1		
ระดับความเครียดสูงถึงรุนแรง	227	73.13	3.45	3.34	2.15-5.19	<0.001
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	305	54.75	1	1		
ดื่ม	108	75.00	2.48	2.46	1.44-4.18	0.001
จำนวนชั่วโมงที่ทำงานในไร่อ้อยต่อวัน						
น้อยกว่า 8 ชม.	186	47.31	1	1		
ตั้งแต่ 8 ชม. ขึ้นไป	227	70.48	2.65	2.32	1.50-3.59	<0.001
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว(บาท/เดือน)						
ตั้งแต่ 30,000 บาท ขึ้นไป	47	38.30	1	1		
น้อยกว่า 30,000 บาท	366	62.84	2.72	2.23	1.16-4.67	0.033

จากตาราง 6 พบว่า ทั้งปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ระดับความเครียดสูงถึงรุนแรง (adjusted OR =3.34; 95 % CI: 2.15-5.19; p-value < 0.001) และ ปัจจัยทางกายศาสตร์ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ทำงานในไร่อ้อยมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน (adjusted OR =2.32; 95 % CI: 1.50-3.59; p-value <0.001) และการทำงานท่าทางเดิมเป็นระยะเวลานาน (adjusted OR =2.15; 95 % CI: 1.18-3.19; p-value = 0.009) มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของการปวดหลังของคนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (adjusted OR =2.46; 95 % CI: 1.44-4.18; p-value = 0.001) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 30,000 บาท (เกณฑ์ความเพียงพอของรายได้ขั้นต่ำที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11) (adjusted OR =2.23; 95 % CI: 1.16-4.67; p-value = 0.033)

สรุปและอภิปรายผล

1. ความชุกการปวดหลังของคนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมา จากการศึกษาพบความชุกการปวดหลังของคนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมา ในรอบ 7 วัน ร้อยละ 68.04 และความชุกการปวดหลังของคนทำไร่อ้อย จังหวัดนครราชสีมา ในรอบ 12 เดือน ร้อยละ 66.83 ซึ่งค่าความชุกที่พบมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือการที่ต้องออกแรงยกเคลื่อนย้ายวัตถุ/สิ่งของ การที่ต้องก้ม เหยย การออกแรงเหวี่ยงตลอดจนการทำงานในท่าทางเดิมติดต่อกันเป็นเวลานาน ตัวอย่างเช่น พนักงานเก็บขนขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความชุกของการปวดหลังส่วนล่างในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 62.50 (95% CI 54.51-70.01) และในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 77.50 (95% CI 70.23-83.71)⁽⁵⁾ แรงงานตัดเหล็กปลอกเสา ระบบมือโยก ร้อยละ 68.87 (95% CI 62.62-74.67)⁽¹¹⁾ ผู้ประกอบอาชีพผลิตยางพารามีความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 77.02 แต่มีความชุกสูงกว่าผลการศึกษาในต่างประเทศ เช่น กลุ่มเกษตรกรในประเทศสาธารณรัฐไอซ์แลนด์ มีความชุกของอาการปวดหลัง ร้อยละ 37.00⁽¹²⁾ ความชุกของอาการปวดหลังจากการประกอบอาชีพของแรงงานในประเทศ

ตุรกี ร้อยละ 32.00⁽¹³⁾ และคนทำงานไร่อ้อยในประเทศไทยอินเดีย ร้อยละ 50.00⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานในภาคเกษตรกรรมและภาคการผลิตในประเทศไทยอาศัยกำลังแรงงานคนเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะการทำงานต้องใช้แรงยกเคลื่อนย้ายวัตถุ/สิ่งของ การที่ต้องก้ม เหยย การออกแรงเหวี่ยงตลอดจนการทำงานในท่าทางเดิมติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้มีโอกาสเกิดอาการปวดหลังและอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อสูงกว่าในต่างประเทศที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีซึ่งได้นำเครื่องจักรกลมาช่วยทุ่นแรงและลดการใช้กำลังคนในกระบวนการผลิตนอกจากนี้ จะเห็นได้ว่าความชุกการปวดหลังของคนทำไร่อ้อยในรอบ 7 วันที่ผ่านมาจะสูงกว่าความชุกของการปวดหลังในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความชุกของการปวดหลังในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาจะสูงกว่าความชุกในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตรงกับช่วงฤดูการทำไร่อ้อยทำให้ความชุกของอาการปวดหลังในรอบ 7 วันสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

คนทำไร่อ้อยจังหวัดนครราชสีมา มีค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทต่อเดือน (รายได้ต่ำสุด 1,500 บาทต่อเดือน, รายได้สูงสุด 90,000 บาทต่อเดือน) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์รายได้ขั้นต่ำที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวันที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) จำนวน 30,000 บาทต่อเดือน⁽¹⁵⁾ และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรายได้ของครัวเรือนต่อเดือนในระดับประเทศ (21,158 บาทต่อเดือน)⁽¹⁶⁾ ทำให้คนทำไร่อ้อยต้องการลดต้นทุนการผลิตจึงเลือกใช้กำลังคนมากกว่าเครื่องจักรกล แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องการผลผลิตในปริมาณมากจึงต้องใช้กำลังแรงงานเต็มขีดความสามารถของร่างกาย ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังรวมทั้งอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

ผลการศึกษาพบว่า คนทำไร่อ้อยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 19.37 เฉลี่ย 2.53 ± 1.36 วันต่อสัปดาห์ และดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 41.40 เฉลี่ย 3.88 ± 1.90 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องมาจากคนทำไร่อ้อยและผู้ที่อยู่ในภาคแรงงานส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลังจะช่วยให้อวัยวะสามารถ

ตอบสนองและเพิ่มกำลังแรงงานในการทำงานอีกทั้งยังช่วยให้หายจากอาการเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าผ่อนคลายจากงานที่ทำ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าสมาชิกในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 88.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 67.4 เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกอายุระหว่าง 16-20 ร้อยละ 50.3⁽³¹⁾ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ดื่มเพราะอยากลอง ร้อยละ 54.6⁽³²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ใช้แรงงานมีความเชื่อว่าการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ผ่อนคลายจากงานที่ทำ นอนหลับได้ดีขึ้นอีกทั้งยังถือเป็นขนบธรรมเนียมและวิถีการดำเนินชีวิต^(17,18) มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.80 เฉลี่ย 8.90±4.37 มวนต่อวัน ใกล้เคียงกับผลการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยในปี 2557 ร้อยละ 20.70 และวัยแรงงาน ร้อยละ 23.50⁽¹⁶⁾ และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า การสูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสดีกอาการปวดหลังและระบบกล้ามเนื้อมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (OR=7.27, 95% CI=1.14-46.27 และ OR=4.44, 95% CI=1.18-16.69)^(5,11) เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะทำลายเนื้อเยื่อบริเวณระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการไอมากเกิดแรงเครียดเชิงกลของช่องท้องทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างมากขึ้น⁽¹⁹⁾

คนทำไร่ไถ่ จังหวัดนครราชสีมา มีปัจจัยด้านการเกษตรที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของการปวดหลัง คือการทำงานในลักษณะที่ไถ่ ดัน แขน และ แขน มีการเคลื่อนไหวขึ้นลงซ้ำๆ การก้ม โค้ง ลำตัว ขณะทำงาน รวมถึงการก้ม เกย คอ โดยที่คอและไหล่ ไม่ได้อยู่ในแนวตรง ซึ่งพฤติกรรมความเสี่ยงทางการเกษตรส่งผลต่อความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อได้หนึ่งในปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของโครงร่างกล้ามเนื้อมาจากลักษณะการทำงาน การทำงานในท่าทางเดิมเป็นเวลานานและในทางการแพทย์ถือเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ⁽¹³⁾

ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม คนทำไร่ไถ่มีระยะเวลาที่ทำงานในไร่ไถ่เฉลี่ย 4.53±2.40 เดือนต่อปี โดยทำงานในไร่ไถ่เฉลี่ย 17.70±7.22 วันต่อเดือน และเฉลี่ย

7.27±1.60 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แรงงานในการทำไร่ไถ่จะขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ทำได้ ดังนั้นคนทำไร่ไถ่จึงพยายามใช้เวลาการทำงานให้ได้ปริมาณงานมากที่สุดเพื่อค่าตอบแทนมากที่สุด และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนที่มีระยะเวลาการทำงาน มากกว่า 8 ชั่วโมง ต่อวัน มีโอกาสเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง 2.06 เท่า ของคนที่ทำงานน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน (OR = 2.06, 95%CI = 1.01 – 4.45)⁽⁴⁾ การทำงาน 7 วันต่อสัปดาห์ (OR = 5.10, 95% CI = 1.53 – 16.96) การไม่หยุดพักระหว่างปฏิบัติงาน (OR = 10.19, 95% CI = 3.09 – 33.55) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)⁽⁵⁾

สำหรับความเครียด การศึกษาครั้งนี้พบว่า คนทำไร่ไถ่ มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.18 โดยมีภาวะมีอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ มีความกังวลเรื่องรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายและมีอาการปวดหลังตามลำดับ ซึ่งปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ไม่ว่าจะเป็นความต้องการปริมาณงาน ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการปวดหลัง⁽¹³⁾

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของคนทำไร่ไถ่ จังหวัดนครราชสีมา การทำงานในท่าทางเดิมเป็นระยะเวลานานเป็นปัจจัยการยศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของคนทำไร่ไถ่ จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากการทำไร่ไถ่ในแต่ละขั้นตอนนั้นจะมีปริมาณงานมาก คนทำไร่ไถ่ทำจึงเป็นต้องทำงานในท่าทางเดิมเป็นระยะเวลานาน เช่น การออกแรงกำลำต้นอ้อยในขณะที่ตัดอ้อย การยืนอยู่กับที่เป็นเวลานาน การนั่งยองกับพื้นเพื่อกำจัดวัชพืช โดยไม่ได้เปลี่ยนอิริยาบถหรือเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อลดแรงตึงของกล้ามเนื้อจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การทำงานในท่าทางเดิมเป็นเวลานานและภาระงานที่คล้ายคลึงกันตลอดทั้งวันส่งผลต่ออาการปวดหลัง^(13,20) และยังพบอีกว่า การนั่งหรือยืนในท่าทางเดิมเป็นเวลานานในขณะที่ทำงานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังมากกว่าตำแหน่งอื่นๆ⁽²¹⁻²³⁾

ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม พบว่า ระดับความเครียด มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของคนทำไร่ไถ่ จังหวัด นครราชสีมา เนื่องจากอัตราค่าครองชีพในสภาวะ เศรษฐกิจปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้น คนทำไร่ไถ่ต้องหารายได้ให้ เพียงพอกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น พยายามลดต้นทุนการผลิตใน ขณะเดียวกันก็ต้องการผลิตปริมาณมากขึ้นความต้องการ ปริมาณงาน ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม เป็น สาเหตุหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการปวดหลัง⁽¹³⁾ เนื่องจากความเครียดทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็ง ส่งผลต่อการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของระบบโครง ร่างและกล้ามเนื้ออาจเกิดการผิดปกติได้⁽⁶⁾ และ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ความวิตกกังวล เกี่ยวกับค่าจ้างที่ไม่เป็นธรรม ราคาผลผลิตตกต่ำส่งผลให้ เกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ⁽²⁴⁾ ภาวะ เครียดในงานและอาการซึมเศร้ามีผลต่อการปวดหลัง ส่วนล่างของแรงงานเขตเมืองในประเทศญี่ปุ่น⁽²⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานในไร่ไถ่ มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์กับการ ปวดหลังของคนทำไร่ไถ่ เนื่องจากลักษณะการทำงานใน ไร่ไถ่ต้องอาศัยพลังกำลังมากในการขยักเคลื่อนย้ายสิ่งของ การออกแรงเหวี่ยง การก้มโค้งในการทำงานอยู่ตลอดเวลา การทำงานในลักษณะเช่นนี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ย่อมเพิ่ม โอกาสเสี่ยงต่ออาการปวดหลังได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มอาการผิดปกติของระบบโครง ร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มเกษตรกรที่พบว่า เกษตรกรที่ ทำงานเฉลี่ยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันมีความเสี่ยงต่อการเกิด อาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมากกว่า กลุ่มทำงานเฉลี่ยน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน^(4,12)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการ ปวดหลังของคนทำไร่ไถ่ จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจา การการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลทำให้กล้ามเนื้อ เกิดการอ่อนแรงหากดื่มเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้มัด กล้ามเนื้อมีขนาดเล็กลงทำให้เกิดอาการปวดหลังและ กล้ามเนื้อบริเวณอื่นๆได้ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการ ทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ(Systematic review) ที่ พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลเล็กน้อยกับการ ปวดหลัง⁽²⁶⁾

นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้ของครัวเรือน มี ความสัมพันธ์กับการเกิดอาการปวดหลังของคนทำไร่ไถ่ ทั้งนี้เนื่องจากคนทำไร่ไถ่ที่มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือน น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (21,158 บาทต่อเดือน) มี ความต้องการค่าตอบแทนที่มากขึ้นนั้นย่อมแสดงว่าต้อง ทุ่มทำงานมากขึ้น ใช้เวลาทำงานมากขึ้นในขณะเดียวกัน โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการปวดหลังย่อมเพิ่มสูงขึ้นตามไป ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงงานที่มี ระดับรายได้ต่ำมีความทุกข์ของการปวดหลังส่วนล่างสูง⁽²⁷⁻³⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถนำข้อมูล ผลการวิจัย ได้แก่ปัจจัยทางจิตสังคมได้แก่ ความเครียดสูง ถึงรุนแรง รวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำไปใช้ เป็นข้อมูลเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญาและ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร และ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทราบปัญหาจากการ ทำงานท่าทางเดิมเป็นระยะเวลานาน จำนวนชั่วโมงที่ ทำงานในไร่ไถ่มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน สามารถให้ คำแนะนำ และส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยน กระบวนการ ทำงาน กำหนดแผนงานโครงการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันการปวดหลัง สร้างความตระหนักและ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการทำงานของคนทำไร่ไถ่ และเกษตรกรที่มีลักษณะการทำงานที่คล้ายกัน ด้านการส่งเสริมอาชีพรายเพื่อช่วยแก้ปัญหารายได้เฉลี่ยต่อ เดือนของครอบครัวต่ำ

2. คนทำไร่ไถ่ เกษตรกรและผู้ประกอบการอาชีพที่มี ลักษณะงานที่ใกล้เคียงกันสามารถใช้ผลการวิจัยเป็น แนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการปวดหลังและ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการปวดหลังที่มี สาเหตุจากการทำงาน

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรทั้งภาครัฐและ เอกชนสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนระยะยาว หรือผลักดันให้กำหนดเป็นนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายที่เกิดจากการทำงานของคนทำไร่ไถ่ และผู้ที่ประกอบอาชีพที่มีลักษณะงานที่คล้ายกัน

3. ควรมีการวิจัย เพื่อพัฒนาเครื่องมือหรืออุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานของคนทำไร่ไถหรือผู้ที่ประกอบอาชีพที่มีลักษณะงานคล้ายกันเพื่อป้องกันและลดปัญหาปวดหลัง

4. ควรมีการวิจัย เพื่อหาสาเหตุการเกิดการปวดหลังของคนทำไร่ไถ โดยการศึกษาไปข้างหน้า
Prospective cohort study จะทำให้ได้ข้อมูลในแง่ของ

ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยที่สงสัยว่าจะทำให้เกิดการปวดหลัง จะสามารถจัดการป้องกันและแก้ไข ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คนทำไร่ไถ
ทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. รายงานพื้นที่การปลูกอ้อยปีการผลิต 2557/2558. URL <http://www.ocsb.go.th/searchResult.asp>. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2558
2. ทวีสิน ชีระชนานนท์ และคณะ. “อัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในคนงานไร่ไถอ้อย.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 4 (4) : 504-509, 2533.
3. อนงค์ หาญสกุล. “ปัญหาสุขภาพการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทอผ้าไหมพรม จังหวัดชัยภูมิ.” วารสารวิจัย มข. ฉบับบัณฑิตศึกษา, 6(1) : 139-149, 2549
4. พิสิษฐ์ เลิศชาวพัฒน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ผลิตสินค้าประเภทไม้ในกลุ่มสหกรณ์วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549
5. พิรพงษ์ จันทราเทพ. ปัจจัยด้านการศาสตร์และความชุกของการปวดหลังส่วนล่างในพนักงานเก็บขนขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามยสิ่งแวดลอม บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554
6. ชีรศักดิ์ พาจันทร. การพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อจากการทำงานของคนทำไร่ไถอ้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557
7. สำนักโรคบาวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. จาก URL <http://www.epid.moph.go.th> สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2558
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานสถานะสุขภาพประชาชนจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรายงานนำเสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนปฏิบัติการ ประจำปี 2558
9. Hsieh YF, Bloch AD, Larsen DM. A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. **Statistics in Medicine.** (17), 1623-1634, 1998
10. Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H. et al. Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Applied Ergonomics**, 18(3), 233-237, 1987
11. วิวัฒน์ สังฆะบุตร และสุนิสา ชายเกลี้ยง. “ความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในแรงงานนอกระบบกลุ่มคัดเหล็กปลอกเสา ระบบมือโยก: การศึกษานำร่อง ตำบลโนนดิน อำเภอนโนสูง จังหวัดนครราชสีมา.” ศรีนครินทร์เวชสาร. 26 (3) : 225-232 , 2554
12. Osborne A., Blake C., McNamara J. et al.(2010).Musculoskeletal disorders among Irish farmers. **Occup Med (Lond)**, 60(8), 598-603.
13. EmelYilmaz and OzdenDedeli. (2012). Effect of physical and psychosocial factors on occupational low back pain. **Health Science Journal**.6(4), 599-609.
14. SmitaYashvantVasave, &Deepak B. Anap.(2016). Prevalance of musculoskeletal disorders among sugarcane workers – Across sectional study. **Indian Journal of Basic and Applied Medical Research**.(5), 756-762
15. คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน. (2558). รายงานคุณภาพชีวิตคนไทย ปี 2558. ม.ป.ป., ม.ป.ท., 88-89
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). รายงานสถิติรายปี. URL <http://www.nso.go.th> สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2558.

17. พงษ์เดช สารการ. และคณะ. รายงานการวิจัย พฤติกรรมการดื่มและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. ม.ป.ป., ม.ป.ท., 2552
18. ชมนาด พจนามาตร์. และคณะ. “วิถีชีวิต พฤติกรรมและผลกระทบทางสุขภาพจากการดื่มสุราในแรงงานภาคเกษตรกรรม: กรณีศึกษาตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัด เชียงราย ” วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 8(3), 319-333, 2553
19. Hales, R., & Bernard, B.P. .Epidemiology of work-related musculoskeletal disorders. *OrthopClinNorth Am*, 27(4), 679-709. 1996
20. Warren, N. **The expanded definition of ergonomics.**In M.Sanders. *Ergonomics and the management of musculoskeletal disorders*.(p. 151-159). St.Louis: Butterworth/Heinemann., 2004.
21. ณัฐพงษ์ นาทัน. อาการปวดกล้ามเนื้อจากการทำงานของคนงานในโรงงานยางพาราแผ่น :กรณีศึกษาโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556 .
22. พิมลพร ใจอ่อน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร. การศึกษาอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2553.
23. วิภาดา ศรีเจริญ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการปวดหลังของครูในโรงเรียน อำเภอหาดูพนม จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
24. ธวัชชัย กำปอง. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพด้านการยศาสตร์และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับ การปวดหลังจากการทำงานของแรงงานนอกระบบกลุ่มเย็บผ้าสำเร็จรูป อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
25. KoMatsudaira, Hiroaki Konishi, Kota Miyoshi et al. Potential Risk Factors of Persistent Low Back Pain Developing from Mild Low Back Pain in Urban Japanese Workers. *PLOS ONE*.(9).1-6, 2014.
26. Paulo Henrique Ferreira, Marina Barros Pinheiro, Gustavo Carvalho Machado, Manuela Loureiro Ferreira. Is alcohol intake associated with low back pain? A systematic review of observational studies. *Manual Therapy*. 18(3), 183-190 , 2012
27. Akbar Biglarian, Behjat Seifi, Enayatollah Bakhshi, et al. **Low Back Pain Prevalence and Associated Factors in Iranian Population: Findings from the National Health Survey. Pain Research and Treatment**, 2012
28. P. R. Croft and A. S. Rigby “Socioeconomic influences on back problems in the community in Britain,” *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 48, no. 2, pp. 166–170, 1994
29. R. A. Deyo and Y. J. Tsui-Wu. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States *Spine*, 12 (3), 264–268, 1984
30. Shiri R, Solovieva S, Husgafvel-Pursiainen K, et al. The association between obesity and the prevalence of low back pain in young adults: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Am J Epidemiol*. 167(9):1110-9, 2008
31. สันติ อุทธรังษ์. “พฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ตำบลคำหม้อดแก้ว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์” วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2 (2), 41 – 50, 2552 .
32. เอกรินทร์ สังขศิลา. “แบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในตำบลเว่อ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์” วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2 (1), 27 – 37, 2552 .

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไปใช้บริการที่ โรงพยาบาลภูเวียง

Complications in Diabetes Mellitus Type 2 Patients who Followed up at Phuwiang Hospital

พวงชมพู ธาระภูมิชัย¹, นิชาภัทร พุทธิคามิน²

Puangchompou Thanaphumechai¹, Nichapatr Phutthikhamin²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยการศึกษาค้นคว้าเอกสาร (documentary research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ: 1) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลภูเวียง จ.ขอนแก่น และ 2) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยจำแนกตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทพื้นที่ที่เป็นแหล่งอาศัยของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลภูเวียงในปี 2558 จำนวน 3,338 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า: ภาวะแทรกซ้อนเหมือนกันทั้งในภาพรวมและเปรียบเทียบรายตำบล 3 อันดับแรก คือ hypertension, nephropathy, neuropathy (62.08%, 27.68%, 14.93% ตามลำดับ) neuropathy ที่พบคือ diabetic nephropathy, CKD stage 3, CKD stage 4, CKD stage 5 (11.65%, 12.79%, 2.18%, 1.04% ตามลำดับ) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบรองลงมา คือ retinopathy, IHD, Stroke foot ulcer, chronic wound (4.42%, 2.84%, 1.91%, 1.64%, 0.41% ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบว่ามีตาบอดจำนวน 6 ราย (0.17%) เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทพื้นที่ไม่พบความแตกต่าง

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This documentary research aimed to: 1) explore complications of DM type II among the patients who followed up at Phuwiang hospital, Khon Kaen province, and 2) compare the incidence of complications regarding by geography and resident areas. The samples were 3,338 patients with DM type II who followed up at Phuwiang hospital during 2015. The study instrument was complication record. The study findings revealed that: 1) the top three complications of DM type II were hypertension, nephropathy and neuropathy (62.08%, 27.68%, 14.93% respectively). Nephropathy included diabetic nephropathy, CKD stage 3, CKD stage 4, and CKD stage 5 (11.65%, 12.79%, 2.18%, 1.04% respectively). Other complications of DM type II were retinopathy, IHD, stroke, foot ulcer, and chronic wound (5.60%, 2.93%, 1.85%, 1.70% , 0.41% respectively). There is no complication difference among DM patients regarding geography or residential areas.

Keyword: Complications, Diabetes Mellitus type 2

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สถานการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2550 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดทั่วโลกมี 246 ล้านคน โดยจำนวน 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย⁽¹⁾ ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง

ของประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อชี้ให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2556 คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในอัตรา 14.93 ต่อแสนประชากร ในขณะที่พื้นที่อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบในอันดับ 1 ของกลุ่มโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมที่พบปีงบประมาณ 2554-2556 ข้อมูลสถิติพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาได้แก่ โรคไตเรื้อรังจำนวน 84, 160 และ 177 ราย

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ ดร. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15, 17 และ 19 ราย ตามลำดับ โรคหัวใจ 46, 63 และ 54 ราย ตามลำดับ ความดันโลหิตสูง 1,719, 2127 และ 2,442 ราย ตามลำดับ มีแผลเรื้อรังที่เท้า 26, 34 และ 44 ราย ตามลำดับ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวข้องกับการมีปริมาณน้ำตาลสะสมในเลือดเกินค่าที่สอร์โมนอินซูลินที่มีอยู่จะสามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อได้หมด⁽¹⁾ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะส่วนต่างๆ ทั้ง microvascular และ macrovascular complication⁽²⁾ เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เป็นอันตรายหรืออยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ อีกประการหนึ่งคือ การดูแลไม่ให้เกิดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวานให้ช้าที่สุดเท่าที่จะทำได้⁽³⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจ หลอดเลือดสมอง เท้าแผลเรื้อรัง ระบบประสาท และความดันโลหิตสูง อีกทั้ง ระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนมีผลทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น มีการศึกษาของซซลิต รัตสาร⁽⁴⁾ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพบว่าในปีหนึ่งๆรัฐบาลอาจจะต้องใช้งบประมาณมากถึง 50,000 ล้านบาท จะเห็นได้ว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าลักษณะทางภูมิศาสตร์ในแง่ที่ตั้งของทวีปและพื้นที่อยู่อาศัยในชนบท และพื้นที่ที่อยู่ห่างออกไปมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนการศึกษาของ Gillian et al.⁽⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในชนบทจะมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน 2 เท่าของคนที่อยู่ในเมือง ส่วนคนที่อยู่ห่างไกลออกไปจะเพิ่มความเสี่ยงถึง 3 เท่า Leon et al.⁽⁶⁾ ศึกษาความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 28 ประเทศจาก 4 ทวีป ได้แก่ เอเชีย ยุโรป แอฟริกาและอเมริกาใต้ จากเวชระเบียนที่

เชื่อมโยงกับลักษณะพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานอยู่ในระดับสูง ลักษณะทางภูมิศาสตร์มีความสัมพันธ์กันอย่างมากมีนัยสำคัญของภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

เมื่อพิจารณาลักษณะทางภูมิประเทศและพื้นที่ที่ศึกษาโรงพยาบาลภูเวียงมีพื้นที่รับผิดชอบ 3 อำเภอได้แก่ อำเภอภูเวียง อำเภอนองนาคำ และอำเภอเวียงเก่า มีเนื้อที่ประมาณ 880 ตารางกิโลเมตรลักษณะภูมิประเทศมีความแตกต่างกัน 3 ลักษณะความแตกต่างของลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทของพื้นที่จากการสังเกตพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลภูเวียงในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่าง กล่าวคือ 1) พื้นที่ที่ราบในหุบเขา เป็นพื้นที่ทั้งหมดของอำเภอเวียงเก่าประกอบด้วยตำบลในเมือง ตำบลเมืองเก่าพัฒนาและตำบลเขาน้อย พบว่ามีการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตสูง 2) พื้นที่บริเวณที่ราบนอกหุบเขาไม่ติดเขื่อนอุบลรัตน์ ประกอบด้วย ตำบลภูเวียง ตำบลบ้านเรือ ตำบลนาชุมแสง ตำบลสงเปือย และตำบลหนองกุงธารเป็นพื้นที่ใกล้ที่ตั้งของโรงพยาบาลภูเวียงคือ ตำบลภูเวียงที่ค่อนข้างเป็นเขตเมือง มีร้านค้า ร้านสะดวกซื้อ มักจะพบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน 3) พื้นที่บริเวณที่ราบนอกหุบเขาติดเขื่อนอุบลรัตน์ ประกอบด้วย ตำบลบ้านโคก ตำบลกุดธาตุ ตำบลขนวน ตำบลหนองกุงจีน ตำบลนาหว้า ตำบลห้วยทอง ตำบลกุดขอนแก่น ตำบลทุ่งชมพูและตำบลดินคำ เป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์เนื่องจากมีแหล่งน้ำจากเขื่อนอุบลรัตน์ใช้ในการอุปโภคและการเกษตร มักจะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนทางตา

จากสถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของโรงพยาบาลภูเวียงทั้งปี ระหว่างปี 2554-2556 ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งข้อมูลเป็นการรายงานผลในภาพรวมของอำเภอเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถบอกถึงความแตกต่างของลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทพื้นที่ ซึ่งมีความหลากหลายในเชิงบริบท ถึงแม้ว่าวิถีชีวิตของคนอีสานจะมีความคล้ายคลึงกัน แต่ความแตกต่างของภูมิประเทศและทรัพยากรธรรมชาติอาจ

มีผลต่อการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภูเวียง
2. เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลภูเวียง โดยจำแนกตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทพื้นที่ที่อยู่อาศัย

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการศึกษาค้นคว้าเอกสาร (documentary research) เพื่อศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่เข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลภูเวียง ในปี 2558 ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่:HE592092

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยประชากรในพื้นที่อำเภอกุเวียง อำเภอหนองนาคำ และอำเภอเวียงเก่า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่มารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลภูเวียงในช่วง 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2558 การศึกษานี้คัดผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดด้วยโรคเบาหวานน้อยกว่า 3 ครั้งในปี 2558 หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตออก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีเนื้อหาของแบบบันทึก 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูงรอบเอว ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และตำบลที่อยู่ประกอบด้วย ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 3 เดือนจากล่าสุด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มามีการติดตามการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประกอบไปด้วย 1) ภาวะแทรกซ้อนทางตา ได้แก่ ตามัว ตาบอด เบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2) ภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ โรคไตจากเบาหวาน ไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไตเรื้อรังระยะที่ 4 ไตเรื้อรังระยะที่ 5 3) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ Ischemic heart disease, Myocardial infarction 4) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Ischemic stroke 5) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ได้แก่ ชาตามปลายมือและปลายเท้า 6) ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ได้แก่ เท้าผิดรูป คล้ำสีพองที่เท้าไม่พบแผลอักเสบที่เท้า 7) แผลเรื้อรังคือแผลบริเวณอื่นที่ไม่ใช่แผลที่เท้า และ 8) โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นภายหลังจากการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานแสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แสดงจำนวนและร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอภูเวียง อำเภอหนองนาคำ และอำเภอเวียงเก่า มีจำนวน 3,338 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (69.52%) และอายุเฉลี่ย 61.54 (SD=10.62) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี (44.93%) มีภาวะอ้วน ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/m² (70.20 %) FBS ครั้งล่าสุด >180 mg% (30.58%) ระดับ HbA1c $\geq$ 7% (41.03%) ระดับไขมัน Triglyceride > 150 mg/dl (71.64%) ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด > 140/80 mmHg (40.45 %)

2. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลภูเวียง ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือ HT, nephropathy, neuropathy (62.08%, 27.68%, 14.93% ตามลำดับ) nephropathy ที่พบคือ diabetic nephropathy, CKD stage 3, CKD stage 4, CKD stage 5 (11.65%, 12.79%, 2.18%, 1.04% ตามลำดับ) ภาวะแทรกซ้อนที่พบรองลงมา คือ retinopathy, IHD, Stroke, foot ulcer,

chronic wound (4.42%, 2.84%, 1.91%, 1.64%, 0.41% ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบว่ามีตาบอดจำนวน 6 ราย (0.17%)

3. เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลภูเวียงตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทพื้นที่ที่อยู่อาศัย

ผลการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่สูงสุด 3 อันดับแรกคือ HT, nephropathy, neuropathy ซึ่งสอดคล้องกับภาวะแทรกซ้อนในภาพรวม โดยที่ตำบลที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคดันโลหิตมากที่สุด 3 อันดับแรก คือตำบลบ้านเรือ ตำบลหนองกุงชนสาร และตำบลดินดำ (72.47%, 71.59%, 71.27% ตามลำดับ) nephropathy พบมากที่สุดที่ตำบลเขาน้อย ตำบลบ้านเรือและตำบลกุดขอนแก่น (36.15%, 35.77%, 35.43% ตามลำดับ) ส่วน neuropathy พบมากในตำบลบ้านเรือ ตำบลบ้านโคก และตำบลเขาน้อย (26.60%, 25.67%, 23.84% ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภูเวียงในปี 2558 พบว่า

1. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภูเวียง ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่ คือ HT, nephropathy, neuropathy (62.08%, 27.68%, 14.93% ตามลำดับ) nephropathy ที่พบคือ diabetic nephropathy, CKD stage 3, CKD stage 4, CKD stage 5 (11.65%, 12.79%, 2.18%, 1.04% ตามลำดับ) ภาวะแทรกซ้อนที่พบรองลงมา คือ retinopathy, IHD, Stroke, foot ulcer, chronic wound (4.42%, 2.84%, 1.91%, 1.64%, 0.41% ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบว่ามีตาบอดจำนวน 6 ราย (0.17%) สอดคล้องกับการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานของ ยุพิน ภูงษ์⁽⁷⁾ พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุดในการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งอินซูลินมีผลทำให้การดูดกลับของโซเดียมและน้ำพร้อมน้ำตาลที่ proximal tubule ของไต อีกทั้งทำให้หลอดเลือดมีความไวต่อ norepinephrine และ angiotensin II ทำให้เกิดการกั่งของน้ำและโซเดียมในร่างกาย เกิดความดันโลหิตสูงตามมา นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มักจะมีภาวะอ้วนร่วมด้วย⁽⁸⁾ ซึ่งผู้สูงอายุ ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง จะมีภาวะคือ อินซูลินและมีระดับอินซูลินในเลือดสูงซึ่งจะส่งผลไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและระบบเรนินแองจิโอเทนซิน กระตุ้นการดูดกลับของน้ำและโซเดียมที่ท่อไตทำให้มีน้ำคั่งในร่างกายเกิดความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 61.54 ปี (SD = 10.62) และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วนเท่ากับ 26.86 kg/m² (SD = 3.62) และส่วนใหญ่มีไขมันชนิด Triglyceride ในเลือดสูงมากกว่า 150 mg/dl (56.07%)

เมื่อพิจารณาถึง diabetic nephropathy ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะทำให้กลูโคสไปจับกับโปรตีน เช่น จับกับ hemoglobin เป็น HbA1c เมื่อเกิดปฏิกิริยาดังกล่าวทำให้หน้าที่ของโปรตีนเสียไปทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือด

ขนาดเล็ก โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไต ทำให้เกิดการหนาตัวของเยื่อหุ้ม glomerular basement membrane ส่งผลให้หลอดเลือดตีบแคบลงทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง ให้เกิดการเสื่อมของไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง และมีการรั่วของโปรตีนทางปัสสาวะ⁽⁹⁾ อีกทั้งมีการเกิด Atherosclerosis เริ่มจากมีไขมันชนิด LDL เข้าไปยังผนังหลอดเลือด และมี macrophage ไปกิน oxidized LDL และเปลี่ยนเป็น foam cell แบ่งตัวเข้ามาในชั้น subendothelium เกิดเป็น plaque และอุดตันหลอดเลือดต่างๆ เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ เช่น ไต ทำให้เกิดภาวะไตวายขึ้น⁽¹⁰⁾ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และการศึกษาของจิราพร เดชมา⁽¹¹⁾ พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด diabetic nephropathy ได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า FBS ครั้งล่าสุด >180 mg% (30.58%) ระดับไขมัน Triglyceride > 150 mg/dl (71.64%) ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด > 140/80 mmHg (40.45 %) และระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี (44.93%) นอกจากนี้ อายุยังมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน⁽¹²⁾ สอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 61.54 (SD = 10.62)

เมื่อพิจารณาถึง diabetic neuropathy การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาและความรุนแรงของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งจะทำให้มีความผิดปกติของ Schwann cell และ axon โดยทำให้หลอดเลือดแดงฝอยที่ไปเลี้ยงเซลล์มีการหนาตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่ดี และมีการขาดเลือดเกิดขึ้น เซลล์ประสาทจึงเสื่อมสภาพ ทำให้การส่งสัญญาณได้ช้าและการรับรู้สีกปวดและรับอุณหภูมิลดลง มีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ อาการที่พบบ่อยคือ ชาตามปลายมือและปลายเท้าทั้งสองข้าง ปวดแสบปวดร้อนหรือคล้ายเข็มที่บริเวณปลายมือปลายเท้า ตรวจพบปลายมือปลายเท้าเย็น⁽¹³⁾ นอกจากนี้ การศึกษาของจิราพร เดชมา⁽¹¹⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิด diabetic neuropathy นอกจากนี้ การศึกษาของพรวิภาส วิมลธรรม⁽¹⁴⁾

Danne⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c ได้ดีมีโอกาสเกิด diabetic neuropathy น้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 61.54 (SD = 10.62) และพบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด $\geq 7\%$ (41.03%)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่สูงสุด 3 อันดับแรกคือ HT, nephropathy, neuropathy ซึ่งสอดคล้องกับภาวะแทรกซ้อนในภาพรวม โดยที่ตำบลที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคอันตรายมากที่สุด 3 อันดับแรก คือตำบลบ้านเรือ ตำบลหนองกุ้งชนสาร และตำบลดินคำ (72.47%, 71.59%, 71.27% ตามลำดับ) nephropathy พบมากที่ตำบลเขาน้อย ตำบลบ้านเรือและตำบลกุดขอนแก่น (36.15%, 35.77%, 35.43% ตามลำดับ) ส่วน neuropathy พบมากในตำบลบ้านเรือ ตำบลบ้านโคก และตำบลเขาน้อย (26.60%, 25.67%, 23.84% ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเรือ ตำบลหนองกุ้งชนสาร และตำบลดินคำ พบว่า BMI เฉลี่ย $> 25 \text{ kg/m}^2$ (62.38%, 63.60%, 58.01% ตามลำดับ) มีระดับไขมัน Triglyceride มากกว่า 150 mg/dl (81.57%, 72.16%, 66.66% ตามลำดับ) อายุมากกว่า 60 ปี (57.79%, 63.9%, 61.66% ตามลำดับ) ปัจจัยเรื่องภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง และอายุมีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูง

Diabetic nephropathy พบมากที่สุดที่ตำบลเขาน้อย ตำบลบ้านเรือและตำบลกุดขอนแก่น เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้เกิด Diabetic nephropathy พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 mg% (26.92%, 33.02%, 34.73% ตามลำดับ) ระยะเวลาเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี (43.84%, 54.12%, 44.91% ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง (62.30; SD = 11.44, 60.95; SD = 10.52, 63.42; SD = 10.68 ตามลำดับ) ระดับไขมัน Triglyceride มากกว่า 150 mg/dl (78.57%, 81.57%, 73.26% ตามลำดับ) ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด $> 140/80 \text{ mmHg}$ (33.07%, 38.53%, 32.98% ตามลำดับ) ซึ่งได้อภิปรายไปแล้วข้างต้นว่าระดับความรุนแรงของน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาของการเป็น

เบาหวาน อายุ ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิด Diabetic nephropathy

นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุดเป็นอันดับ 3 คือ diabetic neuropathy โดยตำบลที่พบสูงสุด 3 ตำบล คือตำบลบ้านเรือ ตำบลบ้านโคกและตำบลเขาน้อย เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง (60.95; SD = 10.52, 61.61; SD = 10.13, 62.30; SD = 11.44 ตามลำดับ) และมีระดับ HbA1c $> 7\%$ (42.30%, 33.33%, 33.33% ตามลำดับ) ซึ่งได้อภิปรายไปแล้วในข้างต้นว่าอายุและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด diabetic neuropathy

เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนในแต่ละพื้นที่ โดยดูจากลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทพื้นที่ พบว่าภาวะแทรกซ้อนในแต่ละตำบลมีลักษณะคล้ายคลึงกันทุกตำบล ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillian et al.⁽⁵⁾

และ Leon et al.⁽⁶⁾ ที่พบว่าลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทพื้นที่ที่อยู่อาศัยมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผลการศึกษานี้จึงไม่พบความแตกต่างดังกล่าว อาจเป็นไปได้ว่าลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ที่ศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกันเนื่องจากเป็นพื้นที่ไม่กว้างใหญ่มากจึงไม่พบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อน แตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างทวีปและพื้นที่กว้างใหญ่ นอกจากนี้ สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในตำบลพื้นที่ต่างๆของอำเภอภูเวียง มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนอีสานที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือการรับประทานข้าวเหนียว ลักษณะการทำงาน การออกกำลังกาย ความเชื่อ ประเพณีงานบุญต่างๆคล้ายคลึงกัน ซึ่งส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ คือ โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายคลึงกันชนชั้น นันทบุตรและคณะ⁽¹⁷⁾ ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรให้ความสำคัญและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะ hypertension, nephropathy, neuropathy

2. พยาบาลสามารถนำข้อมูลจากการศึกษา ไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น

3. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจะมีภาวะอ้วน พยาบาลควรจัดกิจกรรมโดยร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อควบคุมน้ำหนักในกลุ่มเป้าหมายนี้

4. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาจากแฟ้มประวัติข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จึงยังไม่ครอบคลุม การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งปัจจัยภาวะสุขภาพ อารมณ์ และพฤติกรรม

5. จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศที่พบว่าลักษณะทางภูมิศาสตร์มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างซึ่งอาจเป็นไปได้อาจขนาดพื้นที่ที่ศึกษาไม่กว้างใหญ่มาก การศึกษา

ครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานโดยเปรียบเทียบระหว่างภาคต่างๆของประเทศ

6. ควรจัดโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ 3 อันดับแรกคือ hypertension, nephropathy, neuropathy

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้เป็นอย่างดีด้วยความช่วยเหลือและได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูง จากอาจารย์ ดร. นิชาภัทร พุฒิกามิน ที่ได้ให้คำแนะนำขั้นตอนการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย ขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กล้าเพ็ญ โชคบำรุง ที่ได้ให้คำแนะนำและคำปรึกษา ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ช่วยเพิ่มคุณค่างานวิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ประจำหลักสูตรวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ตลอดจนประสบการณ์ในการเรียนรู้ตลอดหลักสูตรและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับศิษย์ตลอดมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียง หัวหินพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานเวชสถิติและบุคลากรทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- 1 World Health Organization. **Diabetes mellitus**. Retrieved. URL <http://www.who.go.int/ncd/dia/index.html> Retrieved August 22, 2011
- 2 พงศ์มร นูนาค. “การรักษาเบาหวานด้วยอินซูลิน”. ใน อภิชาติ วิษณุวรรณ์ (บรรณาธิการ). **ตำราโรคเบาหวาน**. (หน้า 133-152). เรือนแก้วการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2546.
- 3 สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2557**. ศรีเมืองการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2557.
- 4 ชัชลิต รัตสาร. พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวาน. ใน อภิชาติ วิษณุวรรณ์ (บรรณาธิการ). **ตำราโรคเบาหวาน**. (หน้า 29-56). เรือนแก้วการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2546.
- 5 Gillian, L.B. et al. “Time Trends and Geographic Disparities in Acute Complications of Diabetes in Ontario, Cannada”. **Diabetes Care**. 28(5) : 1045-1050, 2005.
- 6 Leon, L. et al. **Prevalence of diabetes Complications in people with type 2 diabetes mellitus and its association with baseline characteristics in the multinational A 1 chieve study**. URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> Retrieved 10 september, 2016
- 7 ยุพิน ภูวนัย. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนคัดสรรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. การศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนารัฐบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.

- 8 สมชาย ปริชาวัฒน์. ความดันโลหิตสูงในโรคเบาหวาน ใน สารัซ สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร (บรรณาธิการ) ตำราโรคเบาหวาน. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2556.
- 9 ธิดิ สันับบุญ. การดูแลเบาหวานแบบองค์รวม. หน่วยต่อมไธไร้อและเมตาบอลิสม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2549.
- 10 วราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์. ความรู้พื้นฐานของโรคเบาหวาน. ใน สารัซ สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร (บรรณาธิการ). ตำราโรคเบาหวาน. (หน้า 10 – 25). พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2556.
- 11 จิราพร เชมมา. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้ฤทธิการพยาบาลของคิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2553.
- 12 Moyez, J. et al. **Impact of geography on the control of type2 diabetes mellitus: a review of geocoded Clinical data from general practice.** URL <http://bmjopen.bmj.com> Retrieved 10 september, 2016
- 13 กัมมันต์ พันธุมจินดา และณัฐ พสุธารชาติ. โรคของเส้นประสาทส่วนปลาย. ใน สารัซ สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร (บรรณาธิการ). ตำราโรคเบาหวาน. (หน้า 191 - 204). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2556.
- 14 พรวิมาศ วิมลธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอปทุมราชภูมิ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาทรณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556.
- 15 Danne, T. et al. “Fractor modifying the effect of hyperglycemia on the development of retinopathy in adolescents with diabetes.Results of the Berlin Retinopathy Study”. **Horn Res.** 50(suppl 1) : 28-32, 1998.
- 16 Pirat, J. “Diabetes mellitus and its degenerative complication: a prospective study of 4,400 patients observed between 1947 and 1973”. **Diabetes care.** 1 : 168-188, 1973.
- 17 ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. การศึกษาและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2546.

ความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7

Job stress of Nurse Anesthetists at General hospitals under the Ministry of Public Health in Health Area 7th

สุวรรณ ภูบุญเดิม¹, เรณูการ์ ทองคำรอด², เพ็ญพัทธ์ อุทิศ³

Suwanna Pooboonterm, Renukar Thongkhamrod, Penpaktr Uthit

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล และ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานกับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 66 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (2) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล (3) ความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้นำไปทดลองใช้ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .94 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 อยู่ในระดับปานกลาง (2) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านการบริหารจัดการ ด้านคุณลักษณะงานและด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .698, .697, .645$ ตามลำดับ) ด้านปริมาณงานและด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .493, .481$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความเครียดในการปฏิบัติงาน, ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน, วิสัญญีพยาบาล

Abstract

The purposes of this survey study were: (1) to study the job stress of nursing anesthetists at general hospitals under the Ministry of Public Health in Health Area 7th and (2) to find the relationship between factors related to job stress and job stress of nursing anesthetists at general hospitals under the Ministry of Public Health in Health Area 7th. The sample comprised 66 nursing anesthetists at general hospitals under the Ministry of Public Health in Health Area 7th. Questionnaires were used as research tools which comprised three sections: personal data, factors related to job stress, and job stress. The questionnaires were tested for validity and reliability. The reliability of the second and the third sections were .94 and .97 respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results were as follows. (1) Nursing anesthetists rated their job stress at general hospitals under the Ministry of Public Health in Health Area 7th at the moderate level ($M = 2.42, SD = .33$). (2) Factor related to overall job stress correlated positively and significantly to job stress of nursing anesthetists at the high level ($r = .796, p < .01$). Specifically, management, job characteristic and interpersonal relationship correlated positively and significantly to job stress of nursing anesthetists at high level ($r = .698, .697, .645, p < .01$). Workload and work environment correlated positively and significantly to job stress of nursing anesthetists at the moderate level ($r = .493, .481, p < .01$).

Keywords : Job stress, Factors related to job stress, Nurse Anesthetists

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

² พย.ด. อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

³ Ph.D. (Nursing) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

บทนำ

สภาพสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกๆด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจและสังคม มีการแข่งขันในเชิงธุรกิจเพิ่มมากขึ้น ระบบเทคโนโลยีมีความทันสมัยมากขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตการทำงานของบุคคลในทุกประเภทของการประกอบอาชีพ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 ประเทศไทยต้องเผชิญกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งภายนอกและภายในประเทศที่ปรับเปลี่ยนเร็วและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เป็นทั้งโอกาสและความเสี่ยงต่อการพัฒนาประเทศ⁽¹⁾ อีกทั้งการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ของประเทศไทยเป็นโอกาสสำคัญในระบบภูมิภาคนิยมที่มาพร้อมกับภาวะคุกคามจากการเปิดตลาดเสรีในภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนด้านบริการสุขภาพ ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายเสรีของสินค้า บริการ ทุนและกำลังคนด้านสาขาสุขภาพ การเคลื่อนย้ายของบุคลากรมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนและจากภายในประเทศออกนอกประเทศโดยเฉพาะสาขาพยาบาลจากการเก็บข้อมูลพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศจำนวน 18,765 คน ในโครงการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลไทย พบว่าพยาบาลมีอายุการทำงานในวิชาชีพเฉลี่ยเพียง 22.5 ปี และพยาบาลมากกว่าครึ่งมีความเครียด โดย 45.5% มีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูง ประมาณ 1 ใน 3 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ และ 8-10 % เคยใช้ยานอนหลับ⁽²⁾

ความเครียดในการปฏิบัติงาน เป็นภาวะความกดดันด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน ถ้าไม่สามารถขจัดภาวะกดดันนี้ไปได้จะส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ⁽³⁾ ความเครียดมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ถ้าความเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีประสิทธิภาพในการทำงาน แต่ถ้ามีมากเกินไปหรือเรื้อรังจะส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน โรคกระเพาะ โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด⁽⁴⁾ ความเครียดในการปฏิบัติงานสามารถเกิดขึ้นได้เสมอกับบุคคลทั่วไปในทุกอาชีพ จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับกรอบตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งอาชีพที่มี

ระดับความเครียดสูงในระดับต้นๆมากกว่าอาชีพอื่นๆ ได้แก่ ตำรวจ พนักงานดับเพลิง นักสังคมศาสตร์ ครูและบุคลากรทางด้านสุขภาพ⁽⁵⁾

วิสัญญีพยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรทางการแพทย์ทำหน้าที่รับผิดชอบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อการบำบัดรักษาด้วยหัตถการทางเวชกรรมต่างๆ เป็นหัตถการที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายที่มารับการระงับความรู้สึกถือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การให้บริการทางวิสัญญีต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ความละเอียดรอบคอบ ทักษะ ประสบการณ์ ความสามารถในการตัดสินใจ ตลอดจนความพร้อมของอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังและปฏิบัติงาน มิเช่นนั้นอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล 20 แห่งของสมรรัตน์ จารุลักษณะ นันท์ และคณะ (2551)⁽⁶⁾ โดยทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือเสียชีวิต ตั้งแต่เริ่มให้ยาระงับความรู้สึกจนถึง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบผู้ป่วยเสียชีวิต 462 ราย เท่ากับอัตรา 28.2 ต่อ 10,000 หรืออัตราส่วน 1 ต่อ 354 ใกล้เคียงกับสถิติในประเทศตะวันตก และในประเทศสหรัฐอเมริกามีรายงานพบว่า การให้บริการด้านการระงับความรู้สึกเป็นสาเหตุที่ถูกฟ้องร้องสูงสุดและมีการฟ้องร้องทางแพ่งมากกว่า 600 ล้านบาท จึงทำให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานได้ง่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านปริมาณงานและความกดดันด้านเวลา 2) ด้านปัญหาในองค์กรและการบริหารจัดการ 3) ด้านสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบุคคล 4) ด้านสภาพการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่ดี สำหรับการศึกษาความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลนั้นมีผู้ทำการศึกษามีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ⁽⁷⁾ พบว่า สาเหตุที่เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์ ได้แก่ 1) คุณลักษณะงานเนื่องจากงานวิสัญญีเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูง การต้องอยู่เวร On-call ผู้ป่วยที่มารับบริการมีความซับซ้อน การไม่สามารถ

คาดเดาเหตุการณ์ในอนาคตและอาจต้องเผชิญกับเหตุการณ์ การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่คาดคิดขณะให้การระงับความรู้สึก 2) ปริมาณงาน พบว่า ปริมาณงานมีมากเกินไป เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร ทำให้มีความกดดันด้านเวลา และมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน 3) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ เกิดจากปัญหาด้านโครงสร้างขององค์กร การจัดการตารางการปฏิบัติงานที่ไม่แน่นอน ความกดดันด้านผลการปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าในวิชาชีพและการศึกษา 4) ปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดี เกิดจากปัญหาขัดแย้งกับแพทย์ผ่าตัด ทีมห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญีด้วยกันเองในด้านการประสานงาน การสื่อสารและการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน 5) สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เกิดจาก สถานที่คับแคบ การขาดแคลนอุปกรณ์ รวมถึงอากาศในห้องผ่าตัดที่ค่อนข้างเย็นจัดทำให้ง่ายต่อการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล (7-11)

จากการปรับรูปแบบการบริหารจัดการในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข โดยการแบ่งพื้นที่เป็นเขตสุขภาพ จำนวน 12 เขต เขตสุขภาพที่ 7 ทำหน้าที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ มีประชากรทั้งหมด 5,030,287 คน อัตราส่วนแพทย์ : ประชากร เท่ากับ 1 : 6,226 สถานบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 5 แห่งและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 67 แห่ง จากสถิติการให้บริการวิสัญญีของโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ในปีงบประมาณ 2558 ให้บริการวิสัญญีเพื่อทำหัตถการผ่าตัดด้วยวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) มากที่สุด รองลงมาคือ การฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง (Spinal/ Epidural block) และ Monitoring Anesthesia Care ตามลำดับ เมื่อจำแนกประเภทของผู้ป่วยตาม ความเสี่ยงของการรับระงับความรู้สึกของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกา แบ่งเป็น 6 กลุ่ม คือ ASA Class 1 - 6 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพร่างกายอยู่ใน ASA Class 2 มากที่สุด (ร้อยละ 48.56) รองลงมาคือ ASA Class 3 (ร้อยละ 27.23) และ ASA Class 1 (ร้อยละ 21.83) ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายอยู่ใน ASA Class 2 และ 3 เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนขณะให้การระงับความรู้สึกและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีในขณะให้การระงับความรู้สึกและเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความเครียดในขณะปฏิบัติงาน (8) นอกจากนี้พบว่า อัตราส่วนของวิสัญญีพยาบาลต่อห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปต่ำกว่ามาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) บางแห่งขาดวิสัญญีแพทย์ทำให้วิสัญญีพยาบาลต้องเผชิญปัญหาและขาดที่ปรึกษา วิสัญญีพยาบาลต้องปฏิบัติงานเวรเข้าต่อเวรบายต่อเวรตีกรรมระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง หรือ 32 ชั่วโมงต่อวันโดยไม่หยุดพัก ก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย⁽¹²⁾ ส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน ผลการปฏิบัติงาน การขาดงานจากการเจ็บป่วย และการลาออกตามมา⁽⁷⁾

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยตระหนักในความสำคัญ และมีความสนใจที่จะศึกษาความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ออกเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาและกำหนดแผนหรือนโยบายในการพัฒนางานด้านการบริหารการพยาบาล ช่วยลดสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดและลดความรุนแรงของความเครียดในการปฏิบัติงาน ทำให้วิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพในการบริการพยาบาลโดยรวมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน ปัจจัยด้านปริมาณงาน ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานกับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยมีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รวมจำนวนวิสัญญีพยาบาลทั้งหมด 74 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นวิสัญญีพยาบาลประจำการระดับผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญี 1 ปีขึ้นไป โดยปฏิบัติงานให้การดูแลและให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยบริการ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ โรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2559 ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลทั้งหมด 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลวิสัญญี จำนวนเวรที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ ข้อคำถามมีลักษณะแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด

ในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงจากแนวคิดของ Wheeler and Riding (1994)⁽⁷⁾ และ Marquis and Huston (2003)⁽¹³⁾ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านคุณลักษณะงาน ด้านปริมาณงาน ด้านการบริหารจัดการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับโดยข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ข้อคำถามเชิงลบ คือ ข้อคำถามด้านลักษณะงาน ด้านปริมาณงานและด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ยกเว้น ข้อ 4 และข้อ 5 ของด้านปริมาณงานเป็นคำถามเชิงบวก โดยมีการให้ความหมายและค่าคะแนนแต่ละข้อของคำถามเชิงลบ ดังนี้

- 1 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด(ร้อยละ 0 – 20)
 - 2 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานน้อย (ร้อยละ 21 – 40)
 - 3 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานปานกลาง(ร้อยละ 41 – 60)
 - 4 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานมาก(ร้อยละ 61 – 80)
 - 5 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานมากที่สุด(ร้อยละ 81 – 100)
- ข้อคำถามเชิงบวก คือ ข้อคำถามด้านการบริหารจัดการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ ข้อ 4 และข้อ 5 ของด้านปริมาณงาน เป็นคำถามเชิงบวก โดยมีการให้ความหมายและค่าคะแนนแต่ละข้อกลับทาง ดังนี้
- 1 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานมากที่สุด(ร้อยละ 81 – 100)
 - 2 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานมาก(ร้อยละ 61 – 80)
 - 3 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานปานกลาง(ร้อยละ 41 – 60)
 - 4 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานน้อย (ร้อยละ 21 – 40)

5 หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านเกิด
ความเครียดในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด(ร้อยละ 0 – 20)

แปลความหมายความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่
ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของ
วิสัญญีพยาบาล ได้ดังนี้⁽¹⁴⁾

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนน
มีความเครียดน้อยที่สุด	1.00 – 1.49
มีความเครียดน้อย	1.50 – 2.49
มีความเครียดปานกลาง	2.50 – 3.49
มีความเครียดมาก	3.50 – 4.49
มีความเครียดมากที่สุด	4.50 – 5.00

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดในการ
ปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้
ดัดแปลงจากแบบวัดความเครียดของ Smith (1993)⁽¹⁵⁾ ซึ่งมี
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการปฏิบัติงานและ
ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่แสดงออกในลักษณะ
ต่างๆ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านพฤติกรรม
ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating
scale) 5 ระดับ โดยมีการให้ความหมายและค่าคะแนนแต่ละ
ข้อ ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง เกิดขึ้นเป็นประจำทุกวัน
 - 4 คะแนน หมายถึง เกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง
 - 3 คะแนน หมายถึง มีเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
 - 2 คะแนน หมายถึง เกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง
 - 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเกิดขึ้นกับท่าน
- แปลความหมายของระดับความเครียดในการ
ปฏิบัติงาน ได้ดังนี้⁽¹⁶⁾

ระดับความเครียดในการปฏิบัติงาน	ระดับคะแนน
มีความเครียดในระดับต่ำ	1.00 – 2.33
มีความเครียดในระดับปานกลาง	2.34 – 3.66
มีความเครียดในระดับสูง	3.67 – 5.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง
ตามเนื้อหา (Content validity index = CVI) ของ
แบบสอบถามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน
ของวิสัญญีพยาบาลและแบบสอบถามความเครียดในการ

ปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลเท่ากับ .92 และ .96
ตามลำดับ จากนั้นได้นำไปทดลองใช้ (try out) กับวิสัญญี
พยาบาลโรงพยาบาลยโสธรและโรงพยาบาลนครพนม ซึ่ง
ไม่ได้อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 30 คน และนำมา
คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามปัจจัยที่
ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล
และแบบสอบถามความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญี
พยาบาลเท่ากับ .94 และ .97 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดย
การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดใน
การปฏิบัติงาน และระดับความเครียดในการปฏิบัติงานของ
วิสัญญีพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ก่อให้เกิด
ความเครียดในการปฏิบัติงานกับความเครียดในการ
ปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลโดยหาค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment
correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์
ของการวิจัยและมีการรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม
ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานผลจะนำเสนอใน
ภาพรวมไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคล แบบสอบถามได้ผ่านการ
พิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างวิสัญญี
พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.44 เพศ
ชายร้อยละ 6.16 อายุเฉลี่ย 43 ปี (อายุต่ำสุด 23 ปีและสูงสุด
58 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 50) มี
สถานภาพสมรสร้อยละ 53.03 รองลงมาไม่มีสถานภาพโสด
ร้อยละ 37.88 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ

ปริญญาตรีร้อยละ 92.42 ประสบการณ์การทำงานด้าน
วิสัญญีพยาบาลเฉลี่ย 14 ปี (ต่ำสุด 1 ปีและสูงสุด 37 ปี)
ส่วนใหญ่มิ่ประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญีพยาบาลอยู่
ในช่วง 1 – 5 ปี (ร้อยละ 24.24) จำนวนเวรที่ขึ้นปฏิบัติงาน
นอกเวลาราชการเฉลี่ย 4 เวรต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่ขึ้น
ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ 3 - 4 เวร (ร้อยละ 40.91)
รองลงมาคือ 5 - 6 เวร (ร้อยละ 36.36) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
42,928 บาท (ต่ำสุด 18,000 บาทและสูงสุด 70,000 บาท)
ส่วนใหญ่มิ่รายได้ในช่วง 30,001 – 40,000 บาท (ร้อยละ
36.36) และพบว่ามิ่รายได้เพียงพอร้อยละ 51.52 รายได้มิ่
เพียงพอร้อยละ 48.48

2. ความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต
สุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.42$ SD =
.33) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ความเครียดที่แสดงออก
ทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด
($\bar{X} = 2.82$ SD = .30) รองลงมาคือ ด้านจิตใจและด้าน

พฤติกรรมซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.30$, 1.92 SD = .41, .44
ตามลำดับ)

3. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน
ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$
= 3.59, SD = .32) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้าน
คุณลักษณะงานก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของ
วิสัญญีพยาบาลอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ =
3.99, SD = .55) รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพระหว่าง
บุคคล, ด้านปริมาณงานและด้านการบริหารจัดการ ($\bar{X}$ =
3.91, 3.57, 3.50 SD = .46, .57, .30 ตามลำดับ) ส่วนด้าน
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานก่อให้เกิดความเครียดใน
การปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางและ
มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.32$, SD = .47)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิด
ความเครียดในการปฏิบัติงานกับความเครียดในการ
ปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานกับความเครียด
ในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ในการปฏิบัติงาน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กับความเครียดในการปฏิบัติงาน		การแปลผล
	r	p - value	
1. ด้านการบริหารจัดการ	.698	.000*	สูง
2. ด้านคุณลักษณะงาน	.697	.000*	สูง
3. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.645	.000*	สูง
4. ด้านปริมาณงาน	.493	.000*	ปานกลาง
5. ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	.481	.000*	ปานกลาง
รวม	.796	.000*	สูง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด
ในการปฏิบัติงานโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความเครียด
ในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 ทางบวก
ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .796$)
เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านการบริหารจัดการ, ด้าน
คุณลักษณะงานและด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมี
ความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญี

พยาบาลทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .698, .697, .645$ ตามลำดับ) ด้านปริมาณงานและด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .493, .481$ ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.42$ SD = .33) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ความเครียดที่แสดงออกทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.82$ SD = .30) รองลงมาคือ ด้านจิตใจและด้านพฤติกรรมซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.30, 1.92$ SD = .41, .44 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อการบำบัดรักษาด้วยหัตถการทางเวชกรรมต่างๆ การระงับความรู้สึกเป็นหัตถการที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย ผลของการปฏิบัติงานมีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคคลอื่น จึงต้องมีการใช้วิจารณญาณของตนเองในการตัดสินใจที่จะกำหนดขั้นตอน เลือกวิธีการปฏิบัติงานและพิจารณาแก้ไขปัญหาในภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง รวมทั้งการมีภาระงานมากและการปฏิบัติงานที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติที่มีความคาดหวังสูง และยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ทำให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความเครียดในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ จันทระเสริฐ (2555) ชนิดา ชัยวิรุฬห์ (2553) ระพีพร สิทธานุกูล (2551) วชิรา จันนุพันธ์ (2549) และทัศนาลี้ศิริวัฒนากุล (2549) ⁽¹⁷⁻²¹⁾ ที่ศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน โดยรวมมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวง

สาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .796$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า

การบริหารจัดการ พบว่า ปัญหาด้านการบริหารจัดการ โดยรวมมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .698$) อธิบายได้ว่า การบริหารจัดการเป็นกระบวนการดำเนินการเพื่อให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพขององค์กร การใช้ศิลปะในการทำงานโดยให้สอดคล้องกับทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ขององค์กร การบริหารจัดการที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อทั้งองค์กรและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Perry T. R. (2005) ; Thomas I. and Anthony J. (2006) ^(8,12) ที่กล่าวว่า การบริหารจัดการส่งผลกระทบต่อความเครียดและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และพบว่า ความเครียดของวิสัญญีพยาบาลที่มาจากปัญหาการบริหารจัดการมีสาเหตุมาจากปริมาณงานที่มากเกินไป ความกดดันด้านผลการปฏิบัติงาน บุคลากรในการทำงานมีจำนวนไม่เพียงพอทำให้เกิดความไม่แน่นอนของตารางการปฏิบัติงานในแต่ละวัน

ด้านคุณลักษณะงาน พบว่า ด้านคุณลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .697$) อธิบายได้ว่า งานวิสัญญีพยาบาลเป็นงานที่ต้องมีกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ทักษะความรู้ ความสามารถและความชำนาญหลายด้าน ผลของการปฏิบัติงานมีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคคลอื่น จึงต้องมีการใช้วิจารณญาณของตนเองในการตัดสินใจที่จะกำหนดขั้นตอน เลือกวิธีการปฏิบัติงานและพิจารณาแก้ไขปัญหาในภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง และในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของวิทยาการใหม่ๆ มียา อุปกรณ์และเครื่องมือในการระงับความรู้สึกที่ทันสมัยมากขึ้น จึงต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญในการใช้ ซึ่งสถานการณ์ในด้านคุณลักษณะของงานดังกล่าวจึงส่งผลให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน

ของวิสัญญีพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Perry, T. R. (2005); Nyssen, A. and Hansez, I. (2008); Thomas, I. and Anthony, J. (2006) ; และ สังวาลย์ สกษมณี (2556) (8,11,12,22) ที่กล่าวว่า ลักษณะงานของวิสัญญีพยาบาลเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะ เป็นงานต้องเผชิญกับภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความซับซ้อนของผู้ป่วยในแต่ละราย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะให้การระงับความรู้สึก

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่าปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .645$) อธิบายได้ว่า วิสัญญีพยาบาลเป็นอาชีพที่ทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องรับการระงับความรู้สึกเพื่อการบำบัดรักษาด้วยหัตถการทางเวชกรรมต่างๆ ความซับซ้อนของผู้ป่วยในแต่ละรายส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะให้การระงับความรู้สึก ดังนั้นก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยในแต่ละรายจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเตรียมเลือดให้พร้อมใช้ หากผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด การส่งปรึกษาอายุรแพทย์กรณีผู้ป่วยมีปัญหาที่เสี่ยงต่อการให้การระงับความรู้สึก บางครั้งมีผู้ป่วยที่มีสภาพไม่พร้อมในการรับระงับความรู้สึกทำให้วิสัญญีพยาบาลถูกกดดันและมีข้อขัดแย้งกับทีม รวมถึงบางโรงพยาบาลไม่มีวิสัญญีแพทย์ทำให้วิสัญญีพยาบาลขาดที่ปรึกษา ขาดผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ผู้ผ่าตัด ส่งผลทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Perry T. R. (2005)⁽⁸⁾ ที่พบว่าปัญหาด้านสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ร่วมงานของวิสัญญีพยาบาล มักเกิดจากวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลด้วยกันเองและบุคลากรในทีมผ่าตัดอื่นๆ ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงมีความสำคัญเนื่องจากการเสริมแรงทางบวกในการปฏิบัติงานและลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน ได้แก่ การให้เกียรติ การยอมรับ การช่วยเหลือ การแบ่งปันผลประโยชน์ การสนับสนุน การพึ่งพาและความไว้วางใจ

ซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้พยาบาลคงอยู่ในงานและมีความพึงพอใจในการทำงาน ในทางตรงกันข้ามหากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดีจะส่งผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงานลดลง ขี้งานหรือลาออกจากงานและเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน⁽¹⁷⁾

ด้านปริมาณงาน พบว่า ด้านปริมาณงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .493$) อธิบายได้ว่า วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 ภายหลังจากการปฏิบัติงานในเวลาราชการแล้วบางคนต้องปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อในเวรบายและดึก บางคนต้องมาปฏิบัติงานในเวรเช้าอีกในวันต่อมาเนื่องจากการขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากร ทำให้มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน จากการศึกษาพบว่า วิสัญญีพยาบาลมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 72 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งการปฏิบัติงานที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาที่ยาวนานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ไม่มีเวลาหยุดพักขณะปฏิบัติงานที่เพียงพอ การต้องทำงานล่วงเวลาด้วยความจำเป็นและการอยู่เวร On call มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย อาทิเช่น เกิดความผิดพลาดในการให้ยา การติดเชื้อและการเกิดเหตุการณ์เกือบพลาด อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ^(9,23,24) อีกทั้งจำนวนผู้รับบริการที่มาผ่าตัดบางช่วงเวลามีจำนวนมาก แต่การระงับความรู้สึกไม่สามารถรองรับได้ ภายหลังการผ่าตัดและสิ้นสุดการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินว่าปลอดภัยและสามารถหายใจได้เอง จึงจะสามารถย้ายผู้ป่วยมายังห้องพักฟื้นได้ ทำให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความกดดันจากทีมผู้ร่วมงาน รวมถึงการต้องทำงานอื่นที่ไม่ใช่งานการพยาบาล เช่น งานเบิกจ่ายวัสดุครุภัณฑ์ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้จึงส่งผลให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Perry, T. R. (2005); Lindfors, P.M. et al.(2006); Thomas, I. and Anthony, J. (2006); Nyssen, A. and Hansez, I. (2008) และสังวาลย์ สกษมณี (2556) Perry, T. R. (2005); Nyssen, A. and Hansez, I. (2008); Thomas, I. and

Anthony, J. (2006) ; และ สังวาลย์ สกษมณี (2556) (8,10,11,12,22) ที่กล่าวว่า ปริมาณงานที่มากเกินไปเป็นสาเหตุที่

ทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล

ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน พบว่า ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .481$) อธิบายได้ว่า วิสัญญีพยาบาลต้องปฏิบัติงานภายในห้องผ่าตัดที่จำเป็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง $20 - 24^{\circ}\text{C}$ ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่จะยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียได้ดี การต้องเผชิญกับอากาศที่เย็นจัดภายในห้องผ่าตัดจึงทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย และถึงแม้ว่าในปัจจุบันภายในห้องผ่าตัดจะมีการติดตั้งระบบกำจัดก๊าซที่เหลือจากการใช้งาน (Scavenging System) แต่การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็กหรือการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดภายใต้หน้ากาก (Under mask) ไม่สามารถกำจัดก๊าซที่เหลือจากการใช้งานได้ทั้งหมด ทำให้เกิดการตกค้างของยาดมสลบภายในห้องผ่าตัดและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของวิสัญญีพยาบาล รวมถึงการไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงเพิ่มขึ้นในขณะให้การระงับความรู้สึก ซึ่งสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานเหล่านี้ส่งผลทำให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Perry, T. R. (2005) Ian Thomas, I. and Anthony, J. (2006) และสังวาลย์ สกษมณี (2556) (8,12,22) ที่กล่าวว่า สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานและทำให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สถานที่ในห้องผ่าตัดคับแคบไม่มีหน้าต่าง การต้องอยู่รวมกันในห้องเดียวหลายคนและมีอุปกรณ์ต่าง ๆ มากมาย ทำให้รู้สึกอึดอัด อากาศในห้องผ่าตัดที่ค่อนข้างเย็นจัดทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และยาดมสลบที่เหลือตกค้างในห้องผ่าตัดทำให้กระทบต่อภาวะสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ในเขตสุขภาพที่ 7 อยู่ในระดับปานกลางและเพื่อให้วิสัญญีพยาบาลมีระดับความเครียดในการปฏิบัติงานลดลง ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข 4 ด้าน คือ

1.1 ด้านคุณลักษณะงาน พบว่า เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่อยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมในการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษ และสามารถตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาในภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและลดระดับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล

1.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลให้วิสัญญีพยาบาลคงอยู่ในงาน มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและลดระดับความเครียดในการปฏิบัติงาน

1.3 ด้านปริมาณงาน พบว่า เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการจัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอและเหมาะสมกับปริมาณงาน ลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลไม่ให้ยาวนานเกินไปในแต่ละวัน ลดภาระงานที่ไม่ใช่งานของวิสัญญีพยาบาล หรืออาจพิจารณาจัดส่งพยาบาลวิชาชีพไปอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีจำนวนวิสัญญีพยาบาลเพียงพอกับปริมาณงานที่มากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดระดับความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล

1.4 ด้านการบริหารจัดการ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จึงควรจัดปรับปรุงระบบการบริหารจัดการภายในหน่วยงานในทุกๆด้าน เพื่อให้วิสัญญี

พยาบาลมีการปรับปรุงผลการปฏิบัติงานและพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพขององค์กรต่อไป

2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นการวัดการรับรู้ตามที่กำหนดในแบบสอบถามเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล เช่น บทบาทในการปฏิบัติงาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการลดความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลต่อไป

4. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 เท่านั้น ผลการวิจัยบางอย่างอาจไม่สามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลที่ระดับต่างกันหรือที่อยู่นอกสังกัด จึงควรมีการศึกษาความเครียด

ในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลในสังกัดต่างๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพอื่นๆ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ในการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งวิสัญญีพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎิกมนตรี. **สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559**. http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/p11/SummaryPlan11_thai.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2557.
2. กฤษดา แสงวดี. **ผลการวิจัยคุณภาพชีวิตพยาบาลไทย**. <http://www.hfocus.org/content/2015/02/9250>. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558.กระทรวงสาธารณสุข. **เขตบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงเพื่อประชาชน**. <http://www.pr.moph.go.th/iprg/book/glg25z3k37b>. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2557.
3. สุพรรณิ พุ่มแพง. **การพัฒนาแบบประเมินความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 2556.
4. Payne, N., Kinman, G. & Jones, F. “Work Stress and Health Behaviors.” **Contemporary Occupational Health Psychology : Global Perspective on Research and Practice**. John Wiley & Sons, Ltd, 2013.
5. Harrington, R. **Stress Health and Well – Being: Thriving in the 21st Century**. United States of America, 2013.
6. สมรัตน์ จารุกฤษณานันท์และคณะ. **Improving patient safety : a systemic approach ใน วิรัตน์ วสินวงศ์และกัญทิลา รุจิโรจน์จินดา กลุ่บรรณาธิการ แนวปฏิบัติสู่การลดอุบัติการณ์ทางวิสัญญี**. สงขลา, 2551.
7. Wheeler and Riding. “Occupational stress in general nurses and midwives.” **British Journal of Nursing**. 3(10): 527 – 534, 1994.
8. Perry, T.R. “The Certified Registered Nurse Anesthetist : Occupational responsibility , Perceived stressors , Coping strategies and Work relationships.” **AANA Journal**. 73(5): 351 – 356, 2005.
9. Bae, S. & Fabry, D. “Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcome : Systemic literature review”. **Nurs Outlook**. 62: 138 – 156, 2014.
10. Lindfors, P.M. et al. “On-call stress among Finnish anaesthetists” **Anaesthesia**. 61(9): 856-866, 2006.

11. Nyssen, A. & Hansez, I. "Stress and burnout in anaesthesia." *Curr Opin Anaesthesiol.* 21 : 406 – 411, 2008.
12. Thomas, I. & Anthony, J. "Occupational hazards of anaesthesia." *Continuing Education in ansesthesia, Critical Care & Pain.* 6 (5) : 186 – 185, 2006.
13. Marquis and Huston. **Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application.** Lippincott Williams and Wilkins, 2003.
14. ประคอง วรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร, 2542.
15. Smith. **Creative Stress Management The 1-2-3 COPE System.** New Jersey ,United States of America, 1993.
16. ดวงใจ จันทระประเสริฐ. ความเครียดในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพไทย ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2555
17. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย. กรุงเทพมหานคร, 2550.
18. ชนิตา ชัยวิรุฬห์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). การศึกษาอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการประกอบการ มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2553.
19. ระพีพร สิทธาญกุล. ความเครียดในงานของพยาบาลประจำการ เขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2551.
20. วชิรา จินานุพันธ์. การศึกษาลักษณะความเครียดในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2549.
21. ทศนา ลีศิริวัฒนกุล. แหล่งก่อความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2549.
22. สัมผัส สกะมณี. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556.
23. Rogers, A. E. et al. "The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety". *Health Affairs.* 23 : 202 – 212, 2004.
24. Chen, M. et al. "The Correlation between Work Stress, Job Satisfaction and Quality of life among Nurse Anesthetists Working in Medical Centers in Southern Taiwan." *Nurse and Health.* 2 (2) : 35 – 47, 2014.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

Factors Influencing Competencies of Nurse Anesthetist at General Hospitals under the Ministry of Public Health in Health Area 7th

วิมลรัตน์ คชอาจ¹, เรณูการ์ ทองคำรอด², ศรีนวล สติวิทยานันท์³

Wimolrat Kotchaard , Renukar Thongkhamrod , Seenual Sadhiwithayanon

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยด้านบุคลิกและปัจจัยเชิงจิต และระดับสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลิกและปัจจัยเชิงจิตกับสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล และ (3) อิทธิพลของปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาลระดับผู้ปฏิบัติการ ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 66 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (2) ปัจจัยด้านบุคลิกและปัจจัยเชิงจิตในการทำงานของวิสัญญีพยาบาล (3) สมรรถนะวิสัญญีพยาบาล แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 จากนั้นนำไปทดลองใช้ ได้ค่าความเที่ยงของปัจจัยด้านบุคลิกและปัจจัยเชิงจิตเท่ากับ .95 ได้ค่าความเที่ยงของสมรรถนะวิสัญญีเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) วิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 มีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านบุคลิกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยเชิงจิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (2) ปัจจัยด้านบุคลิกและปัจจัยเชิงจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.942$ และ $r=0.917$) (3) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ปัจจัยเชิงจิตด้านความรู้สึกรับการยอมรับ ปัจจัยด้านบุคลิกด้านเงินเดือน ค่าตอบแทนสวัสดิการ ปัจจัยเชิงจิตด้านความรับผิดชอบต่องาน ปัจจัยด้านบุคลิกด้านการปกครองและการนิเทศ และปัจจัยด้านบุคลิกด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งปัจจัยพยากรณ์ทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ได้ร้อยละ 91.3

คำสำคัญ สมรรถนะ , แรงจูงใจ , วิสัญญีพยาบาล

Abstract

The purposes of this descriptive study were: (1) to study hygiene factors, motivation factors, and competencies of nursing anesthetists at general hospitals under the Ministry of Public Health in Area Health 7th, (2) to find the relationships between hygiene factors, motivation factors, and competencies of nursing anesthetists at general hospitals under the Ministry of Public Health in Area Health 7th, and (3) to investigate the influential factors (hygiene factors and motivation factors) in the competencies of nursing anesthetists at general hospitals under the Ministry of Public Health in Area Health 7th.

The sample comprised 66 nursing anesthetists who worked more than 1 years and performers, and were selected by the purposive sampling technique. Questionnaires were used as research tools which comprised three sections: personal data, hygiene factors, motivation factors, and competencies of nursing anesthetists. These questionnaires were tested for content validity and reliability. CVI was 0.91. The Cronbach' alpha reliability Coefficients of hygiene factors, motivation factors, and competencies of nursing anesthetists were 0.95, 0.95 and 0.87. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment coefficient, and stepwise multiple regression. The results were as follows. (1) Nursing anesthetists rated their competencies hygiene factors, and motivation factors at high level. (2) Hygiene factors and motivation factors statistically, significantly, and positively related to competencies of nursing anesthetists ($r = 0.942$, $r = 0.917$, $p < .01$). (3) Independent variable which could significantly predict competencies of nursing anesthetists were recognition, salary, responsibility, technical supervision, and interpersonal relationship. These predictors accounted for 91.3 percent.

Keywords: Competency, Motivation, Nurse Anesthetist

¹ นิติหลักสูตรบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

จากนโยบายการปฏิรูประบบราชการของรัฐบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ทำให้เกิดการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลง ในหน่วยงานราชการทุกแห่ง ทั้งด้านงบประมาณ การบริหารจัดการ และการประเมินผลงานของหน่วยงาน โดย มุ่งเน้นการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ทำให้ภาค ราชการทุกแห่งต้องกำหนดวิสัยทัศน์ในการทำงานให้ ชัดเจน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้ สอดคล้องและเหมาะสม การที่หน่วยงานจะบรรลุคู่ ผลสัมฤทธิ์ขององค์กรได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยนำเข้าทั้งด้าน งบประมาณ ทรัพยากรด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ รวมทั้งมีระบบบริหารจัดการ ที่ดี ซึ่งทรัพยากรบุคคลนับเป็นปัจจัยหลักในการพัฒนา หน่วยงานจึงต้องสนใจวิเคราะห์ถึงสมรรถนะที่พึง ประสงค์ และพัฒนาให้บุคลากรภายในหน่วยงานมี สมรรถนะเพียงพอต่อการปฏิบัติในแต่ละหน้าที่ที่ รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์รวมทั้งตอบสนองเป้าหมาย ขององค์กร⁽¹⁾ ประกอบกับคณะกรรมการข้าราชการพล เรือน (ก.พ.) มีนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคล ภายใต้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาข้าราชการพลเรือน ที่มุ่งเน้นพัฒนา ข้าราชการ โดยยึดหลักสมรรถนะและ พัฒนาขีด ความสามารถเพื่อให้ข้าราชการเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนางานใน หน้าที่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ⁽²⁾

ดังนั้นตัวแบบสมรรถนะหรือโมเดลสมรรถนะ (competency model) จึงเป็นเครื่องมือในประเมินหรือ ทำนายผลสำเร็จของการปฏิบัติงานของบุคคลนั้นๆ เป็น การพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีทักษะ ความรู้ ความสามารถปฏิบัติงานที่ได้รับผิดชอบ เพื่อให้เกิด ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ขององค์กรได้ในยุคปัจจุบันที่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีการแข่งขันสูง องค์กรจึงต้องนำสมรรถนะมาใช้เป็นเครื่องมือในการ จัดการองค์กร โดยใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาและใช้ ประโยชน์จากความสามารถของบุคลากรที่มีอยู่เพื่อให้ เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีตามวัตถุประสงค์ขององค์กรหรือได้ผล ดีกว่าที่องค์กรกำหนด⁽³⁾

วิสัญญีพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการ สุขภาพ ที่ทำหน้าที่ให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับ การผ่าตัด ภายใต้การควบคุมดูแลของวิสัญญีแพทย์หรือ แพทย์ที่ทำหัตถการ กระบวนการในการทำงานนั้นเริ่ม ตั้งแต่การเยี่ยมผู้ป่วยที่ตึกเพื่อประเมินสภาพร่างกายก่อน การผ่าตัด 1 วัน วินิจฉัยปัญหาและภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อ วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างการผ่าตัดมีการ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด มีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าหรือแก้ไข ภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการผ่าตัด มีการ ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์ที่ทำการผ่าตัด เมื่อเสร็จการผ่าตัดมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังการให้ยา ระงับความรู้สึกที่ห้องพักฟื้น จนผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนจึงส่งผู้ป่วยกลับตึก และมีการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อ ติดตามผลและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการ ให้ยาระงับความรู้สึก การให้ยาระงับความรู้สึกนั้นเป็น หัตถการที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยสูง การให้ยาระงับ ความรู้สึกไม่ใช่เพียงให้ผู้ป่วยหลับ ไม่รับรู้ความเจ็บปวด หรือสิ่งกระตุ้นและสลายแพทย์สามารถผ่าตัดได้โดยสะดวก เท่านั้น วิสัญญีพยาบาลผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องคำนึงถึง ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ต้องสามารถวินิจฉัย และแก้ไข รวมถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆใน ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกได้⁽⁴⁾

จากการสอบถามถึงการประเมินสมรรถนะของ วิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวง สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 พบว่ายังไม่มีมีการประเมิน สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลที่ชัดเจนและเป็นแนวทาง เดียวกัน บางโรงพยาบาลก็มีการประเมินสมรรถนะเฉพาะ ด้านพยาบาลวิชาชีพทั่วไป คือสมรรถนะหลัก (Core competency) และสมรรถนะที่กำหนดของกลุ่มการ พยาบาล (Functional competency) ส่วนการประเมิน สมรรถนะเฉพาะงาน (Job competency) ยังไม่มีการ ประเมิน ในส่วนของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ผู้วิจัย ปฏิบัติงานอยู่ มีการประเมินสมรรถนะหลัก (Core competency) สมรรถนะที่กำหนดของกลุ่มการพยาบาล (Functional competency) และสมรรถนะเฉพาะงาน (Job

competency) แต่สมรรถนะเฉพาะงานยังประเมินได้ไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นวิสัญญีพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงานของเฮิร์สเบิร์ก⁽⁵⁾ (Herzberg' Theory of Motivation) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยค่าจูงและปัจจัยจูงใจมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 เนื่องจากทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในการจูงใจบุคลากรในองค์กรให้มีการพัฒนาสมรรถนะในการทำงาน นอกจากนี้ในปัจจัยค่าจูงและปัจจัยจูงใจยังมีปัจจัยย่อยที่ครอบคลุมการปฏิบัติงานในองค์กรมากที่สุด ทั้งในด้านการบริหารจัดการขององค์กรและตัวผู้ปฏิบัติงาน เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้กับองค์กรทางราชการที่มีทรัพยากรบริหารจัดการและเหมาะสมกับองค์กรที่มีที่มีลักษณะเป็นองค์กรที่ให้บริการทางสังคม จากนั้นจะได้นำผลการวิจัยที่อธิบายถึงปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยค่าจูงและปัจจัยจูงใจ และระดับสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยค่าจูงและปัจจัยจูงใจกับสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการวิจัย เป็นวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

5 โรงพยาบาล ประกอบด้วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลชุมแพ และโรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น รวมจำนวนวิสัญญีพยาบาลทั้งหมด 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นวิสัญญีพยาบาลระดับผู้ปฏิบัติการ ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งวิสัญญีพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ประกอบด้วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลชุมแพ และโรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น รวมจำนวนวิสัญญีพยาบาลทั้งหมด 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความพึงพอใจของรายได้ ข้อมูลถามมีลักษณะแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจประกอบด้วยปัจจัยค่าจูงและปัจจัยจูงใจในการทำงานของวิสัญญีพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยค่าจูง มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ นโยบายและการบริหาร การปกครองนิเทศ ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน สภาพการทำงานและเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการ ประกอบด้วยข้อมูลถามทั้งหมด 27 ข้อ ปัจจัยจูงใจมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบในงานและความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ประกอบด้วยข้อมูลถามทั้งหมด 27 ข้อ รวมข้อมูลถามทั้งหมด 54 ข้อ

ส่วนที่ 3 สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล ไว้ 8 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก 2) การบริหารยาระงับความรู้สึกและเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกตามประกาศของสภาการพยาบาล 3) การ

ประเมินผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึก 4) การตัดสินใจแก้ไขปัญหภาวะวิกฤติ 5) การทำหัตถการ 6) การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมงาน 7) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติและ 8) การใช้เทคโนโลยี รวมทั้งหมดจำนวน 35 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัย คำจูน ปัจจัยจิตใจและสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคำจูน ปัจจัยจิตใจกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลวิสัญญี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)⁽⁶⁻⁷⁾

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.44 อายุเฉลี่ย 43 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.03 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 92.42 ประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญีพยาบาลเฉลี่ย 14 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 42,928 บาท และพบว่ามีรายได้เพียงพอร้อยละ 51.52

2. สมรรถนะวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.37$, $S.D=0.36$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าสมรรถนะด้านการทำหัตถการ อยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{x}=4.51$, $S.D=0.55$) ด้านการใช้เทคโนโลยี ด้านการประสานงานระหว่างทีมสห

สาขาวิชาชีพและทีมงานวิสัญญี ด้านการประเมินผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึก ด้านการบริหารยาระงับความรู้สึกและเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ด้านการตัดสินใจแก้ไขปัญหภาวะวิกฤติ ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ และด้านการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.42$, 4.41 , 4.40 , 4.36 , 4.29 , 4.29 , 4.28 และ $S.D=0.55$, 0.51 , 0.56 , 0.58 , 0.53 , 0.51 , 0.52 ตามลำดับ)

3. ปัจจัยคำจูนและปัจจัยจิตใจของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยคำจูนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.36$, $S.D=0.40$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับด้านนโยบายและการบริหารงาน อยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{x}=4.53$, $S.D=0.37$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการปกครองและการนิเทศและด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการและด้านสภาพการทำงาน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.43$, 4.37 , 4.27 , 4.18 และ $S.D=0.43$, 0.38 , 0.53 , 0.58 ตามลำดับ) ปัจจัยจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.36$, $S.D=0.37$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับด้านความรับผิดชอบต่องาน ด้านลักษณะงาน อยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{x}=4.66$, 4.63 และ $S.D=0.32$, 0.33 ตามลำดับ) ด้านความสำเร็จในงาน ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่และด้านความรู้สึกได้รับการยอมรับอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.24$, 4.20 , 4.08 และ $S.D=0.54$, 0.62 , 0.48 ตามลำดับ)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคำจูนและปัจจัยจิตใจกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านและปัจจัยเชิงจิต กับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 (n=66)

ปัจจัย	สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ปัจจัยด้านโดยรวม	0.942	< .001	สูงมาก
ด้านสภาพการทำงาน	0.892	< .001	สูงมาก
ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการ	0.837	< .001	สูงมาก
ด้านการปกครองและการนิเทศ	0.805	< .001	สูงมาก
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.755	< .001	สูง
ด้านนโยบายและการบริหารงาน	0.721	< .001	สูง
2. ปัจจัยเชิงจิตโดยรวม	0.917	< .001	สูงมาก
ด้านความรู้สึกได้รับการยอมรับ	0.852	< .001	สูงมาก
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่	0.756	< .001	สูง
ด้านความสำเร็จในงาน	0.712	< .001	สูง
ด้านความรับผิดชอบต่องาน	0.698	< .001	สูง
ด้านลักษณะงาน	0.620	< .001	สูง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่าปัจจัยด้าน โดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมในระดับสูงมาก ($r=0.942$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าปัจจัยด้านทุกด้านมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์จากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านสภาพการทำงาน ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการ ด้านการปกครองและการนิเทศ มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r=0.892, 0.837, 0.805$ ตามลำดับ) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านนโยบายและการบริหารงาน มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูง ($r=0.755, 0.721$ ตามลำดับ) ปัจจัยเชิงจิต โดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล

โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมในระดับสูงมาก ($r=0.917$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าปัจจัยเชิงจิตทุกด้านมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์จากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านความรู้สึกได้รับการยอมรับ มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r=0.852$) ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ด้านความสำเร็จในงาน ด้านความรับผิดชอบต่องาน ด้านลักษณะงาน มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูง ($r=0.756, 0.712, 0.698, 0.620$ ตามลำดับ)

5. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อค้นหาตัวพยากรณ์สมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

ตาราง 2 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อค้นหาตัวพยากรณ์สมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาล
ทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

โมเดล	ตัวพยากรณ์	R	R ²	Adjust R ²	R ² Change	F	p-value
1	x ₇	.852	.726	.722	.726	169.728	<.001
2	x ₇ x ₉	.927	.856	.854	.132	59.029	<.001
3	x ₇ x ₉ x ₅	.941	.886	.880	.027	14.635	<.001
4	x ₇ x ₉ x ₅ x ₂	.951	.905	.899	.019	12.537	<.001
5	x ₇ x ₉ x ₅ x ₂ x ₃	.956	.913	.906	.008	5.758	<.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่าตัวพยากรณ์ที่ดีในการพยากรณ์สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ปัจจัยจิตใจ ด้านความรู้สึกได้รับการยอมรับ (x_7) ปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบต่องาน (x_8) ปัจจัยค่าจ้าง ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการ (x_9) ปัจจัยค่าจ้างด้านการปกครอง และการนิเทศ (x_2) และปัจจัยค่าจ้างด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (x_3) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 91.3 ($R^2=0.913$) สามารถสร้างสมการพยากรณ์สมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ได้สมการในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = .318 + .195x_7 + .182x_8 + .263x_9 + .170x_2 + .116x_3$$

สมรรถนะวิสัญญีพยาบาล = $.318 + .195(\text{การได้รับการยอมรับ}) + .182(\text{เงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการ}) + .263(\text{ความรับผิดชอบต่องาน}) + .170(\text{การปกครองและการนิเทศ}) + .116(\text{ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล})$

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยค่าจ้างและปัจจัยจิตใจกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 โดยปัจจัยค่าจ้างโดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมในระดับ สูง มาก ($r=0.942$) ปัจจัยจิตใจ โดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมในระดับสูงมาก ($r=0.917$) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยค่าจ้างและปัจจัยจิตใจล้วนมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โดยปัจจัยจิตใจจะสร้างความพอใจในงาน ความพอใจในงานจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเพิ่มความสนใจในการปฏิบัติงานและเพิ่มความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองก่อให้เกิดความไม่พอใจ ส่วนปัจจัยค่าจ้างเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงาน เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถกระตุ้นแรงจูงใจ แต่เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจในการทำงาน ถ้าไม่ได้รับ

การตอบสนองที่เพียงพอจะสามารถสร้างความไม่พอใจในการทำงานได้⁽⁸⁾ การสร้างแรงจูงใจจะเป็นแรงผลักดันให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรได้⁽⁹⁾ แรงจูงใจหรือแรงขับภายในจะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมาย และก่อให้เกิดสมรรถนะ⁽¹⁰⁾ ดังผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยค่าจ้างและปัจจัยจิตใจมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

ตัวพยากรณ์ที่ดีในการพยากรณ์สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่

ด้านความรู้สึกได้รับการยอมรับ วิสัญญีพยาบาลทำหน้าที่ให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใต้การควบคุมดูแลของวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์ที่ทำหัตถการ กระบวนการในการทำงานนั้นเริ่มตั้งแต่การเยี่ยมผู้ป่วยที่ตึกเพื่อประเมินสภาพร่างกายก่อนการผ่าตัด 1 วัน วินิจฉัยปัญหาและภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างการผ่าตัดมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด มีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าหรือแก้ไขภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด มีการประสานงานกับวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์ที่ทำการผ่าตัด เมื่อเสร็จการผ่าตัดมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังการให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องพักฟื้น จนผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงส่งผู้ป่วยกลับตึก และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อติดตามผลและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก จะเห็นได้ว่าการให้ยาระงับความรู้สึกนั้นเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยสูง วิสัญญีพยาบาลจึงเป็นผู้ที่คนไข้ให้การยอมรับ ทั้งแพทย์ผู้ผ่าตัด เพื่อนร่วมวิชาชีพพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยและญาติทุกคน ว่าเป็นผู้ที่ความสำคัญยิ่งต่อการผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วง ผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงมีความรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับสูง เกิดแรงจูงใจในการทำงานสูง ส่งผลถึงการแสดงออกของสมรรถนะที่สูง ดังที่รานี อิลิชยกุล (2554)⁽⁹⁾ กล่าวว่าความ

ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับ และรับรู้ว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการทำงาน โดยการสร้างผลสำเร็จของงานให้เกิดคุณค่าและชื่อเสียง

ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการ วิทยุพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ต้องการเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ ต้องการได้รับการพิจารณาความดี ความชอบ และการเลื่อนขั้นเงินเดือนที่เหมาะสมทุกปี วิทยุพยาบาลจึงเกิดการสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่สูง มุ่งทำงานให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร ซึ่งการสร้างแรงจูงใจจะเป็นแรงผลักดันให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรได้⁽⁹⁾

ด้านความรับผิดชอบต่องาน วิทยุพยาบาลเป็นผู้ที่ให้บริการความรู้สึกรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ซึ่งการให้บริการความรู้สึกรู้สึกเป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยสูง การให้บริการความรู้สึกรู้สึกไม่ใช่เพียงให้ผู้ป่วยหลับ ไม่รับรู้ความเจ็บปวดหรือสิ่งกระตุ้นและสลายแพทย์สามารถผ่าตัดได้โดยสะดวกเท่านั้น วิทยุพยาบาลผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ต้องสามารถวินิจฉัยและแก้ไข รวมถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกได้ ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายด้วยความตั้งใจ มีอิสระในการจัดลำดับความสำคัญในการทำงาน มีอิสระในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายที่รับรองเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบต่องานจึงมีผลต่อสมรรถนะของวิทยุพยาบาล⁽¹¹⁾

ด้านการปกครองและการนิเทศ งาน วิทยุพยาบาลเป็นงานที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน มีบางครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้นในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก หัวหน้างานที่ดี มีความยุติธรรม ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอชี้แนะแนวทางการแก้ปัญหาแทนการกล่าวโทษ เหล่านี้ล้วนเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ผลักดันให้เกิดความตั้งใจในการทำงาน เกิดพฤติกรรมที่ดี พฤติกรรมของคนเราเกิดขึ้นได้

ต้องมีแรงจูงใจ เพราะแรงจูงใจเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีทิศทาง เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ เมื่อมนุษย์มีความต้องการจะเกิดแรงจูงใจ ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น พฤติกรรมจึงถูกกำหนดและควบคุมด้วยแรงจูงใจ⁽¹¹⁾

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ลักษณะงานของวิทยุพยาบาลต้องมีการทำงานเป็นทีม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทั้งหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน ทุกคนต่างมีความเคารพ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน เมื่อเกิดปัญหาก็ช่วยกันแก้ปัญหา มีความสามัคคีต่อกัน ทำให้บรรยากาศในการทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น ไม่มีความขัดแย้ง ก่อให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงาน เกิดแรงบัลดาล และเกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างเต็มสมรรถนะของตนเอง⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการจูงใจบุคลากรในองค์กร โดยการโน้มน้าวให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจ หรือควบคุมแรงผลักดันจากภายในบุคคลไปในทิศทางที่ทำให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างเต็มความสมรรถนะ
2. ผู้บริหารควรที่จะสนับสนุนในตัวปัจจัยต่างๆ จากงานวิจัย เพื่อส่งเสริมให้วิทยุพยาบาลมีสมรรถนะที่สูง ทำให้การทำงานประสบความสำเร็จ เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในองค์กรต่อไป
3. ด้านรูปแบบการประเมิน ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินด้านเดียว โดยวิทยุพยาบาลเป็นผู้ประเมินตัวเอง อาจทำให้เกิดความรู้สึกเข้าข้างตัวเองได้ ควรให้มีการประเมินแบบ 360 องศา ประเมินทั้งจากตัวเอง จากเพื่อนร่วมงานและจากหัวหน้า
4. การศึกษาตัวแปรอื่นๆ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรด้านอื่นๆ เช่น ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านบรรยากาศองค์กร ด้านความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและด้านการอบรมเพิ่มเติม เป็นต้น เพื่อหาตัวพยากรณ์สมรรถนะวิทยุพยาบาล

พยาบาล และส่งเสริมในตัวปัจจัยเหล่านั้นเพื่อการพัฒนา
สมรรถนะวิสัญญีพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำ
รอด รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติวิทยานันท์ ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่กรุณา ให้คำแนะนำ
ให้คำปรึกษา ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมถึง

การให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ให้อย่างดี
เสมอมา ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในการศึกษา
เล่าเรียนจนประสบความสำเร็จ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่
ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก
และเป็นธุระในเรื่องต่างๆ ให้อย่างดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และอภิญญา จำปามูล. สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล ในประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการ
พยาบาล หน่วยที่ 12 หน้า 12-36. พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี, 2555.
2. คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือสมรรถนะข้าราชการพลเรือนไทย กรุงเทพฯ : พ.เอ.ลิฟวิ่ง, 2550.
3. ธนชัย ยมจินดา. หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ ในประมวลสาระชุดวิชาการจัดการเชิงกลยุทธ์และการจัดการเพื่อสร้างสมรรถนะ
หน่วยที่ 8 หน้า 4-13. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี, 2554.
4. ฤชญา สำเร็จและคณะ. การศึกษาปฏิบัติการความเสี่ยงรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ระหว่างปี 2547-
2551 ศรีนครินทร์เวชสาร 26(3),2554. 183-190.
5. Herzberg F. One more time: How do you motivate employees? **Harvard Business Review**. 65, 5 (September-october),1987. 109-120.
6. ปธาน สุวรรณมงคล. การออกแบบวิจัย ในประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ขั้น 1 หน่วยที่ 4 หน้า 4-42 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
นนทบุรี, 2557
7. 6.ปาริชาติ กู้ด. สติวิเคราะห์การถอดถอดพหุคูณและการถอดถอดโลจิสติก ในประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สติและ
เทคโนโลยีสารสนเทศ หน่วยที่ 10 หน้า 10-58. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี, 2556.
8. นิศยา ศรีญาณลักษณ์. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร ประชาง จำกัด, 2545.
9. รานี อธิชัยกุล. การจูงใจและการสื่อสารในองค์กร ในประมวลสาระชุดวิชาการจัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์ หน่วยที่หน้า 7-70 พิมพ์
ครั้งที่ 5. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี, 2555.
10. McClelland, D.C. *Human motivation*. Illinois. Scott, Foresman, 1985.
11. ทิพย์อาภรณ์ ประยูรสวัสดิ์เดช, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล, อารีรัตน์ ขำอยู่. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาค
ตะวันออก. ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. 2-4 มิถุนายน 2553 ณ
ห้องประชุมสุธรรมอริกุล อาคารสารนิเทศ 50 ปี ม. เกษตรศาสตร์, 2553.

ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก

Images of Professional Nurses as Perceived by Clients of In-patient Departments at
Pakphi Hospital, Nakhonnayok Province

นิชากร แก่นเผือก¹, อารี ชิวเกษมสุข²

Nichakorn kaenpuek¹, Aree Cheevakasemsook²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก 2) เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) ศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ 5 ลำดับแรกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จำนวน 153 คน ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.98

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยของภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี 2) ผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) ผู้ดูแลที่ดีที่สุดของผู้ป่วย (2) ผู้มีการสื่อสารที่ดีพูดจาไพเราะ (3) ผู้เสียสละ (4) ผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และ (5) ผู้ที่มีความอดทน

คำสำคัญ: ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ, แผนกผู้ป่วยใน, โรงพยาบาลปากพลี

Abstract

This study which the purposes were:- 1) to study images of professional nurses as perceived by clients of In-patient departments at Pakphi Hospital, Nakhonnayok province, 2) to compare images professional nurses as perceived by clients according to demographic data, and 3) to find five top images of professional nurses as perceived by clients. The sample consisted of 153 clients, who were hospitalized at In-patient departments. They were chosen by the systematic sampling technique. The study tool consisted of three parts: 1) demographic data, 2) images of professional nurses, and 3) five top their images. The tools were verified by three experts. The reliability of the second part which was done by Cronbach's alpha coefficient was 0.98

The results were as follows. 1) The clients revealed images of professional nurses at the good level. The image dimensions were rated as academic, profession, career, moral and ethics, and communication respectively. 2) The clients with diverse personal background did not view nurses images significantly difference. 3) Five top images of professional nurses were: 1) the best care givers of clients, 2) a good communicator with polite speaking, 3) devotee, 4) a person who had sympathy, and 5) a person who was patient.

Keywords: Professional nurses' image, In-patient department, Pakphi Hospital

บทนำ

ภาพลักษณ์พยาบาลเป็นภาพของพยาบาลที่เกิดขึ้นในใจของบุคคลที่รับรู้จากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ภาพลักษณ์พยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงสมัย

ในอดีตภาพลักษณ์ของพยาบาลมาจากภาพของแม่ชีที่ดูแลผู้ป่วย ช่วงสงครามโลกสตรีได้อาสาดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากสงคราม ภาพลักษณ์พยาบาลปรากฏขึ้นจากการปฏิบัติงานของฟลอเรนซ์ นิติงเกล ผู้เป็นแบบอย่างในความมีเมตตา

¹ มหาวิทยาลัยมหิดลศูนย์วิจัยสุขภาพโรงพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

กรุณา เสียสละ อุทิศตนช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากสงคราม และ ได้พัฒนาวิชาชีพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย ภาพลักษณ์พยาบาลเมื่อยุคร้อยปีก่อนได้อบรมกุลสตรีไทยให้เป็นผู้ช่วยแพทย์ในโรงพยาบาล จนกระทั่งเป็นภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องพัฒนาการบริการและองค์ความรู้ทางการพยาบาลให้ทันสมัย และเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย⁽²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศพบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลอย่างต่อเนื่องและพบว่าภาพลักษณ์พยาบาลมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ภาพลักษณ์ด้านบวก เช่น พยาบาลเป็นผู้มีคุณธรรม มีศีลธรรม เสียสละ อุดม เป็นนางฟ้า ผู้มีความเมตตา กรุณา ความรู้ มีความสามารถและมีทักษะในการปฏิบัติงาน^(1,3-8) มีความรับผิดชอบ ละเอียดรอบคอบ มีน้ำใจ ชอบช่วยเหลือมีเมตตา นุ่มนวล อ่อนหวาน⁽⁹⁾ เป็นต้น ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านลบ เช่น พยาบาลเป็นผู้ทำให้เจ็บปวด⁽¹⁰⁾ ผู้เคร่งครัดกฎระเบียบ ผู้เพื่อฝัน⁽³⁾ ผู้รับใช้ของแพทย์⁽⁵⁾ ต้องทำตามคำสั่งแพทย์ ขาดอารมณ์ขัน ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส ขาดความกล้าในการตัดสินใจ⁽⁶⁾ เคร่งครัดในกฎระเบียบ ยึดติดกับรูปแบบขั้นตอนมากเกินไป⁽¹¹⁾ เป็นต้น สรุปได้ว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการทั้งภายในประเทศและต่างประเทศมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่การศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลรัฐในระดับทุติยภูมิและในโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับโรงพยาบาลปากพลีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายกก็ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องนี้มาก่อน

โรงพยาบาลปากพลีเป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้บริการด้านสาธารณสุขตามภารกิจครอบคลุมมิติ ด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ภายใต้วิสัยทัศน์ มุ่งสู่ความเป็นเลิศในการบริการสุขภาพ ชุมชนมีส่วนร่วม รวมใจสร้าง

สุขภาพ ให้การบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง⁽¹²⁾ สำหรับหอผู้ป่วยในให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกประเภทที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นยังผู้สื่อสารและประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการจึงมองเห็นคุณลักษณะต่าง ๆ ของพยาบาลได้อย่างชัดเจน จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปี พ.ศ. 2558 พบว่าอัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล แผนกผู้ป่วยในเป็นร้อยละ 85.6 ⁽¹²⁾ แม้ว่าผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจะอยู่ในระดับดี แต่ยังมีข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการบางกลุ่มในเรื่องของพฤติกรรมบริการในด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย⁽¹³⁾ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ในบริบทของโรงพยาบาลปากพลีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมให้มีการสร้างภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับ ซึ่งจะเป็นการสร้างคุณค่า และพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับของสังคมรวมทั้งสร้างชื่อเสียงของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก
2. เพื่อเปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
3. เพื่อศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ 5 ลำดับแรกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก ในช่วงเดือน มีนาคม 2559 ถึง เดือนมิถุนายน 2559

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก จำนวน 1,028 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ที่มาใช้บริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ และหาขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร⁽¹⁴⁾ จำนวน 153 คน ดังนี้

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad n_0 = \frac{Z_{\alpha}^2 CV^2}{r^2}, \quad CV = \frac{s}{\bar{x}}$$

N = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน

ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 1,028 คน

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน

α = ความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณผิดไปจากค่าจริง

กำหนดให้เท่ากับ 0.05 ดังนั้น เท่ากับ 1.96

CV = สัมประสิทธิ์ความแปรปรวนเท่ากับ กำหนดให้เท่ากับ 0.102

r = ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ กำหนดให้ เท่ากับ 0.015

แทนค่าลงในสูตร เพื่อคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad n_0 = \frac{Z_{\alpha}^2 CV^2}{r^2}, \quad CV = \frac{s}{\bar{x}}$$

$$n = 152.2 = 153$$

จากการคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายกจำนวน 153 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป 2) มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ดี 4) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ใช้บริการที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือมีอาการไม่คงที่ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และการตอบคำถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ จำนวน 47 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การ

แปลผลคะแนนเฉลี่ยของภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ⁽¹⁵⁾ ดังนี้

คะแนน	ระดับความคิดเห็น
4.50 – 5.00	ดีมาก
3.50 – 4.49	ดี
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	ไม่ดี
1.00 – 1.49	ไม่ใช่อะไร

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ 5 ลำดับแรก โดยให้ใส่หมายเลข 1 ถึง 5 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย จำนวน 5 ลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษา นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน หาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

นำโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ก่อนดำเนินงานวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการศึกษาและประโยชน์ของการศึกษา อย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง และมีสิทธิขอในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ การป้องกันผลกระทบทางลบต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และใส่ซองส่งคืนเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมไม่อ้างอิงถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตาม

การรับรู้ของผู้ใช้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Analysis of Variance : ANOVA) เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลเป็นการแจกแจงปกติ (Normal distribution) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ 5 ลำดับแรกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 153 คนเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 68.6 ส่วนใหญ่มีอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 24.6 อายุเฉลี่ย 41.9 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 39.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 48.4 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.8 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 32

2. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับดี (เฉลี่ย = 4.10 S.D = 0.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

2.1 ด้านวิชาการ อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย = 4.18 S.D = 0.54) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านวิชาการ รายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี 2) เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดีในการตัดสินใจทางสุขภาพและ 3) เป็นผู้มีความรู้ดี ถูกต้อง ทันสมัย

2.2 ด้านลักษณะวิชาชีพ อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย = 4.17 S.D = 0.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านลักษณะวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้ช่วยชีวิต 2) เป็นผู้เสียสละและ 3) เป็นผู้มีความตั้งใจรักเพื่อนมนุษย์

2.3 ด้านความเป็นมืออาชีพ อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย = 4.10 S.D = 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านความเป็นมืออาชีพ มีค่าเฉลี่ยรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์สูงด้านการพยาบาล 2) เป็นผู้ประสานงานและร่วมงานกับผู้อื่นได้ดี และ 3) เป็นผู้มีความเชื่อมั่นในตนเอง

2.4 ด้านบุคลิกภาพ อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย = 4.09 S.D = 0.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านบุคลิกภาพมีค่าเฉลี่ยรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้รักความสะอาด แต่งกายสีขาวสะอาด เรียบร้อย 2) เป็นคนอบอุ่น ยิ้มแย้ม ให้ความเป็นกันเอง และ 3) เป็นผู้ที่มีการ มารยาทดี ปฏิบัติถูกต้องตามกาลเทศะ

2.5 ด้านคุณธรรม จริยธรรม อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย = 4.08 S.D = 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้มีความรับผิดชอบสูง 2) ไม่แสวงหาผลประโยชน์จากหน้าที่การงาน และ 3) มีความยุติธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ เคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล

2.6 ด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย = 4.03 S.D = 0.49) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี เรียงลำดับ 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) พยาบาลเป็นผู้มีมารยาท ใช้ภาษาพูดที่สุภาพ นุ่มนวล 2) เป็นผู้ฟังที่ดี ให้ความสนใจ ตั้งใจ ฟังผู้พูดและ 3) เป็นผู้ที่ไม่แสดงออกถึงผู้ที่พูดจริง พูดถูกต้อง และน่าเชื่อถือ

3. เปรียบเทียบภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกัน

4. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) พยาบาลเป็นผู้ดูแลที่ดีที่สุดของผู้ป่วย (ร้อยละ 85.6) 2) เป็นผู้มีการสื่อสารที่ดี พูดจาไพเราะ (ร้อยละ 74.5) 3) ผู้เสียสละ (ร้อยละ 66.7) 4) ผู้ที่

มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ร้อยละ (60.1) และ 5) ผู้ที่มีความอดทน (ร้อยละ 54.2)

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้านและเป็นไปในเชิงบวก 2) โรงพยาบาลปากพลีได้กำหนดให้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข พัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานโดยความร่วมมือของพยาบาลซึ่งเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพต้องให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชาชนในพื้นที่บริการของโรงพยาบาล⁽¹²⁾ 3) บทบาทหน้าที่ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดในการให้บริการด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยโดยใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ พื้นฟูสภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาโรค⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสิระยา สัมมาวาท (2542)⁽⁶⁾ ที่พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารับดี มีภาพลักษณ์ด้านลักษณะบุคคลอยู่ในระดับดี และ ขวัญจิต เฟื่องเป็น (2551)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 14 รับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในอุดมคติ และภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เป็นจริงอยู่ในระดับดี

2. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการรายด้าน อยู่ในระดับดีทุกด้าน ดังนี้

2.1 ด้านวิชาการ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านวิชาการในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลทุกคนได้รับการพัฒนาด้านวิชาการและความเชี่ยวชาญในวิชาชีพตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนด โดยมีการศึกษาต่อเนื่องและเก็บหน่วยคะแนนการศึกษาการศึกษาต่อเนื่อง (CNEU) ทุก 5 ปี⁽¹⁶⁾ 3) กลุ่มการพยาบาลกำหนดให้พยาบาลทุกคนได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูด้านวิชาการทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้าน ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติกรรม

และสาขาที่เกี่ยวข้องตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalisch & Kalisch (2004)⁽¹⁾ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่ฉลาด มีความเชี่ยวชาญเชี่ยวชาญ มีความรู้และมีทักษะ และงานวิจัยของภัคพร อินคำ (2552)⁽⁷⁾ ที่พบว่า ผู้รับบริการชาวต่างชาติ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับดี และในรายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ฉลาด มีความรู้ความสามารถและมีวินัยอยู่ในระดับดี

2.2 ด้านลักษณะวิชาชีพ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านลักษณะวิชาชีพในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลวิชาชีพได้รับการปลูกฝังให้มีจิตบริการที่ดี มีความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร เสียสละ มีความรับผิดชอบ ปรารถนาให้ผู้อื่นปลอดภัย หายจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากโรค⁽¹⁹⁾ 3) พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ใช้บริการ 4) บทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ป้องกันการแพร่ของโรคติดเชื้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุบล จัวงพานิช (2545)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้มีความขยัน อดทน ซื่อสัตย์ เสียสละ มีความรับผิดชอบ สนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย และมีความเมตตา กรุณาอยู่ในระดับดี

2.3 ด้านความเป็นมืออาชีพ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านความเป็นมืออาชีพในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด⁽¹⁶⁾ 3) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ผ่านการประเมินสมรรถนะหลักและสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามเกณฑ์กำหนด และ 4) ได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถตามแผนพัฒนานุเคราะห์ของโรงพยาบาล⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพได้มีการพัฒนาตนเองในการศึกษาความรู้ผ่านช่องทางสารสนเทศของโรงพยาบาล รวมทั้งการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ เช่น การพยาบาลเวชปฏิบัติ การพยาบาลผู้สูงอายุ⁽¹³⁾ ทำให้พยาบาลมีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์สูงในด้านการพยาบาล สอดคล้องกับผลงานวิจัยของขวัญจิต เฟื่องเป็น (2551)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เป็นจริงในด้านภาพสตรีนักวิชาชีพอยู่ในระดับดี

2.4.ด้านบุคลิกภาพ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านบุคลิกภาพในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลวิชาชีพได้รับการปลูกฝังในเรื่องบุคลิกภาพ กริยา มารยาทและการแต่งกายที่สุภาพเรียบร้อยแต่งกายด้วยชุดพยาบาลที่ขาวสะอาด 3) ได้รับการฝึกอบรมเรื่องบุคลิกภาพ การแต่งกายพฤติกรรมการให้บริการและมีจิตบริการที่ดีเป็นระยะๆ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับข้อกำหนดคุณสมบัติด้านบุคลิกภาพของพยาบาล โดยพยาบาลต้องมีบุคลิกภาพที่เหมาะสมด้านการแต่งกาย อารมณ์และจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน มีความสุข⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณภา พามา (2549)⁽²⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณลักษณะพยาบาลเป็นผู้หญิงในชุดสีขาว และลักษณะของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการได้แก่พยาบาลเป็นผู้มีความเป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส แต่งกายสะอาดเรียบร้อย และงานวิจัยของเบญจมาศ ปรีชาคุณ (2558)⁽²¹⁾ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าคุณลักษณะตนเองด้านบุคลิกภาพว่าพยาบาลเป็นมีความเมตตากรุณา เอื้ออาทร ทำที่เป็นมิตรต่อผู้ใช้บริการ

2.5.ด้านคุณธรรมจริยธรรม เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านคุณธรรม จริยธรรมในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลวิชาชีพได้รับการปลูกฝังเรื่องคุณธรรม จริยธรรมตั้งแต่เข้าศึกษาในวิชาชีพการพยาบาล และ 3) พยาบาลปฏิบัติงานเป็นผู้ให้การดูแลผู้ใช้บริการภายใต้กฎหมายจรรยาบรรณของวิชาชีพการพยาบาล ระเบียบข้อบังคับสภาการพยาบาล ที่ได้กำหนดขึ้นให้พยาบาลวิชาชีพยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของจำนงค์ อังคนาวีศิลป์ (2540)⁽²²⁾ ที่พบว่า ประชาชน และสังคมมีความคาดหวังว่าพยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม มีความประพฤติดีทั้งกาย วาจา ใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสิระชา สัมมาวาจ (2542)⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่างานของพยาบาลเป็นงานที่ต้องยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และอุบล จัวงพานิช (2545)⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าคุณพยาบาลเป็นคนดี มีศีลธรรม มีความยุติธรรม มีความประพฤติอยู่ในจารีตประเพณี นอกจากนี้ผลการศึกษาของแซิซ เอมะรักษ์ (2551)⁽²³⁾ พบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในศตวรรษที่ 21 ในด้านคุณธรรมจริยธรรม พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงและมีความซื่อสัตย์

2.6.ด้านการสื่อสาร เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านการสื่อสารในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ 2) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทโดยตรงในการสื่อสาร และประสานงานกับผู้ใช้บริการและทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล 3) มีบทบาทในการประสานงาน ติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร ในการจัดบริการและแก้ไขปัญหาต่างๆ⁽¹⁷⁾ และ 4) พยาบาลยังได้รับการพัฒนาความรู้จากโรงพยาบาล เกี่ยวกับเทคโนโลยีการสารสนเทศ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย การฝึกอบรมเรื่อง การสื่อสารและการบริการที่เป็นเลิศ สอดคล้องกับงานวิจัยของแซิซ เอมะรักษ์ (2551)⁽²³⁾ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารที่ทันสมัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างสร้างสรรค์ เป็นผู้มีความรู้สวจา และการศึกษาของวรรณภา พามา (2549)⁽²⁰⁾ พบว่า ลักษณะพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการด้านการพูดจา คือ ผู้ป่วยต้องการพยาบาลที่พูดจาไพเราะ พูดจาสุภาพ แสดงออกถึงความเป็นมิตร หน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส

3.เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกัน พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก 1) โรงพยาบาลมีการดำเนินการตามนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้ประชาชนมีสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลปากพลี จัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนภายใต้วิสัยทัศน์ พันธกิจในการมุ่งสู่ความเป็นเลิศในด้านการบริการสุขภาพ ชุมชนมีส่วนร่วม ร่วมใจสร้างสุขภาพ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และ 3) พยาบาลต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการโดยยึดหลักความยุติธรรม ความเสมอภาค เพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างดีที่สุด และเหมาะสมกับความต้องการ ด้วยความเคารพในคุณค่าของชีวิตศักดิ์ศรี และสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพล จันทร์ประภาสกุล

(2550)⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการเพศหญิงและเพศชายมีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกันทางความคิดและสิทธิอื่นๆ จึงทำให้มีการรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสิริระยา สัมมาวาจ (2542)⁽⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาลไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการผลงานวิจัยของทิพวรรณ ศรีสม (2552)⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติที่มีระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่างกันรับรู้ภาพลักษณ์พยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิชชา ภัทรกร (2545)⁽²⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการที่เพศ รายได้ ความถี่ในการมาโรงพยาบาลต่างกัน รับรู้ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลรัฐไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

4.ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ 5 ลำดับแรก ดังนี้

4.1. ผู้ดูแลที่ดีที่สุดของผู้ป่วย เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ด้านวิชาการ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ดี ถูกต้อง ทันสมัย ด้านลักษณะวิชาชีพ พบว่า พยาบาลเป็นผู้ช่วยชีวิตผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น 2) พยาบาลเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง 3) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลผู้ให้บริการแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ให้บริการพยาบาล ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ⁽¹⁶⁾ ด้วยความเท่าเทียมกันโดยไม่แบ่งชั้นวรรณะ⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับพระราชดำรัสของสมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์ในพิธีทรงเปิดการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ณ ศาลาสันติธรรม วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2503 ว่า พยาบาลนั้นต้องใช้กำลังใจอย่างแรงกล้าในการปฏิบัติงานด้วยความ กล้าหาญ อดทนพร้อมทั้งรักษาความซื่อสัตย์ สุจริตและมีเมตตากรุณาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญยิ่งของพยาบาล⁽²⁷⁾ สอดคล้องกับคำกล่าวของจินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส (2558)⁽²⁸⁾ ที่กล่าวว่า พยาบาล

เป็นผู้ให้การดูแลบุคคล ครอบคลุมอย่างใกล้ชิดในการช่วยเหลือเพื่อพิทักษ์สิทธิ และผลประโยชน์ของผู้รับบริการ

4.2. ผู้มีการสื่อสารที่ดี พุดจาไพเราะ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ด้านการสื่อสาร ที่พบว่าพยาบาลเป็นผู้มีมรรยาทสุภาพ ใ้ภาษาพูดที่นุ่มนวล สามารถสื่อสารได้อย่างสร้างสรรค์ สร้างความเข้าใจ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาการเข้าใจผิด เป็นต้น 2) พยาบาลมีหน้าที่ในการสื่อสาร ประสานงานกับผู้ใช้บริการและบุคลากรในทีมสุขภาพ 3) จรรยาบรรณพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการได้กำหนดให้พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชน⁽¹⁹⁾ และ 4) พยาบาลวิชาชีพได้รับการฝึกอบรมพัฒนา เรื่องการสื่อสารและพฤติกรรมบริการ ให้บริการเป็นระยะๆ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรรณภา พามา (2549)⁽²⁰⁾ พบว่า พยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการในด้านการพูดจา ผู้ป่วยต้องการพยาบาลที่พูดจาไพเราะ ไม่ดุ ผู้ป่วยและพูดจาสุภาพ

4.3. ผู้เสียสละ เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพด้านลักษณะวิชาชีพ ที่พบว่าพยาบาลเป็นผู้เสียสละ เป็นผู้ช่วยชีวิตผู้ป่วย ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีจิตใจรักเพื่อนมนุษย์ เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ ปลอบใจ ให้กำลังใจ พิตักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ คอยช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งพาแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) พยาบาลยังเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยปฏิบัติงานเป็นเวรผลัดหมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง คอยดูแลช่วยเหลือในการบรรเทาอาการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรค⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของขวัญจิตร เฟ่งแป้น (2551)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการคาดหวังต่อพยาบาลในภาพลักษณ์พยาบาลในการเป็นผู้เสียสละไว้วางใจ และยังสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อพยาบาลวิชาชีพที่พบว่า ประชาชนรู้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องเสียสละอย่างมาก และประชาชนคาดหวังต่อพยาบาลวิชาชีพว่า พยาบาลต้องเป็นผู้มีใจบริการ เสียสละ ช่วยเหลืออย่างเต็มใจ⁽⁸⁾

4.4. ผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีความเมตตาเอื้ออาทร รู้จักการให้อภัย มีความยุติธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ 2) พยาบาลต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพต่อผู้ให้บริการด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ศักดิ์ศรี และสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณภา พามา (2549)⁽²⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลดูแลเมื่อเจ็บป่วยในโรงพยาบาล ให้กำลังใจในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มีความเห็นอกเห็นใจดูแลผู้ป่วยเหมือนญาติ เป็นกันเองไม่รังเกียจผู้ป่วย ให้คำปรึกษา เอาใจใส่ผู้ป่วยตรวจเยี่ยมพูดคุยสอบถามอาการผู้ป่วย

4.5. ผู้ที่มีความอดทน เนื่องจาก 1) ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน และในรายชื่ออยู่ในระดับดีทุกข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ ด้านลักษณะวิชาชีพ ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่เสียสละ ด้านบุคลิกภาพพบว่า พยาบาลเป็นคนเข้มแข็งแสดงออกถึงการเป็นนักต่อสู้ มุ่งมั่นตั้งใจเอาชนะอุปสรรคอย่างไม่ย่อท้อ 2) บทบาทหน้าที่ที่พยาบาลวิชาชีพในการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ใช้บริการ การจัดการบรรเทาอาการรบกวน การดูแลความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย รวมทั้งการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน^(17,29) 3) ลักษณะงานของพยาบาลเป็นการขึ้นปฏิบัติงานแบบเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมง ในเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก (กลุ่มการพยาบาล, 2556) และ 4) เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะ มีความรับผิดชอบ มีความอดทนในการปฏิบัติหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชั้นวรรณะ⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุบล จัวงพานิช (2545)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ผู้ใช้บริการรับรู้พยาบาลเป็นผู้ที่ขยันอดทน มีความรับผิดชอบ เช่นเดียวกับแฉใจ เอเมะรักษ์ (2551)⁽²³⁾ ที่พบว่า พยาบาลต้องเป็นทั้งผู้นำและผู้ตามที่ดี มีความอดทน อดกลั้นสูง ควบคุมอารมณ์ได้ ปรับตัวได้ในทุก

สถานการณ์ และยังสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อพยาบาล โดยประชาชนรับรู้พยาบาลเป็นผู้ที่ต้องมีความอดทนอย่างมาก⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาที่มีข้อสังเกตว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป รับรู้ภาพลักษณ์ในรายด้านได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านความเป็นมืออาชีพ ด้านคุณธรรมจริยธรรม น้อยกว่าผู้ให้บริการในช่วงอายุอื่น ๆ ดังนั้นควรมีการพัฒนาพฤติกรรมบริการของพยาบาลต่อกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ โดยการสื่อสารด้วยความเป็นมืออาชีพ และคุณธรรมจริยธรรมให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

2. บุคลากรพยาบาล ควรธำรงไว้ซึ่งภาพลักษณ์พยาบาลที่ดีทั้ง 6 ด้าน และพัฒนาภาพลักษณ์พยาบาลทุกด้านให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

3. หัวหน้าหอผู้ป่วย และองค์กรพยาบาล ควรเผยแพร่ภาพลักษณ์พยาบาลที่ดีของพยาบาลผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ธำรงรักษาและสนับสนุนโดยการกำหนดแนวทางเสริมสร้างภาพลักษณ์พยาบาลที่ดีอย่างต่อเนื่อง นำข้อเสนอแนะภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพอื่นที่ผู้ให้บริการได้เสนอแนะไว้ มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อไป

4. ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในองค์กร สนับสนุน และส่งเสริมให้มีการวางแผนในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการสร้างภาพลักษณ์พยาบาลที่ดีอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบอย่างต่อเนื่องต่อไป

5. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ดังนั้นจึงควรมีการศึกษา ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาและเสริมสร้างภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพต่อไป

6. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์พยาบาล

วิชาชีพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.อารี ชิวเกษมสุข และรศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญญาสกุล ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้

ให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ขอบพระคุณนายแพทย์สมาน ฟอนฟัก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพลี และคุณยุพิน ฟอนฟัก หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่ให้โอกาสในการเข้าศึกษาในครั้งนี้ และอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาในหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Kalisch B J & Kalisch P A. Anatomy of the image of the nurse : Dissonant and ideal models . **Image-making in nursing**. Kanass City . American Academy of nursing 1983a.
2. ทศนา บุญทอง. ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. สิริยอการพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2542
3. Tzeng HM. Testing a conceptual model of the image of nursing in Taiwan. **International Journal of Nursing Studies** . 43 6. 755–765. 2006.
4. Strasen L. **The image of professional nursing; Strategies for action**. Philadelphia. J.B. Lippincott. 1992.
5. Goriup, J. (2012). **States five stereotypes about nurses**.
https://www.ucy.ac.cy/unesco/documents/UNESCOConference2014/BOOK_ConferenceProceedings2015_FinalCHECKEDwithAppendixp.240-247.pdf. search on 10 August 2016.
6. สิริยา สัมมาวาจ. ภาพลักษณ์พยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. **รามารับดีพยาบาลสาร**. 5 2. 113-115. 2542.
7. ภักพร อื่นคำ. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552
8. สวนดุสิต โพล. ความคาดหวังของสังคมต่อพยาบาลวิชาชีพ. <http://www.dusitpoll.dusit.ac.th>. สืบค้น เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2559.
9. ไพลิน ธีระวัฒน์ และวาสนา จันทร์สว่าง. ภาพลักษณ์พยาบาลและโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. **วารสารสุขภาพศึกษา**. 20 7. 46-50. 2540.
10. Muff. Handmaiden, bate ax, whore in Muff, J. : **Socailization sexim and stereotyping**. Prospect Heights. IL : Waneland Press. 1988.
11. อุบล จัวงพานิช. การสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์:บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ. **วารสารการศึกษาพยาบาล**. 15 2. 5-6. 2545.
12. ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลปากพลี. รายงานการนำเสนอผลการดำเนินงานตามมาตรฐานHA. โรงพยาบาลปากพลีนครนายก. 2556.
13. แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากพลี. **คู่มือนิเทศงานผู้ป่วยใน**. 2558. (เอกสารอัดสำเนา)
14. วิไล กุศลวิชัยกุล (2549) “การสุ่มตัวอย่างและการหาขนาดตัวอย่าง” ใน **ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ** หน่วยที่ 5 หน้า 5-1 ถึง 5-102 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
15. ประกอง วรรณสุด. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ด้านสุภากรพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2542
16. สภาการพยาบาล. **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540**. เดอะเบส กราฟิคแอนด์ปริ้น. กรุงเทพมหานคร. 2540.
17. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากพลี. **ธรรมเนียมองค์กรพยาบาล**. 2556. (เอกสารอัดสำเนา)
18. ขวัญจิต เพ็งเป็น. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 14. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต อุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยราชธานี,
19. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. **จรรยาบรรณพยาบาลฉบับพุทธศักราช 2546**. โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน. กรุงเทพฯ. 2546.

20. วรณนา พามา. ภาพลักษณ์พยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปที่คัดสรรแห่งหนึ่งในภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ชลบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2549.
 21. เบญจมาศ ปรีชาคุณ วริศรา ตูยานนท์และคณะ. การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ส่งผลต่อคุณค่าและความศรัทธาในวิชาชีพการพยาบาล. พยาบาลสาร. 42 1. 122-131. 2558.
 22. จ่านงค์ อังคนาวิตต์. โครงการวิจัยศึกษากระบวนการเรียนการสอนนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของชาวชนเกี่ยวกับการใช้สารเคมีในการเพาะปลูกพืช. วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนากิเษก. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2540.
 23. แฉไข เอมะรักษ์. ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพในศตวรรษที่ 21. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551.
 24. สมพล จันทร์ประภาสกุล. ภาพลักษณ์ของข้าราชการตำรวจภูธรอำเภอเมือง จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. อุดรดิตต์. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์. 2550.
 25. ทิพวรรณ ศรีลิ้ม. การศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้รับบริการชาวต่างชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552.
- 2551
26. พรพิชชา ภักธากร. การรับรู้ภาพลักษณ์โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครของผู้ใช้บริการ. วิทยานิพนธ์ ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. 2545.
 27. มุลนิธราชวัลลภสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. พระราชดำรัสของสมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์. <http://www.princess-srinagarindraaward.org/th/content/prince-59.html>. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2559
 28. จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส. ความเข้าใจ : พลังเพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 25 2. 13-24. 2558.
 29. กองการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลนบริการพยาบาลผู้ป่วยใน. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2544.

ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

Abilities on Health Promotion of Health Officers in Sub –
District Health Promoting Hospitals, Pattani Province

รุสลี บาเห¹, ฐปนรรณ์ ประทีปเกาะ²
Ruslee Bahe¹, Tapanan Prateepko²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 118 คน กลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาจากกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.96 และค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพกฎบัตรออตตาวา ภาพรวม 3 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.47) รายด้าน พบว่า การไกล่เกลี่ย การประสานงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 0.54) รองลงมา คือ การสนับสนุนชี้แนะ ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 0.53) และการเสริมสร้างความสามารถ ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.53) ตามลำดับ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ด้านทักษะการสื่อสารสาธารณะ การคืนข้อมูล การทำนโยบายสาธารณะ และการประสานงานกับองค์กรภาครัฐและเอกชนในชุมชน

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กฎบัตรออตตาวา, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Abstract

This Descriptive study aimed to investigate ability levels on health promotion of health officers in sub – district health promoting hospitals in Pattani Province. One hundred and eighteen samples were selected using multistage random sampling. Data were collected using questionnaires of abilities on health promotion was modified from strategies of the Ottawa Charter with the Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Index of Item Objective Congruence (IOC) ranged 0.67 – 1.00. Descriptive statistics: frequency, percent, mean and standard deviation. The results found that health officers had a high level of abilities on health promotion following the three main strategies of the Ottawa Charter ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.47). For each strategy, mediate character was at the highest level ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 0.54), followed by advocate ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 0.53) and enable ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.53), respectively.

Concerning public health organizations should develop abilities of health officers in health promotion emphasizing on the skills of public communication, data feedback, public policy building and coordinating with governmental and non – government sectors in communities.

Keywords: Health Promotion, Sub – District Health Promoting Hospital, Ottawa charter, Health officer

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² Ph.D. (Epidemiology) โปรแกรมวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทนำ

วิวัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพจากการอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และโรงพยาบาลเป็นรากฐาน มาสู่การใช้พลังทางสังคมในการขับเคลื่อนและใช้ชุมชนเป็นรากฐานในการดำเนินการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการประกาศ กฎบัตรออกดาดาแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2529⁽¹⁾ ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์ 3 ประการ ได้แก่ 1) การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) 2) การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) และ 3) การไกล่เกลี่ย การประสานงาน (Mediate) และ 5 กลวิธี คือ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพดี การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข⁽²⁾

สถานีนามัย เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นด่านหน้าของกระทรวงสาธารณสุข มีความสำคัญและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นหลากหลาย ใกล้ชิดประชาชน ให้บริการที่บ้าน ชุมชน จึงเป็นการบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่ตามบริบทสอดคล้องกับวัฒนธรรม ได้ถูกยกระดับสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2551⁽³⁾ โดยมีบทบาทที่ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค จากบริการเชิงรับเป็นเชิงรุก รวมถึงการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁴⁾ และเป็นผู้ประสาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีต่างๆ⁽¹⁾

แนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหมาะสมประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการคัดเลือก อบรม การปรับเปลี่ยนทัศนคติ 2) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) การพัฒนา

วิธีการทำงานและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งการวางแผนจัดประเมินผล และพัฒนา กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะกับชุมชน⁽⁴⁾

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของจังหวัดปัตตานี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ภายใต้งานพัฒนาด้านพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสาธารณะ การคืนข้อมูล การสร้างเครือข่ายภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ และองค์กรภาคประชาชนในการสร้างสุขภาพ มีระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ และผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2558 พบว่ามีการดำเนินการพัฒนาด้านจัดการสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่ยังพบ **ปัญหาเชิงกระบวนการในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ คือ บางพื้นที่ไม่มีการคืนข้อมูล การติดตามงาน ประเมินผล ยังไม่มีความเป็นทีมที่ชัดเจน การดำเนินงานระดับพื้นที่ยังอยู่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ไม่มีการจัดทำมาตรการชุมชนที่ชัดเจน**⁽⁵⁾ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกดาดา เพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่แท้จริง ถึงแม้ว่า สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการทำงานด้านสาธารณสุขเชิงรุก⁽⁶⁾ ผลการศึกษาเพื่อนำไปใช้เป็นองค์ความรู้ให้กับผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

วิธีวิจัย

ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) โดยการศึกษาครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ

ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี ซึ่งผ่านการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดปัตตานี จำนวน 736 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 118 คน โดยคำนวณขนาดด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบสำหรับสถิติสัมพันธ์คอลลอยพหุคูณ เมื่อกำหนดขนาดค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง $f^2 = .15$, $\alpha = .05$, $\text{power} = .8$ โดยมีตัวแปรทำนายจำนวน 10 ตัว ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้แผนการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจำนวน 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสุ่มแบบแบ่งชั้น และการสุ่มอย่างง่าย ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ศาสนา อายุการทำงาน ระดับการศึกษา และลักษณะวิชาชีพ 2) ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาดา 3 ประการ ได้แก่ 1) การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) 2) การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) และ 3) การใกล้ชิด การประสานงาน (Mediate) วัดเป็น 5 ระดับ

การแปลผลระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพใช้เกณฑ์ บุญชม ศรีสะอาดและบุญส่ง นิลแก้ว (2535) เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่มีการปิดทศนิยมค่าเฉลี่ยที่เหมาะสม เช่น ค่าเฉลี่ย 2.51 - 2.99 และ 3.01 - 3.50 มีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย 3.00 มากกว่า เป็นต้น และมีความใกล้เคียงกับการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดระดับ 1- 5 เช่นเดียวกัน ดังนี้

4.51 - 5.00 หมายถึง มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด

3.51 - 4.50 หมายถึง มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพมาก

2.51 - 3.50 หมายถึง มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพปานกลาง

1.51 - 2.50 หมายถึง มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพน้อย

1.00 - 1.50 หมายถึง มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบความค่าความเที่ยงของเครื่องมือภาพรวม เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ในการบรรยายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลพื้นฐาน และ 2) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวัดระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง 118 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 90 คน (76.27%) มีอายุของประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลี่ย 11.69 ปี (S.D. = 10.02) ศาสนาอิสลาม 87 คน (73.73%) การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป 87 คน (73.73%) ระยะทางในการเดินทางจากที่พัก ถึงสถานที่ปฏิบัติงาน เฉลี่ย 11.25 กิโลเมตร (S.D. = 15.62) สถานที่ปฏิบัติงานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขนาดกลาง (ประชากรที่รับผิดชอบ 3,001 - 8,000 คน) 68 คน (57.63%)

ตาราง 1 ระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายด้าน

ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate)	3.93	0.53	มาก
2. การเสริมสร้างความสามารถ (Enable)	3.81	0.53	มาก
3. การใกล้เคียง การประสานงาน (Mediate)	3.99	0.54	มาก
รวม	3.92	0.47	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.47) วิเคราะห์ราย

ด้าน พบว่า การใกล้เคียง การประสานงาน (Mediate) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 0.54) รองลงมา เป็นการสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 0.53) และการเสริมสร้างความสามารถ (Enable) ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.53) ตามลำดับ รายละเอียดรายด้าน ดังนี้

ตาราง 2 ระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการ สนับสนุนชี้แนะ

การสนับสนุนชี้แนะ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. สามารถจัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้การสร้างและส่งเสริมด้านสุขภาพเกิดขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารที่เหมาะสม การสร้างที่ออกกำลังกายในชุมชน สวนสาธารณะ ปลอดภัยชุมชน เป็นต้น	3.82	0.67	มาก
2. สามารถให้ข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นทางการ เช่น การดูแลตนเองตาม 3 อ. 2ส. การสอนสุขภาพ การดูแลตนเองตามกลุ่มวัย	3.97	0.66	มาก
3. สามารถให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนในเรื่องสิทธิของผู้มารับบริการอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล ชุดสิทธิประโยชน์	4.08	0.62	มาก
4. สามารถกระตุ้นชุมชน สังคม ให้มีการระดมสมองที่นำไปสู่การสร้างมาตรการทางสังคม ข้อกำหนดชุมชน นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ	3.79	0.74	มาก
5. สามารถคืนข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน	3.96	0.62	มาก
6. สามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ ทางวิชาการให้กับชุมชนได้ตลอดเวลา	4.00	0.65	มาก
7. สามารถจัดกิจกรรมเสวนาในชุมชนด้านสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนเกิดจิตสำนึกร่วมกันของชุมชน ด้านสุขภาพ เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพ	3.91	0.69	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ด้านการสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการสนับสนุนชี้แนะ โดยมีความสามารถในการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนในเรื่องสิทธิของผู้มารับบริการอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล ชุดสิทธิประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} =$

4.08, S.D. = 0.62) รองลงมา มีความสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ ทางวิชาการให้กับชุมชนได้ตลอดเวลา ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 0.65) และ มีความสามารถกระตุ้นชุมชน สังคม ให้มีการระดมสมองที่นำไปสู่การสร้างมาตรการทางสังคม ข้อกำหนดชุมชน นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.79$, S.D. = 0.74)

ตาราง 3 ระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการเสริมสร้างความสามารถ

การเสริมสร้างความสามารถ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. สามารถส่งเสริมให้ชุมชน หมู่บ้าน มีการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง ตามหลักเกณฑ์ ตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.88	0.64	มาก
2. สามารถทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ เช่น เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ กศน. ปศุสัตว์ เป็นต้น มาเป็นระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)	3.76	0.71	มาก
3. สามารถกระตุ้นชุมชนให้มีการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ เช่น อาคารในชุมชน งบประมาณ คนในชุมชน	3.69	0.68	มาก
4. สามารถสร้างแกนนำ / กลุ่มคน ในชุมชนในการขับเคลื่อนสุขภาพ เช่น แกนนำเยาวชนด้านการป้องกันยาเสพติด แกนนำสตรีด้านสายใยรักแห่งครอบครัว ผู้นำแห่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น	3.74	0.76	มาก
5. สามารถทำให้ชุมชนเกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชนโดยองค์กรชุมชน เช่น โรงเรียนนวัตกรรม โรงเรียน อสม. ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนด้านสุขภาพ เป็นต้น	3.67	0.82	มาก
6. สามารถให้ความรู้ สุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น	4.00	0.63	มาก
7. สามารถส่งเสริมสุขภาพประชาชน แยกตามกลุ่มวัยได้ เช่น กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มแม่ กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ	3.98	0.63	มาก

จากตาราง 3 พบว่า ด้าน การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการเสริมสร้างความสามารถ มีความสามารถให้ความรู้ สุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 0.63) รองลงมา มี

ความสามารถส่งเสริมสุขภาพประชาชน แยกตามกลุ่มวัยได้ เช่น กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มแม่ กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.63) และ มีความสามารถทำให้ชุมชนเกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน โดยองค์กรชุมชน เช่น โรงเรียนนวัตกรรม โรงเรียน อสม. ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนด้านสุขภาพ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.67$, S.D. = 0.82)

ตาราง 4 ระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการใกล้ชิด-เกลี่ย การประสานงาน

การใกล้ชิด-เกลี่ย การประสานงาน	Mean	S.D.	การแปลผล
1. สามารถประสานงานกับองค์กรภาครัฐในชุมชน เช่น อบต., เทศบาล โรงเรียน เป็นต้น ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ	3.96	0.62	มาก
2. สามารถประสานกับองค์กรภาคเอกชนในชุมชน เช่น บริษัท โรงงาน	3.70	0.77	มาก
3. สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น อบต. เทศบาล โรงเรียน เป็นต้น	4.02	0.69	มาก
4. สามารถประสานงานโดยใช้เครื่องมือสื่อสาร	4.10	0.63	มาก
5. สามารถประสานงานโดยใช้หนังสือราชการ	4.06	0.64	มาก
6. สามารถประสานงานโดยการพบปะด้วยตัวท่านเอง	4.07	0.67	มาก
7. สามารถสื่อสารกับคนในชุมชนที่พูดภาษาหลายได้	4.08	0.82	มาก
8. หากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีข้อคิดเห็น ความคิด ความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน สามารถเป็นสื่อกลางในการใกล้ชิด-เกลี่ยเพื่อให้เกิดข้อยุติ	3.92	0.78	มาก

จากตาราง 4 พบว่าด้านการใกล้เคียง การประสานงาน (Mediate) พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการใกล้เคียง การประสานงาน โดยมีความสามารถประสานงานโดยใช้เครื่องมือสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 0.63) รองลงมา สามารถสื่อสารกับคนในชุมชนที่พูดภาษามลายู ได้ ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.82) และ มีความสามารถประสานงานสามารถประสานกับองค์กรภาคเอกชนในชุมชน เช่น บริษัท โรงงาน ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.70$, S.D. = 0.77)

สรุปและอภิปรายผล

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสามารถด้านการสนับสนุน ชี้นำ การเสริมสร้างความสามารถ และการใกล้เคียง การประสานงาน ในระดับมาก เนื่องจากหน่วยงานทุกระดับที่เกี่ยวข้อง มีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพตามวิชาชีพ การสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน การกำหนดประเด็นที่ครอบคลุมในการการปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบงานสามารถปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย แม้ว่าในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น และเจ้าหน้าที่ที่มีศาสนาที่แตกต่างกัน มีความสามารถในการปฏิบัติงานที่ไม่แตกต่างกัน และมีความเข้าใจและยอมรับวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อของพื้นที่ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติงานด้วยการคิดหลักการง่ายๆ ของ ปาริชาติ แก้วทองประคำ⁽⁷⁾ คือยอมรับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนด้วยความเข้าใจ ใช้ศาสนานำการสาธารณสุข ปรับหลักการดูแลสุขภาพให้เข้ากับบริบททางสังคม ซึ่งผลการศึกษามีความแตกต่างกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันวิวัฒน์จินดา⁽⁸⁾ ที่ศึกษาการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่พบว่าอยู่ในระดับ ปานกลาง ความแตกต่างของผลการวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นเพราะงานวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งด้วยความมีบริบท สังคม งานที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน

อาจทำให้ผลการวิจัยที่ออกมาแตกต่างกัน หากพิจารณารายด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนชี้นำ (Advocate) พบว่า อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสามารถในการการก่อกระแส การนำข้อเท็จจริง การนำเสนอข้อมูลข่าวสาร และการกระตุ้น เป็นกระบอกเสียงให้สังคม ชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนัก จิตสำนึก ร่วมกันของชุมชน เกิดกระแสสังคมด้านสุขภาพ มีการระดมสมอง นำไปสู่การสร้างมาตรการ ข้อกำหนด นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะ ด้านความสามารถให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนในเรื่องสิทธิของผู้มารับบริการอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล ชุดสิทธิประโยชน์ สูงสุด นั่นคือเจ้าหน้าที่มีความรู้ด้านสิทธิต่างๆ ของประชาชนในด้านสุขภาพ นำไปสู่ความเสมอภาค ความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และ มีความสามารถกระตุ้นชุมชน สังคม ให้มีการระดมสมองที่นำไปสู่การสร้างมาตรการทางสังคม ข้อกำหนดชุมชน นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพต่ำสุด ซึ่งความสามารถด้านนี้มีความสำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องด้วยการสร้างนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ เป็นกลวิธีหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา (1986) ซึ่งแสดงถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเข้ามาจัดการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้บริหาร ผู้นำของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์กลุ่มวัยทำงาน ประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ปี 2558 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ที่พบว่า ไม่มีการคืนข้อมูล การติดตามงาน ประเมินผล การดำเนินงานในพื้นที่ยังอยู่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีการจัดทำมาตรการชุมชนที่ชัดเจนและการนำไปใช้ในชุมชน⁽⁵⁾ ซึ่งเห็นควรที่จะมีการพัฒนาด้านทักษะการทำประชาคม การสื่อสารสาธารณะ เทคนิคการคืนข้อมูล การจัดทำธรรมนูญสุขภาพและนโยบายสาธารณะ

2. การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) พบว่า อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสามารถในการสนับสนุนให้บุคคล ชุมชน สังคม โดยให้สามารถเข้าถึงการบริการ ข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมต่างๆ

ด้านสุขภาพ อย่างเท่าเทียมกัน เป็นผู้พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และเพิ่มพลังอำนาจ ในระดับมาก โดยเฉพาะความสามารถให้ความรู้ สุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น เนื่องจากการกำหนดประเด็นครอบคลุมหัวข้อการปฏิบัติงาน การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน รวมถึงการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ที่มีการขับเคลื่อนแผนเชิงรุกตาม โครงการตำบลสุขภาพ ให้ครอบคลุมพื้นที่มากที่สุด ที่เน้นการให้ความรู้สุขภาพอนามัย ดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างความตระหนักส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ⁽⁶⁾ แต่มีความสามารถทำให้ชุมชนเกิดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน โดยองค์กรชุมชน เช่น โรงเรียนนวัตกรรม โรงเรียน อสม. ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนด้านสุขภาพ เป็นต้น ดำสุด สอดคล้องกับ อวรุทธ์ สิงห์กุล (2557) ที่ได้สำรวจความต้องการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ด้านทักษะวิชาการ ได้แก่ การจัดทำนวัตกรรมสุขภาพ มากที่สุด ⁽⁹⁾ ซึ่งเห็นควรที่จะมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างนวัตกรรมสุขภาพ

3. การใกล้ชิด การประสานงาน (Mediate) อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสามารถในการประสานงาน การใกล้ชิด การสื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เป็นทุนทางสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ รวมไปถึง การใกล้ชิด หากมีภาคส่วนที่มีความคิด ความต้องการที่แตกต่างกัน ให้มีความคิด ความต้องการที่เป็นทางออกในการปกป้องสุขภาพ นำไปสู่การจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะความสามารถประสานงานโดยใช้เครื่องมือสื่อสารที่สูงสุด เนื่องจากความสามารถด้านนี้สามารถทำได้ทุกที่ และไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติงานในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ดังนั้น ควรส่งเสริม สนับสนุนการใช้เครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการใช้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงการเพิ่มความรู้ในด้าน

ระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร เพื่อการใช้งานมีความถูกต้อง และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น และ มีความสามารถด้านประสานงานกับองค์กรภาครัฐในชุมชน เช่น อบต. เทศบาล โรงเรียน เป็นต้น ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพต่ำสุด สอดคล้องกับอวรุทธ์ สิงห์กุล (2557) ที่ได้สำรวจความต้องการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พบว่า ด้านรูปแบบกิจกรรมที่บุคลากรสนใจมากที่สุด คือ กรณีศึกษา การสร้างเครือข่ายสุขภาพ และการศึกษาในพื้นที่ชุมชน ⁽⁹⁾ และ อลิสา ศิริเวชสุนทร (2556) ที่ศึกษาแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีปัญหาการขาดทักษะประสานงาน กับประชาชนและหน่วยงานอื่น ⁽⁴⁾ จึงเห็นควรพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความสามารถในด้านนี้เป็นอย่างยิ่ง เนื่องด้วยการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ต้องมีภาคีเครือข่าย องค์กรต่างๆ ในชุมชนในการขับเคลื่อนงานสุขภาพต่างๆ เพื่อให้เกิดความตระหนัก ความเป็นเจ้าของ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่แท้จริงได้ เนื่องจากการประสานงาน เป็นกลไกทำงานสำคัญในการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ⁽¹⁰⁾ และในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนนั้นจะต้องใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังเอาจกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการสนับสนุนชี้แนะ ควรมีการพัฒนาทักษะในการกระตุ้นชุมชน การรณรงค์ การก่อกระแส เพื่อให้เกิดการระดมสมองที่นำไปสู่การสร้างมาตรการของชุมชน ข้อกำหนดของชุมชนที่สามารถนำไปใช้ได้จริง
2. ด้านการเสริมสร้างความสามารถ ควรมีการพัฒนาทักษะการสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชน การส่งเสริมให้ชุมชนมีการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์
3. ด้านการใกล้ชิด การประสานงาน ควรมีการพัฒนาทักษะการประสานงานกับองค์กรเอกชน และองค์กรภาครัฐ รวมถึงทักษะการเป็นสื่อกลางในใกล้ชิดเพื่อหาข้อยุติด้านสุขภาพชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วง เพราะความร่วมมือจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปะนาเระ แม่ลาน หนองจิก และไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ที่ช่วยเสียสละเวลาในการเก็บ

ข้อมูลแบบสอบถาม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอแม่ลาน ปะนาเระ หนองจิก และไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. มุมมองและประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ: ในทศวรรษแรกแห่งนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพฯ, 2554.
2. World Health Organization. **Ottawa charter for health promotion.** World Health Organization Geneva, 1986.
3. สุวัฒน์ วิชัยพงษ์กิจ และคณะ. ระบบสุขภาพอำเภอ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร, 2555.
4. อลิสา ศิริเวชสุนทร. แนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 23(2): 94-102, 2556.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. เอกสารแผนแต่ละกลุ่มวัย. URL <http://www.sasukpattani.com/index.php/download/powerpoint/file/603-24-25-58> สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2558.
6. บรรเจิด สุขพิพัฒน์พานนท์. ความไม่สงบ และสถานการณ์สาธารณสุขปัตตานี ปัญหาเรื้อรังที่ยังไร้ทางออก. URL <http://www.hfocus.org/content/2014/11/8682> สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2558.
7. ปาริชาติ แก้วทองประคำ. “ปาริชาติ” พยาบาล รพ.สต.ยาบี จ.ปัตตานี 9 ปี ตาสนานำสาธารณสุข ลดอัตราตายแม่และเด็ก. URL <http://www.hfocus.org/content/2013/09/4653> สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2559.
8. ขวัญใจ ดันวิวัฒน์จินดา. การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วิทยานิพนธ์. ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, 2552.
9. อวิรุทธิ์ สิงห์กุล. การสำรวจความต้องการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 1(3): 49-58, 2557.
10. สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ. สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2547 – 2558. มุฉินิธสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน นนทบุรี, 2558.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ
ในนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพิษณุโลก

Factors related food hygiene consumption behavior among
secondary school student in Phitsanulok province

ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์¹, นิทรา กิจธีระวุฒิจันทร์², ขวลิต วโรดมรังสิมันต์³

Sunsanee Mekrungrongwong¹, Nitthra Kitreerawutiwong², Chaowalit Warodomrungsimun³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษา 1003 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จาก 12 โรงเรียนในจังหวัดพิษณุโลก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีค่าความเที่ยงตามวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเท่ากับ 0.736, 0.757, และ 0.735 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยส์ไบเซเรียล ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า ทักษะ ($r = 0.351, p < 0.01$) เพศ ($r_{pb} = 0.179, p < 0.01$) ความสนใจในข่าวสารด้านอาหาร ($r_{pb} = 0.088, p < 0.01$) ประเภทของโรงเรียน ($r_{pb} = 0.071, p < 0.05$) ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย ($r = 0.165, p < 0.01$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อโฆษณา ($r = 0.146, p < 0.01$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้บริหาร ครูอนามัยโรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจัดให้มีการฝึกอบรมด้านอาหารปลอดภัยและสุขลักษณะที่เสริมสร้างทัศนคติให้นักเรียนมีความสนใจ มีความรู้ด้านอาหารปลอดภัย ผ่านสื่อที่เหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ, อาหารปลอดภัย, การเตรียมอาหารโรงเรียน

Abstract

This survey research aimed to assess the factors affected to students' food hygiene consumption behavior. Data were collected by using stratified random sampling from 1003 students in 12 secondary schools in Phitsanulok province and using questionnaires which included questions regarding knowledge of, information about and attitude towards food safety, and their own personal food hygiene consumption behavior. The questionnaire was evaluated according to Cronbach's alpha coefficient, with the results of knowledge, 0.736, attitude, 0.757 and behavior, 0.735. The data were analyzed using descriptive statistics and analytic statistic as Chi-square test, Pearson's Correlation, and Point Biserial Correlation coefficient at the significance level of 0.05.

The results showed a significant positive correlation between food hygiene consumption behavior and the six factors of sex ($r_{pb} = 0.179, p < 0.01$), type of school ($r_{pb} = 0.071, p < 0.05$), interesting of food information ($r_{pb} = 0.088, p < 0.01$), food safety knowledge ($r = 0.165, p < 0.01$), attitude ($r = 0.351, p < 0.01$), and food sanitation information availability ($r = 0.146, p < 0.01$). These findings indicate that these effective and ongoing training on food safety and personal hygiene in school curricula and promoting positive attitudes towards a clean and healthy food environment need to be emphasized. Such attitudes need to be promoted amongst food handlers as well, and school. School authorities also need sufficient information to ensure food preparation facilities are safe and hygienic.

Keywords: food hygiene consumption behavior, food safety, school food preparation

¹ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

อาหารเป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยสี่ที่สำคัญของมนุษย์ ในการบริโภคอาหารไม่ควรจะคำนึงถึงแต่เพียงความอร่อยเท่านั้น สิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาควบคู่กันไปกับการบริโภคอาหาร คือ คุณค่าทางโภชนาการ ความสะอาด และความปลอดภัยของอาหาร การพัฒนาด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกสุขลักษณะเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อและลดอัตราเสี่ยงของการสัมผัสเชื้อโรคที่มาจากพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย^(1,2) องค์การอนามัยโลก และองค์การเกษตรและอาหารแห่งสหประชาชาติ (1983) สรุปสาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารว่าเกิดจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ และสารเคมี เช่น สารเคมีที่ใช้ในการกำจัดศัตรูพืช ยาปฏิชีวนะและยาที่ใช้ในการเลี้ยงสัตว์ วัตถุเจือปนอาหาร รวมไปถึงสารพิษจากจุลินทรีย์และสารเคมีปนเปื้อนจากโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อปริมาณและเศรษฐกิจของประเทศ⁽³⁾ จากการศึกษาของ Strina SC และคณะ (2003) พบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมสุขลักษณะที่ไม่ถูกต้องมีความชุกการเกิดท้องร่วงเป็น 2 เท่าของเด็กที่มีพฤติกรรมสุขลักษณะที่ถูกต้อง⁽⁴⁾ โดยพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะเป็นปัญหาที่พบบ่อยในประเทศที่กำลังพัฒนา⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยจากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สาธารณสุขเขต 17 ช่วงปี พ.ศ. 2555 ทั้งประเทศ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ 42.21 ต่อประชากรแสนคน โดยภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (62.95 ต่อประชากรแสนคน) และภาคเหนือ (55.56 ต่อประชากรแสนคน) สำหรับข้อมูลระดับเขตภาคเหนือตอนล่าง ณ วันที่ 3 เมษายน 2555 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ พิจิตร 93.91 ต่อประชากรแสนคน) จากรายงานที่ผ่านมาพบว่าโรคอาหารเป็นพิษเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส สารเคมี ส่วนใหญ่มาจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อน เนื่องมาจากวัตถุดิบ การปรุงอาหารที่ไม่สะอาดของผู้ขาย การไม่ล้างมือ สุขาภิบาลอาหารไม่ดีของผู้บริโภค⁽⁵⁾

โรงเรียน นับเป็นสถาบันรองจากครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการหล่อหลอมและการพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งเป็นสถานที่ที่ปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเด็กส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียน⁽⁶⁾ รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะโดยเฉพาะในนักเรียนอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากการมีกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2552 ซึ่งมีมติเห็นชอบหลักการกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย⁽⁷⁾ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา (สพท.) ได้จัดนโยบายหลายอย่าง อาทิ เช่น โรงเรียน ออ.น้อย และการจัดตั้งชมรมคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งการประเมินโรงเรียน ออ.น้อย กับมาตรฐานการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และ หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ.2551 พบว่า มีความสอดคล้องกันอยู่หลายประการ ซึ่งทำให้การดำเนินโครงการออ.น้อย มีส่วนทำให้สถานศึกษาสามารถที่จะพัฒนาตนเองไปสู่มาตรฐานในระดับคุณภาพได้หลายมาตรฐาน⁽⁸⁾

การบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย มีประโยชน์ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี ดังนั้นพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะจึงมีความสำคัญในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะในวัยเรียนเป็นระยะที่ร่างกายเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและกำลังเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปสู่วัยรุ่น ทั้งนี้สาเหตุของปัญหาสุขภาพอนามัยของเด็กนักเรียนอาจมาจากหลายปัจจัย หนึ่งในนั้นคือพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง จากแบบจำลองของพฤติกรรมผู้บริโภคและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร ประกอบด้วย เพศ⁽⁹⁾ ระดับการศึกษา⁽¹⁰⁾ ความรู้ในเรื่องอาหารปลอดภัยและการล้างมือ^(9, 11, 12) ทักษะคิด⁽¹³⁾ รวมถึงอิทธิพลจากภายนอกซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว⁽¹¹⁾ สภาพแวดล้อมการขายอาหารและนโยบายในโรงเรียน⁽¹⁴⁾ การเข้าเป็นสมาชิกชมรมในโรงเรียน⁽¹¹⁾ การได้รับการอบรมจากวิทยากรนอกโรงเรียน⁽¹¹⁾ การเรียนการสอนในชั้นเรียน⁽¹⁵⁾ สื่อ⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะของนักเรียนมัธยมศึกษาของ

จังหวัดพิษณุโลก ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในเรื่องดังกล่าว โดยผลการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายและแผนในการส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพโภชนาการในโรงเรียน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันของพื้นที่ รวมทั้งนำผลวิจัยไปเป็นแนวทางการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ส่งผลให้เด็กไทยมีภาวะสุขภาพที่ดี เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะของนักเรียนมัธยมศึกษา จ.พิษณุโลก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการ **วิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ซึ่งเป็นโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา เขต 39 จังหวัดพิษณุโลกจำนวน 35 โรงเรียน รวม 15,599 คนที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2556 และเข้าร่วมในโครงการสถานการณ์และการบริหารจัดการด้านโภชนาการและสุขภาพโภชนาการ ของโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพิษณุโลก ของมหาวิทยาลัยนเรศวร⁽¹⁷⁾ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร 1 กลุ่ม (Estimate Proportion one group) ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดค่า $P =$ สัดส่วนของประชากรที่มีปัญหาด้านภาวะโภชนาการเป็น 0.284⁽¹⁸⁾ และค่า $d =$ ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้เป็น 0.03 ได้ขนาดตัวอย่าง 823 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของขนาดตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่างที่นำมาศึกษาทั้งสิ้น คือ 1003 คน สุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนแบบ Stratified Cluster sampling การสุ่มตัวอย่างดำเนินการดังนี้ ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) โดยการจำแนกโรงเรียนตามขนาดจากจำนวน 35 โรงเรียน หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง โดยการจับฉลากโรงเรียนตามขนาดของโรงเรียน ได้โรงเรียนทั้งหมด 12 โรงเรียน ขั้นที่ 2 ในแต่ละ

โรงเรียนที่ได้รับการสุ่ม ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยการจับฉลากชั้นเรียน และห้องเรียนเพื่อให้ได้จำนวนนักเรียนตามที่คำนวณได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวรเลขที่ 55 02 04 0036 ผู้วิจัยทำการขออนุญาตจากผู้ปกครองของนักเรียน และผู้เข้าร่วมก่อนการเก็บข้อมูล โดยผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและสามารถซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยอย่างสมัครใจ และมีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง (Self-questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมบริโภคอาหาร เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด (Close-end question) โดยข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ในส่วนของความรู้ด้านอาหารปลอดภัย จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบถูก หรือ ผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน สำหรับในส่วนของทัศนคติด้านอาหารปลอดภัย จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในส่วนของพฤติกรรมบริโภคอาหาร จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม การรับประทานอาหาร การเตรียมอาหาร และการเลือกซื้ออาหารของนักเรียน โดยมีลักษณะคำถามเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ แบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยใช้ค่าเฉลี่ย ออกเป็น 2 ระดับ คือ พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ $\leq \bar{X}$ และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ $> \bar{X}$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบบสอบถามทั้งสองส่วนผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.85 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับเด็ก

นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำแบบสอบถามในส่วนของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในด้านการรับประทานอาหาร การเตรียมอาหาร และการเลือกซื้ออาหาร หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 และสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัคได้ค่าความเชื่อมั่น 0.736, 0.757, และ 0.735 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนาและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ไคว์ส แควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยส์ไบซีเรียล ทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS v.17 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.0 เรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 – ม.3) ร้อยละ 58.6 มีรายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 1000 – 1999 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.0 ส่วนใหญ่สนใจข้อมูลข่าวสารด้านอาหารในระดับน้อย เพียงร้อยละ 84.3 ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องอาหาร เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์/วารสาร/นิตยสาร อินเทอร์เน็ต และเพื่อน ร้อยละ 88.5 80.7 65.2 และ 37.6 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมบริโภคอาหาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคอาหาร คือ 2.32 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.25 เมื่อแบ่งพฤติกรรมบริโภคอาหารออกเป็นพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ($>\bar{x}$) และไม่ถูกสุขลักษณะ ($\leq\bar{x}$) พบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะคือ เลือกรับประทานน้ำแข็งในภาชนะที่มีฝาปิด ($\bar{x}=2.66$, S.D. = 0.54) ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร และภายหลังเข้าห้องน้ำห้องส้วม ($\bar{x}=2.55$, S.D. = 0.57) รับประทานอาหารที่ร้อนปรุงสุกใหม่ๆ เสมอ ($\bar{x}=2.53$, S.D. = 0.57) ใช้ช้อนกลางประจำสำหรับกับข้าวเสมอ ($\bar{x}=2.45$, S.D. = 0.54) เลือกซื้อ

อาหารปรุงสำเร็จจากร้านอาหารที่มีผู้กระຈกป้องกันแมลง ($\bar{x}=2.39$, S.D. = 0.61) เลือกรับประทานอาหารที่มีการปกปิดมิดชิดเสมอ ($\bar{x}=2.34$, S.D. = 0.64) ขณะซื้ออาหาร จะเลือกซื้อร้านที่ผู้ประกอบการสวมเสื้อมีแขน ใส่ผ้ากันเปื้อน และหมวกคลุมผม ($\bar{x}=2.34$, S.D. = 0.64) และมีพฤติกรรมไม่ถูกสุขลักษณะ คือ ส้างผัก ผลไม้ ที่ต้องปอกเปลือก เช่น ส้ม เงาะ ลำไย ก่อนรับประทานทุกครั้ง ($\bar{x}=2.32$, S.D. = 0.70) รับประทานอาหารหมักดองเป็นประจำ ($\bar{x}=2.28$, S.D. = 0.59) หลีกเลี่ยงการซื้ออาหารจากผู้ปรุงอาหารบนพื้น ($\bar{x}=2.28$, S.D. = 0.66) ขณะทำอาหาร ใช้เขียงร่วมกันระหว่าง ผักสด และเนื้อสัตว์ดิบ ($\bar{x}=2.27$, S.D. = 0.70) เมื่อซื้ออาหารประเภท ที่มีผักแกล้ม เช่น ลาบ น้ำตก แล้วรับประทานผักทันที ($\bar{x}=2.07$, S.D. = 0.61) ทุกครั้งที่ซื้ออาหารมารับประทาน จะคำนึงถึง สีกลิ่นของอาหาร ที่มารับประทานเสมอ ($\bar{x}=2.01$, S.D. = 0.59) หลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส ($\bar{x}=1.98$, S.D. = 0.56)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติแบบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยส์ไบซีเรียล

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษา (n=1003)

ตัวแปร	r
เพศ	0.179* (r_{pb})
ประเภทของโรงเรียน	0.071* (r_{pb})
ความสนใจในข่าวสารด้านอาหาร	0.088* (r_{pb})
ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย	0.165*
ทัศนคติด้านสุขภาพอาหาร	0.351*
การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อโฆษณา	0.146*
การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อโฆษณาและสื่อนิตยสาร	0.117*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

r_{pb} ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยส์ไบซีเรียล

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะได้แก่ คือ เพศ ($r_{pb}=0.179$, $p<0.01$) ประเภทของโรงเรียน ($r_{pb}=0.071$, $p<0.05$) ความสนใจในข่าวสารด้านอาหาร ($r_{pb}=0.088$, $p<0.01$) และ

เมื่อหาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย ($r = 0.165, p < 0.01$) ทักษะคิด ($r = 0.351, p < 0.01$) การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อโฆษณา ($r = 0.146, p < 0.01$) มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากสถานการณ์พฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษา จะเห็นได้ว่านักเรียนมีสุขอนามัยส่วนบุคคล (Personal hygiene) ที่สูง ซึ่งส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ⁽¹¹⁾ เป็นไปตามผลการศึกษาที่พบว่า ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดทุกครั้ง ก่อนและหลังรับประทานอาหาร และภายหลังเข้าห้องน้ำห้องส้วม รับประทานอาหารที่ร้อนปรุงสุกใหม่ๆ เสมอ ใช้ช้อนกลางประจำสำหรับกับข้าวเสมอ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารดังกล่าว สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศที่มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ดื่มน้ำสะอาด เพื่อป้องกันโรค”⁽¹⁹⁾ ทั้งในระดับของการใช้สื่อโทรทัศน์ และขยายการส่งเสริมไปยังระดับโรงเรียนให้เด็กได้เรียนในหลักสูตรการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้อง⁽²⁰⁾ ในขณะที่พฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนที่ไม่ดีมักจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ทำให้มีข้อจำกัดในการหาซื้ออาหารในโรงเรียน หรือการรับประทานอาหารนอกบ้าน⁽²¹⁾ อาทิเช่น ในการศึกษาพบว่า เมื่อท่านซื้ออาหารประเภทที่มีผักแกล้ม เช่น ลาบ น้ำตก ท่านรับประทานอาหารทันที ทุกครั้งที่ท่านซื้ออาหารมารับประทาน ท่านจะคำนึงถึง สีสัมผัสของอาหารที่น่ารับประทานเสมอ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส สอดคล้องกับการศึกษาของ Byrd-Bredbenner และคณะ (2008) ที่พบว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงในการบริโภคอาหาร⁽²²⁾ และการศึกษาของ Lazou และคณะ (2012) ที่พบว่านักเรียนจะมีพฤติกรรมที่ดีในด้านของสุขลักษณะส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ หรือการป้องกันการแพร่เชื้อโรค แต่จะมีการปฏิบัติที่ไม่ดีในด้านการเตรียมและเลือกซื้ออาหาร⁽²³⁾ ดังนั้น โรงเรียนจึงควรดำเนินนโยบายให้เป็นโรงเรียนอาหารปลอดภัยอย่างจริงจัง สนับสนุนทั้งด้าน

งบประมาณ บุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ Vereecken และคณะ (2009) ที่พบว่า นโยบายเป็นเรื่องที่สำคัญต่ออาหารในโรงเรียน⁽²⁴⁾ และการศึกษาของ Kinley (2011) ที่พบว่าปัจจัยเอื้อในด้านของสถานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขลักษณะของเด็ก⁽²⁵⁾ นอกจากนี้โรงเรียนควรมีมาตรการในการควบคุมมาตรฐานการจัดการด้านอาหารของผู้สัมผัสอาหาร หรือผู้ประกอบการร้านอาหารในโรงเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าอาหารที่เตรียมให้กับนักเรียนมีความปลอดภัย⁽²⁶⁾ ตลอดจนขอความร่วมมือจากผู้ปกครองในการควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารของบุตรหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของคูบ (2012) และ Van Ansem และคณะ (2013) ที่พบว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการบังคับในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพในเด็ก และการที่พ่อแม่เด็กเข้ามามีส่วนร่วมกับทางโรงเรียน จะส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็ก^(27,28) ดังจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานสุขภาพอาหารในโรงเรียนให้ประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งระหว่างภาคสาธารณสุขและครู โรงเรียนมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ⁽²⁹⁾ นอกจากนี้ในการออกแบบกิจกรรมให้อยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอน⁽³⁰⁾ และควรมีการจัดกิจกรรมนอกชั้นเรียนที่มีการฝึกปฏิบัติจริง ทั้งโรงเรียนและที่บ้านมากกว่าแค่การสอนในชั้นเรียน⁽³¹⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ได้แก่ เพศ ($r_{pb} = 0.179, p < 0.01$) ประเภทของโรงเรียน ($r_{pb} = 0.071, p < 0.05$) ความสนใจในข่าวสารด้านอาหาร ($r_{pb} = 0.088, p < 0.01$) ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย ($r = 0.165, p < 0.01$) ทักษะคิด ($r = 0.351, p < 0.01$) การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อโฆษณา ($r = 0.146, p < 0.01$) สำหรับปัจจัยเพศ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ($p < 0.01$) โดยพบว่าผู้หญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง สูงกว่าผู้ชาย (32.99 ± 3.35 vs. 31.75 ± 3.44) เนื่องจากจากความแตกต่างของความคาดหวังทางสังคมในบทบาทแต่ละเพศ ทำให้ผู้หญิงตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของโภชนาการและสุขภาพมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์และคณะ (2558) ที่พบว่าเพศหญิงมีคะแนน

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากกว่าเพศชายในกลุ่มภาวะโภชนาการต่างๆ ทั้งโภชนาการตามเกณฑ์ เกินเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์⁽³⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Byrd-Bredbenner และคณะ (2008) ที่พบว่าผู้ชายมีความเสี่ยงในการกินอาหารมากกว่าผู้หญิง เนื่องจากความจริงที่วัฒนธรรมของผู้หญิงไทยและผู้หญิงชาติอื่นมักจะมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลความสะอาดในบ้าน โดยเฉพาะในห้องครัว⁽²²⁾ โดยส่วนใหญ่ผู้หญิงมีบทบาทหน้าที่ในการกลั่นกรองอาหารเข้าสู่ครอบครัว^(23, 32)

สำหรับปัจจัยความรู้ด้านอาหารปลอดภัย ($r = 0.165, p < 0.01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ แต่ขนาดความสัมพันธ์น้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของเนตรนรินทร์ คำโหลน (2559) ที่พบว่านักเรียนมีคะแนนความรู้ต่ำ แต่มีการปฏิบัติด้านสุขวิทยาอาหารในระดับสูง⁽¹²⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Byrd-Bredbenner และคณะ (2008) พบว่าการให้ข้อมูลความรู้ทางด้านอาหารปลอดภัย หรือการกระตุ้นให้เห็นถึงความเสี่ยงของการบริโภคอาหารไม่ปลอดภัย อาจยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขวิทยาอาหาร⁽²²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของสร้อยญา เปล่งกระโทก และคณะ (2555) ที่ชี้ให้เห็นว่าการให้แรงสนับสนุนทางสังคมมีพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดี⁽¹³⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านความสนใจในข่าวสารด้านอาหาร ($r_{pb} = 0.088, p < 0.01$) และปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อโฆษณา ($r = 0.146, p < 0.01$) ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องอาหาร เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์/วารสาร/นิตยสาร อินเทอร์เน็ต และเพื่อน ร้อยละ 88.5 80.7 65.2 และ 37.6 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เนื่องด้วยการสื่อสารในปัจจุบันมีความทันสมัยและการเผยแพร่สื่อต่างๆ อย่างแพร่หลาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Trabucco และคณะ (2013) ที่พบว่าข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการส่วนใหญ่จะได้จากโรงเรียนและอินเทอร์เน็ต⁽¹⁵⁾ จะเห็นได้ว่าปัจจัยโรงเรียนมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยปัจจัยประเภทของโรงเรียน ($r_{pb} = 0.071, p < 0.05$) พบว่า โรงเรียนแต่ละแบบจะมีการสนับสนุนงบประมาณบุคลากร ฯลฯ ความพร้อมของการจัดสุขาภิบาลอาหารใน

โรงเรียนไม่เท่ากัน โดยโรงเรียนขนาดใหญ่มักมีความพร้อมมากกว่าโรงเรียนขนาดเล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ แฉ่มชุกกลิ่น และคณะ (2007) ที่พบว่าโรงเรียนในเขตเมืองและเขตชนบท หรือโรงเรียนแต่ละแบบ เมื่อทำการประเมินโดยใช้แบบสำรวจโรงอาหาร สอรร.7 ที่ใช้ในการประเมินมาตรฐานทางกายภาพ พบว่ามีความแตกต่างกันของโรงเรียนแต่ละชนิด โดยโรงอาหารโรงเรียนที่ตั้งในพื้นที่อำเภอเมืองจะผ่านเกณฑ์ฯ มากกว่าโรงอาหารโรงเรียนที่ตั้งในเขตพื้นที่ต่างอำเภอ รวมทั้งโรงเรียนที่สังกัดต่างกัน การผ่านเกณฑ์มาตรฐานก็แตกต่างกัน โดยโรงเรียนสังกัดเอกชนผ่านเกณฑ์ฯ มากที่สุด รองลงมาคือ สังกัดเทศบาล และสังกัด สพฐ. ตามลำดับ⁽³³⁾ ปัจจัยทัศนคติ ($r = 0.351, p < 0.01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร แสดงว่า ถ้าวัยรุ่นมีความเชื่อหรือทัศนคติในเรื่องอาหารปลอดภัยมาก ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (2000) ที่กล่าวว่าทัศนคติเป็นตัวตัดสินพฤติกรรม เป็นความรู้สึกทั้งบวกและลบ เป็นภาวะจิตใจที่พร้อมตอบสนองเพื่อการแสดงทางพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งทัศนคติสามารถเรียนรู้และจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์⁽³⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสร้อยญา เปล่งกระโทก และคณะ (2555) พบว่าความเชื่อในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเสนอผลการวิจัยนี้ผ่านทางสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 39 จังหวัดพิษณุโลก ผู้อำนวยการโรงเรียน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องอาหารปลอดภัย เพื่อการพัฒนานโยบายเชิงพื้นที่ ในการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีศักยภาพเหมาะสมในการดำเนินงานโรงเรียนอาหารปลอดภัยต่อไป

2. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน ควรมีการพัฒนาความรู้และมีการอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถทันต่อเหตุการณ์ในเรื่องของอันตรายจากอาหาร รวมทั้งสามารถออกแบบโปรแกรมที่ส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมสุขาภิบาลที่ดียังยั่งยืนนั้น ควรจะมีการออกแบบกิจกรรมให้อยู่ในหลักสูตรการเรียนการ

สอน และควรมีการจัดกิจกรรมนอกชั้นเรียนที่มีการฝึกปฏิบัติจริง ในสภาพแวดล้อมทั้งโรงเรียนและที่บ้านมากกว่าแค่การเรียนรู้โดยใช้การสอน

3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ที่มีส่วนได้เสียในเรื่องของการบริหารจัดการด้านอาหารปลอดภัยในโรงเรียน เพื่อทำให้เกิดความครอบคลุมในการพัฒนางานด้านพฤติกรรมสุขภาพอาหารในโรงเรียน

4. การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ดังนั้นในการออกแบบโปรแกรมในการส่งเสริม

พฤติกรรมของนักเรียนควรเน้นในเรื่องของการปรับทัศนคตินักเรียน ควบคู่กับการให้ความรู้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณรายได้มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีงบประมาณ 2556 ทั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร และขอบคุณ ผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนมัธยมศึกษาและคณะครู ผู้บริหาร ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา เขต 39 จังหวัดพิษณุโลก ที่อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Van Wijk C, Tineke M. **Motivating Better Hygiene Behaviour.** In: Steven E, editor. Importance for Public Health Mechanisms of Change. The Hague, Netherlands : IRC International Water and Sanitation Centre, 2003.
2. UNICEF. **A manual on school sanitation and hygiene.** Towards Better Programming Water, Environment and Sanitation Technical Guidelines. New York : UNICEF, 1998.
3. คณะกรรมการอาหารและยา. **คุณภาพความปลอดภัย.** URL <http://tnfc.fda.moph.go.th/strategydetail/10050/2/%> สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2558.
4. Strina A, Cairncross S, et al. Childhood diarrhea and observed hygiene behavior in Salvador, Brazil. **Am J Epidemiol.** 157(11) : 1032-8, 2003.
5. Office of Disease Prevention and Control Region 9 Phitsanulok. Report of surveillance and epidemiology of public health in area 17. **Journal of Disease Prevention and Control Region 9 Phitsanulok.** 9(17). URL <http://dpc9.moph.go.th/epidgroup> สืบค้นเมื่อ 30 July 2012.
6. Story M, Kaphingst K, et al. The role of schools in obesity prevention. **Future Child.** 16 : 109 – 42, 2006.
7. MOPH. **Strategies framework of food management in Thailand (2012-2016).** URL <http://newsser.fda.moph.go.th/TNFC/>. สืบค้นเมื่อ 30 July 2012.
8. Food and Drug Administration Thailand. **Oryono school standard guideline.** 2 ed. Ministry of Public Health Nonthaburi, 2013.
9. Kang N-E, Kim JH, et al. Food safety knowledge and practice by the stages of change model in school children. **Nutrition Research and Practice.** 4(6) : 535-40, 2010.
10. Turnbull-Fortune S, Badrie N. Practice, Behavior, Knowledge and Awareness of Food Safety among Secondary & Tertiary Level Students in Trinidad, West Indies. **Food and Nutrition Sciences.** 5 : 1463-81, 2014.
11. Assefa M, Kumie A. Assessment of factors influencing hygiene behaviour among school children in Mereb-Leke District, Northern Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Public Health.** 14(1) : 1000, 2014.
12. เนตรนรินทร์ คำโหล่น. **ความรู้และการปฏิบัติด้านสุขวิทยาอาหารของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 9(1), 2559.
13. ศรีบุญญา เปล่งกระโทก และเสาวมาศ เกื้อนนาคี. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพและภาวะโภชนาการของวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** 30(2) : 48-56, 2555.
14. Neumark-Sztainer D, French SA, et al. School lunch and snacking patterns among high school students: Associations with school food environment and policies. **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.** 2 : 14-20, 2005.

15. Trabucco G, Nikoić M, et al. Nutritional Knowledge and Behavior Among Students Practicing Sports: Comparison Between Two Countries. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*. p. 201, 2013.
16. Pimthong S. Psychosocial factors correlated with sufficient consumption behavior of students in Thailand and Malaysia. *Asian Social Science*. 11(4): 169-79, 2015.
17. ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, และคณะ. รายงานการวิจัยสถานการณ์และการบริหารจัดการด้านโภชนาการและสุขภาพโภชนาการของโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพิษณุโลก. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก, 2557.
18. National Health Foundation, Thailand Research Fund. **Prevalence of obesity in children and the environment in the school**. Ministry of Public Health Nonthaburi, 2003.
19. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข่าวประชาสัมพันธ์ กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ดื่มน้ำสะอาด เพื่อป้องกันโรค. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2557.
20. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. **หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551**. กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพฯ, 2551.
21. Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M. Healthy eating: what does it mean to adolescents? *J Nutr Educ*. 2001;33(4):193-8.
22. Byrd-Bredbenner C, Abbot JM, et al. Risky Eating Behaviors of Young Adults—Implications for Food Safety Education. *Journal of the American Dietetic Association*. 108(3): 549-52, 2008.
23. Lazou T, Georgiadis M, et al. Food safety knowledge and food-handling practices of Greek university students: A questionnaire-based survey. *Food Control*. 28(2): 400-11, 2012.
24. Vereecken C, Van Houte H, et al. Parents' and teachers' opinions about the school food policy in Belgian Flemish nursery schools. *Int J Environ Res Public Health*. 6: 1268-81, 2009.
25. Kinley BT. **Identifying and modeling perceptions of risk factors in hand hygiene during healthcare operations**. Industrial and Systems Engineering North Carolina State University North Carolina, 2011.
26. Abdullah Sani N, Siow ON. Knowledge, attitudes and practices of food handlers on food safety in food service operations at the University Kebangsaan Malaysia. *Food Control*. 37: 210-7, 2014.
27. Dube B, January J. Factors leading to poor water sanitation hygiene among primary school going children in Chitungwiza. *J Public Health Afr*. 3: e7, 2012.
28. Van Ansem WJ, Schrijvers CT, et al. School food policy at Dutch primary schools: room for improvement? Cross-sectional findings from the INPACT study. *BMC Public Health*. URL <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/339>. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2558, 2013.
29. Middleton G, Keegan R, Henderson H. A qualitative exploration of stakeholder perspectives on a school-based multi-component health promotion nutrition programme. *J Hum Nutr Diet*. 25(6): 547-56, 2012.
30. Mekrungrongwong S, Kitreerawutiwong N, et al. Factors associated with food consumption behavior among secondary school student in difference nutritional status, Phitsanulok province. *Journal of Nursing and Health Care*. 33(3): 81-91, 2015.
31. Ovca A, Jevšnik M, et al. Effect of educational intervention on young people, targeting microbiological hazards in domestic kitchens. *Food Policy*. 61: 156-62, 2016.
32. Lin W, Hang C-M, et al. 2005-2008 Nutrition and Health Survey in Taiwan: the nutrition knowledge, attitude and behavior of 19-64 years old adults. *Asia Pac J Clin Nutr*. 20(2): 309-18, 2011.
33. สุวรรณิ แหม่มชุกกลิ่น, สมชาย แหม่มชุกกลิ่น, และคณะ. รายงานผลการวิจัยเรื่อง ความแตกต่างของสภาวะการสุขภาพโภชนาการและน้ำบริโภคในโรงเรียน เขต 13. ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย นครราชสีมา, 2550.
34. Gibson GR. A Functional Food Science and Gastrointestinal Physiology and Function. *British J Nutri*. 80(1): S147-71, 2000.

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

The Culture of Patient Safety at a Community Hospital

เกษร ตาปัญญา¹, อารี ชีวเกษมสุข²

Kesorn Tapunya¹, Aree Cheevakasemsook²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และ 2) ศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประชากรที่ศึกษา เป็นสมาชิกทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำนวน 52 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และ 3) แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.89 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผลการศึกษา พบว่า 1) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ (1) วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน (2) การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด (3) ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย (4) การติดตามอุบัติการณ์ (5) การนิเทศงานด้านความปลอดภัย และ (6) การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด(แก้ไข) 2) แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้งสองขั้นตอน

คำสำคัญ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purposes of this independent study was descriptive research were: 1) to study the culture of patient safety in a community hospital and 2) to study the improvement of a culture of patient safety in a community hospital. The population is the patient care team in a community hospital 52 people select by purposive sampling. The study tool consisted of 3 parts: 1) demographic data, 2) opinion about the culture of patient safety and 3) opinion about the improvement of a culture of patient safety. The tool were verified by three experts. The reliabilities of the second part and the third part were analyzed by Cronbach's alpha coefficient of second part was 0.89 and third part was 0.95. The research were analyzed by descriptive statistics.

The results were as follows: 1) The culture of patient safety in a community hospital the average overall and individual are medium level. 2) The improvement of a culture of patient safety in a community hospital. Overall and individual are medium level. The results were as follows: (1) Unit learning culture (2) Judgement-free environment (3) Organizational leadership support for safety (4) Incident follow-up (5) Supervisory leadership for safety and (6) Job repercussions of error and The mean of process of evaluation of patient safety culture and process improvement of patient safety culture are equal.(แก้ไข)

Keywords: Culture of patient safety, Community hospital

บทนำ

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลยังคงมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแม้ว่าเทคโนโลยีด้านการรักษา มีการ

พัฒนามากขึ้น⁽¹⁾ ในสหรัฐอเมริกาผลการศึกษาของ ลีวินสัน⁽²⁾ ในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 780 แห่ง ปี ค.ศ. 2008 พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ

¹ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

13.5 ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 324 ล้านบาท ซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นสามารถป้องกันได้ร้อยละ 44 และ มูฮัมหมัด ซิซซาน และคณะ⁽³⁾ ศึกษาข้อมูลตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ปี ค.ศ. 2009 พบว่าการผ่าตัด 82,784 ครั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อน 6,856 ครั้ง คิดเป็น 82.8 ครั้ง ต่อการผ่าตัด 1,000 ครั้ง การผ่าตัดหลอดเลือดพบภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด ภาวะแทรกซ้อนทำให้ระยะเวลาอนริรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งหมด 5,368 วัน ในประเทศไทยพบว่าการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่ำกว่าความเป็นจริง เช่น มีการรายงานความถี่ของกรณีมีความผิดพลาดร้ายแรงจนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตเพียง ร้อยละ 82.00 และกรณีมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย มีการรายงานเพียงร้อยละ 42⁽⁴⁾ ส่งผลให้มีการร้องเรียนด้านจริยธรรมและฟ้องคดีจากการรักษาผิดพลาด ตั้งแต่ พ.ศ.2535 – 2553 รวม 3,585 เรื่อง เป็นเรื่องไม่รักษาตามมาตรฐานร้อยละ 60 การฟ้องคดีเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2539 – พ.ศ. 2555 เป็นคดีจากการรักษาผิดพลาด ร้อยละ 44 ของคดีทั้งหมด รวมค่าชดเชยประมาณ 1,094 ล้านบาท⁽⁵⁾ ดังนั้นความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นปัญหาสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญขององค์การอนามัยโลกและทุกประเทศ⁽⁶⁾ สถาบันการแพทย์แนะนำให้องค์กรสุขภาพสร้างสภาพแวดล้อมที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นเป้าหมายสำคัญสูงสุดขององค์กรอย่างชัดเจน องค์การอนามัยโลกจึงได้เห็นชอบในมติที่เรียกว่า “มติสมัชชาอนามัยโลกเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย” และก่อตั้ง “องค์กรความร่วมมือเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโลก” ในปี ค.ศ. 2004⁽⁷⁾ และมีนโยบายให้ทุกประเทศทั่วโลกมุ่งเน้นการบริการที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุดสำหรับประเทศไทยมีการจัดการด้านความปลอดภัยโดยการควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ ต่อมามีการกำหนดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552⁽⁸⁾ ซึ่งมีหลักการคือ สร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ เพื่อให้เกิด

สุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มุ่งเน้นลดการเจ็บป่วย ความพิการ และการตายที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาเป็นแนวทางกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยกำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อรับการประกันคุณภาพโรงพยาบาลตามระดับคุณภาพ 3 ระดับ เรียกว่าบันได 3 ขั้นสู่การรับรองคุณภาพ และการประชุมวิชาการประจำปีเมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2559 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพได้รวมเอาแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ร่วมกับมาตรฐานคุณภาพ⁽⁹⁾

วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรเป็นสิ่งที่กำหนดความมุ่งมั่นต่อรูปแบบและความสามารถในการจัดการด้านคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กร สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ให้บริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น นิยวและซอร์ล่า⁽¹⁰⁾ พบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการรักษาพยาบาลอย่างใส่ใจเพื่อให้มีคุณภาพและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ส่วน ครัมเบอร์เกอร์ มัสตาร์ท และคลาร์ค⁽¹¹⁾ พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยทำให้มีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการรักษาพยาบาลดีขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

มีการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศจำนวนมาก เช่น องค์ประกอบของการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽¹²⁾ การพัฒนาวัฒนธรรมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽¹³⁻¹⁴⁾ แนวทางการวัดและการปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในการบริการด้านสุขภาพ^(10,13,15) สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของทีมสุขภาพหน่วยบริการฉุกเฉินในประเทศแคนาดา⁽¹⁶⁾ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย^(11,17,18) เป็นต้น สำหรับในประเทศไทยผู้ศึกษาพบว่า มีการศึกษาเรื่องนี้จาก

คิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ และศึกษาจากความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนเพียงเรื่องเดียว เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาโดยประเมินจากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ⁽⁴⁾ การรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ พฤติกรรม ความรู้ และทัศนคติความปลอดภัยในการพยาบาลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ⁽²¹⁾ วัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร⁽²²⁾ และผลลัพธ์ของการดูแลรักษาพยาบาลจากการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ⁽²³⁾ จะพบว่าในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทุกระดับ แต่การศึกษาเรื่องนี้ในทีมสุขภาพหรือศึกษาในบุคลากรทั้งโรงพยาบาลน้อยมาก เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ที่มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลเท่านั้น⁽²⁴⁾ และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว

โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ขนาด 60 เตียง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นองค์รวม ดูแลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล ขณะส่งต่อ และให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้บริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย มีการดำเนินการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ.2549 ผ่านการรับรองคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระดับ 2 เมื่อ พ.ศ. 2549⁽²⁴⁾ และคงรักษาสถานภาพมาตรฐานสถานบริการในระดับที่ 2 โดยผ่านการรับรองคุณภาพทุก 1 ปี จนถึง พ.ศ. 2559⁽²⁵⁾ โดยมีการดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในหลายกิจกรรม ได้แก่ กำหนดให้ความปลอดภัยจากการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล และกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน⁽²⁶⁾

รวมทั้งกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงเพื่อดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽²⁷⁾

สรุปได้ว่า ความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาลมีโอกาสเกิดขึ้นในสถานบริการสาธารณสุขได้มากหรือน้อยแตกต่างกันและจะส่งผลเสียทั้งต่อผู้ป่วย และผู้ให้บริการ ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการให้บริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ความปลอดภัยของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายจึงจำเป็นต้อง ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้มาก่อน ผู้ศึกษาจึงสนใจประเมินสภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุเข็มมุ่งของโรงพยาบาล และเป็นแนวทางในการสร้างวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของทีมสุขภาพ และแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม ถึง วันที่ 31 สิงหาคม 2559

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาค้นครั้งนี้ คือทีมสุขภาพในโรงพยาบาลทั้งหมด 52 คน ได้แก่แพทย์ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และแพทย์แผนไทย โดยมีคุณสมบัติคือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีทั้งหมด 3 ส่วนดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสุขภาพ 2) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวคิดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือ CAN-PACS (Canadian Patient Safety Climate Survey) ของกินส์เบิร์ก และคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพสถานบริการในประเทศแคนาดามาใช้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย (2) การติดตามอุบัติการณ์ (3) การนิเทศงานด้านความปลอดภัย (4) วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน (5) การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด (6) การสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด และ 3) แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสร้างจากแนวคิดของ ฮอลลิแกน และ ซีซีวิก ชื่อ “The model of improving safety culture in healthcare”⁽¹³⁾ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย และการดำเนินการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทดสอบคุณภาพก่อนนำมาใช้จริงดังนี้ ทดสอบความตรงของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอแก่อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้กับทีมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนระดับเดียวกัน แล้วนำข้อมูลจากการทดลองเครื่องมือหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค กำหนดให้ค่าที่ยอมรับได้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.75⁽²⁸⁾ แบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามให้เลือกลงซึ่งมีลักษณะเป็น มาตรส่วนประมาณค่า ของลิเกด (Likert scale) มี 5 ระดับ⁽²⁹⁾ ดังนี้

ความหมาย ความถี่ของกิจกรรมที่เกิดขึ้น

5 บ่อยที่สุด (ร้อยละ 81 – 100)

- 4 บ่อยมาก (ร้อยละ 61 – 80)
- 3 เป็นบางครั้ง (ร้อยละ 41 – 60)
- 2 นานๆครั้ง (ร้อยละ 21 – 40)
- 1 น้อยมากหรือไม่เกิดขึ้นเลย (ร้อยละ 0 – 20)

เกณฑ์การแปลผลความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยนำคะแนนของแบบสอบถามทุกฉบับรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย⁽²⁹⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย การแปลผลระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

4.21 - 5.00	สูงมาก
3.41 - 4.20	สูง
2.61 - 3.40	ปานกลาง
1.81 - 2.60	ต่ำ
1.00 - 1.80	ต่ำมาก

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาได้ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเท่ากับ 0.89 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) สถิติที่ใช้เป็นสถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และ 3) แนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพที่ศึกษาส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 86.54) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 69.23) มีประสบการณ์ในวิชาชีพ

มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 67.31) และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้มานานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 55.77) ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา ช่วงระยะเวลา 30.1 – 40.0 ชั่วโมง (ร้อยละ 26.92) หน่วยบริการที่แพทย์และพยาบาลปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่คือหน่วยบริการผู้ป่วยใน (ร้อยละ 30.77)

2. สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.13$ $\sigma = 0.50$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงาน ($\mu = 3.37$ $\sigma = 0.72$) การสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่ตัดสินผู้ผิด ($\mu = 3.21$ $\sigma = 0.67$) ผู้บริหารองค์กรสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย ($\mu = 3.17$ $\sigma = 0.75$) การติดตามอุบัติการณ์ ($\mu = 3.17$ $\sigma = 0.68$) การนิเทศงานด้านความปลอดภัย ($\mu = 3.10$ $\sigma = 0.70$) การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด

($\mu = 2.74$ $\sigma = 0.86$) เมื่อพิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงานมี 2 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับสูง ได้แก่ ข้อที่ระบุว่า เมื่อมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นทีมสุขภาพจะพิจารณาใคร่ครวญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถี่ถ้วน และ ข้อที่ระบุว่า หลังจากเกิดความผิดพลาดร้ายแรงของการรักษาพยาบาลทีมสุขภาพจะพิจารณาใคร่ครวญถึงสาเหตุของความผิดพลาดนั้นอย่างรอบคอบ ยกเว้น ด้านการสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาดมี 1 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำ ได้แก่ ข้อที่ระบุว่า การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพอาจทำให้นุคนั้นต้องออกจากงาน

3. แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

ตาราง 4 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ ขั้นตอน และโดยรวม (N = 52)

แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล	μ	σ	ระดับ
ขั้นตอนที่ 1 การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.27	0.82	ปานกลาง
1.1 กำหนดสิ่งที่ต้องพัฒนา	3.37	0.84	ปานกลาง
1.2 สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนา	3.33	0.92	ปานกลาง
1.3 สืบรวจตรวจวัดสิ่งที่ต้องพัฒนา	3.25	0.91	ปานกลาง
1.4 ประเมินผลการสำรวจ	3.21	0.96	ปานกลาง
1.5 วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงาน	3.19	0.89	ปานกลาง
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.27	0.82	ปานกลาง
2.1 สร้างทีมความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.25	0.74	ปานกลาง
2.2 หัวหน้าหน่วยงานตรวจเยี่ยมหน่วยงาน	3.23	0.88	ปานกลาง
2.3 ฝึกอบรมทีมงานด้านความปลอดภัย	3.17	0.79	ปานกลาง
2.4 ให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.17	0.86	ปานกลาง
2.5 พัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.13	0.93	ปานกลาง
รวม	3.27	0.82	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีค่าเฉลี่ยโดยรวม ค่าเฉลี่ยแต่ละขั้นตอน และค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยขั้นตอนที่ 1 การกำหนดสิ่งที่ต้องพัฒนา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด การวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และขั้นตอนที่ 2 การสร้างทีมความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด การพัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีค่านิยม เข้มมั่ง และให้บริการสุขภาพตามมาตรฐานเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารและทีมสุขภาพในโรงพยาบาลมีการหลีกเลี่ยงป้องกัน และลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจาก 1) ผลการศึกษา สภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และ 2) โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบันโดยมีข้อมูลสนับสนุนการรับรองคุณภาพสถานบริการ ตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระดับ 2 เมื่อ พ.ศ. 2549⁽²⁴⁾ และคงรักษาสถานภาพมาตรฐานสถานบริการในระดับ 2 โดยผ่านการรับรองคุณภาพทุก 1 ปี จนถึง พ.ศ. 2559 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2559) การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ถิ่นขาม (2556)⁽³⁰⁾ พรณณานิ มิละกุลดิกล (2553)⁽²⁰⁾ และ เรมวลด นันท์สุภวัฒน์ (2550)⁽³¹⁾ ที่พบว่า สภาพวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

เช่นกัน เมื่อพิจารณาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจำแนกเป็นรายข้อ โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีคะแนนเฉลี่ยของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรงพยาบาลมีการดำเนินกิจกรรมที่เน้นการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ⁽²⁶⁾ แต่ยังไม่มีการพัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยยังไม่ได้นำมากำหนดเป็นนโยบายในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน จนกระทั่งเมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 17 ของสถาบันสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้รวมเอาแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ด้วยหลักการสำคัญคือ การสร้างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทุกลมหายใจ และสร้างวัฒนธรรมของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้การบริการปลอดภัยและน่าไว้วางใจทุกช่วงเวลา⁽⁹⁾

วัฒนธรรมการเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงานข้อที่ระบุว่า เมื่อมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นทีมสุขภาพจะพิจารณาได้ตรงต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอย่างถี่ถ้วน และข้อที่ระบุว่า หลังจากมีความผิดพลาดร้ายแรงเกิดขึ้นทีมสุขภาพจะพิจารณาได้ตรงต่อถึงสาเหตุของความผิดพลาดนั้นอย่างรอบคอบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เนื่องจากโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพบริการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพในระดับที่ 2 ตั้งแต่ พ.ศ. 2549⁽²⁴⁾ โดยผ่านการรับรองคุณภาพทุก 1 ปี จนถึง พ.ศ. 2559⁽²⁵⁾ มีเป้าหมายการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องครอบคลุมกระบวนการสำคัญของการรักษาพยาบาล⁽²⁵⁾ จึงส่งผลให้การศึกษาคือข้อที่ระบุว่า การปฏิบัติงานผิดพลาดร้ายแรงโดยประมาทของบุคลากรในทีมสุขภาพถึงขั้นที่ทำให้ต้องออกจากงานอยู่ในระดับต่ำไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ

กินส์เบิร์ก และ กิวลินนอร์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และผลการวิจัยของหน่วยงานวิจัยระบบสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา (AHRQ) ปี ค.ศ. 2014 พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงร้อยละ 44 ที่เห็นด้วยกับการสื่อสารอย่างเปิดเผยถึงผลกระทบจากการทำงานผิดพลาด⁽³²⁾

แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งนี้ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า 1) โรงพยาบาลแห่งนี้มีการปฏิบัติเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยในระดับพอใช้ โดยมีกิจกรรมการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และการดำเนินการพัฒนาให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก 1) ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยโดยรวม แต่ละขั้นตอน และรายข้อ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด 2) โรงพยาบาลมีการมุ่งเน้นการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพแต่ยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับคำกล่าวของกินส์เบิร์ก นอร์ตัน และ แคลสเบียร์ และ คอร์เนอร์ ดัลคอมบี้ บาร์เคลย์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่กล่าวว่า การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรเพียงอย่างเดียวไม่สามารถพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ จึงต้องดำเนินการในหลายกิจกรรมไปพร้อมๆ กันแตกต่างกับผลการศึกษาของเฮลลิ่ง และคณะ⁽³¹⁾ และ วีเวอร์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมากที่สุด แต่จากผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลพร้าวของวิลาวัลย์พบว่า คณะกรรมการในทีมเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ไม่เต็มที่เนื่องจากมีภาระงานในงานประจำค่อนข้างมากเวลารว่างไม่ตรงกัน และมีการเปลี่ยนคณะกรรมการในทีมบ่อยครั้ง การจัดการด้านความเสี่ยงได้แก่ การค้นหา การจัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยง การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด การ

รายงานอุบัติการณ์ และการวิเคราะห์ปัญหาจากรายงานอุบัติการณ์ยังไม่ครอบคลุม⁽²⁴⁾ และผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสุขภาพของโรงพยาบาลแห่งนี้พบว่า ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา ช่วงระยะเวลา 30.1–40.0 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 26.9 จึงส่งผลให้การพัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบริการสุขภาพยังมีโอกาสที่ต้องพัฒนาเพิ่มขึ้นมากกว่าที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า การเรียนรู้ความปลอดภัยของหน่วยงานเกี่ยวกับการทบทวนเหตุการณ์เมื่อเกิดความผิดพลาดร้ายแรงมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง ดังนั้นผู้บริหาร ทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานควรส่งเสริมด้านการเรียนรู้ดังกล่าวให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขวัฒนธรรมด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางให้ดีขึ้นกว่าเดิม เช่น ทบทวนข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นทุกครั้งและให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดร้ายแรงซ้ำในอนาคต เป็นต้น

2. แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยรวม รายด้าน และรายข้อ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ดังนั้นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานควรนำกิจกรรมในแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับปานกลางมาดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม เช่น พัฒนาวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และให้ความรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาเชิงสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นควรศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีความซับซ้อนและจำนวนบุคลากรในทีมสุขภาพมากกว่า เพื่อให้ได้ความรู้และข้อมูลเพิ่มขึ้น

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ดังนั้นควรมีการศึกษาในเชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย การศึกษาเชิงทำนาย เช่น ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยแก่ทีมสุขภาพต่อระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข ผู้ให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และติดตามการศึกษาค้นคว้าอย่างใกล้ชิด รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติติวิทยานันท์ รองศาสตราจารย์ ดร.เรมวดี นันทสุภวัฒน์ และคุณสุนีย์ พงษ์โสภา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้สละเวลาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือ ตลอดจนผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และทีมสุขภาพทุกท่านที่ช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้าเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ผ่องพรรณ จันทนสมบัติ และคณะ. “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้และทัศนคติของทีมนักวิชาการ และทีมสนับสนุนในการบริหารระบบความเสี่ยง โรงพยาบาลนครพนมราชธานี.” วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 31(3): 80, 2556.
2. Levinson, D. R. **Adverse events in hospitals: National incidence among Medicare Beneficiaries.** <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf> search on 19 October 2016.
3. Zeeshan, M.F., et al. **Incidence of adverse events in an integrated US healthcare system: a retrospective observational study of 82,784 surgical hospitalizations.** <http://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1754-9493-8-23>. search on 19 October 2016.
4. อนงค์ ถาวร พรบุญมี และเกษร เกตุชู. “วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา”. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 8(2): 6-15, 2552.
5. อนุชา กาสลักกา. “การศึกษาปัญหาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกฟ้องเนื่องจากการรักษาพยาบาล”. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 9(1): 63-69, 2555.
6. Galt, K.A. and Paschal, K.A. **Patient Safety for Health Professionals.** Jones and Bartlett publishers United States of America, 2011.
7. คูสิด สดวาร์. **Patient Safety in the ICU.** บิชอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ กรุงเทพฯ, 2554.
8. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552.** <http://www.hed.go.th/linkhed/file/271> สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2559.
9. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. **HA Update 2016.** สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี, 2559.
10. Helling, J., et al. **Improving patient safety Culture.** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20845679> search on 17 October 2016.
11. Fleming, M. “Patient Safety Culture Measurement and Improvement: A how to Guide”. **Healthcare Quarterly.** 8(24): 14-19, 2005.
12. Feng, X., et al. “Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis”. **Journal of Advanced Nursing.** 63(3): 310-319, 2008.
13. Fleming, M., et al. “Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use”. **Healthcare Quarterly.** 11(Special Issue): 1-15, 2008.
14. Halligan, M. and Zecevic, A. “Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress” **QualSaf Health Care.** 1-6, 2010.
15. Weaver, S.J., et al. **Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy.** <http://annals.org/article.aspx?articleID=1656428>. search on 19 October 2016.

15. Ginsburg, L., et al. "Not another safety culture survey: using the Canadian patient safety climate survey (Can-PSCS) to measure provider perceptions ofPSC across health settings". **BMJ QualSaf.** 1-9, 2013.
16. Ginsburg, L. and Oore, D.G. "Patient safety climate strength: a concept that requires more attention". **BMJ QualSaf.** 1-8, 2015.
17. Abdolazadeh, F., et al. "Studying the Relationship between Individual and Organizational:Factors and Nurses's Perception of Patient Safety Culture". **Journal of Caring Sciences.** 1(4): 215-222, 2012.
18. Amarapthy, M., et al. "Factors Affecting Patient Safety Culture in A Tertiary Care Hospital In Sri Lanka". **International Journal of Scientific & Technology.** 2(3): 173-180, 2013.
19. สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตเชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
20. พรหมณีนม กิตะกุลดิลก. วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตนนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2553.
21. สุนทร บุญบัวเธอ. "พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจังหวัดนครราชสีมา". วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 20(2): 82-91, 2556.
24. วิลาวลัย สมพันธ์. การศึกษางานพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. ภาคนิพนธ์บริหารธุรกิจบัณฑิต เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
25. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานการเยี่ยมเพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพ ขั้นที่ 2 โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2559, 2559 (เอกสารอัดสำเนา)
26. ทีมนำคุณภาพโรงพยาบาลพร้าว. ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลพร้าว พ.ศ. 2558, 2558 (เอกสารอัดสำเนา)
27. ทีมนำคุณภาพโรงพยาบาลพร้าว. นโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลพร้าว พ.ศ. 2559, 2559 (เอกสารอัดสำเนา)
28. นิรัตน์ อิมามิ. เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล:ใน ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาลสถิติและเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยที่ 4 หน้า 56. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชนนทบุรี, 2556.
29. บุญชุม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 6. สุวีริยาสาส์น กรุงเทพฯ, 2543.
30. นภาพร ถิ่นขาม. วัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วย ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตนนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2556.
31. เรมวอล นันท์สุภวัฒน์. "วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ". วารสารพยาบาลสาร. 38(4): 1-14, 2550.
32. Agency for Healthcare Research and Quality. **Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014: User Comparative Database Report**
<http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>.

บทเรียนและแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ

Lessons learned and guidelines for long-term care development based on the district health system management

วุฒิชัย จริยา¹, อาทิตยา วังวนสินธุ์¹, สุภาพร แสงอ่วม², สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์¹, พิมพ์พรรณ ปั่นโพธิ์³

Wutthichai Jariya¹, Artittaya Wangwonsin¹, Supaporn Sangouam², Somkiat Sornprasit¹, Pimpun Pumpho³

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนและสร้างข้อเสนอแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับของอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 32 คนโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มกับ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มคณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มผู้นำชุมชน เครื่องมือที่ใช้คือแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์สรุปประเด็น

ผลจากการศึกษาสถานการณ์ พบว่า การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีการจัดการโดยทีมจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีนายอำเภอเป็นประธานและมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอร่วมมือกันขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพโดยทีมผู้ให้บริการของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเพื่อให้เกิดบริการในชุมชนโดยทีมเครือข่ายในชุมชน ผลจากการคืนข้อมูลพบว่า ควรมีการพัฒนาการระบบข้อมูลผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และการพัฒนาศูนย์ฟื้นฟูส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุติดสังคม

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ, การถอดบทเรียน

Abstract

This action research study aimed to learn the lessons of and to propose the guidelines for the LTC development based on DHS management of Watbot District, Phitsanulok Province. Qualitative research was conducted. Thirty-two informants were recruited by purposive sampling. Focus group discussion was employed to collect data from three groups: 1) DHS management committees, 2) representatives of healthcare providers, and 3) representatives of community leaders. The focus group discussion guidelines were utilized in the discussions. The data was analyzed by thematic analysis.

Results from the situational study phase revealed that the LTC was managed by the district health system team directed by district chief officer, district hospital director, and district health officer. This team worked together in order to manage both the LTC services provided by the healthcare professional team and the LTC services provided by community network team. Results from the data feedback phase indicated that the LTC system need to be improved in various aspects including elderly health information system, caregiver competency for home-bound and bed-bound elders, and the elderly development center for well elders

Keywords: Long-term care, District health system management, Lessons learned

บทนำ

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care: LTC) ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม นอกจากนี้การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือ

มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นไปได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวก็ได้ และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทย ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวว่าหมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ

¹ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² อาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดโบสถ์ อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก

เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัวเพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ⁽²⁾

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ใช้ในประเทศไทยที่เน้นรูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนหน่วยงานในท้องถิ่น สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system: DHS) กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญ โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน เชื่อมต่อหน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งเชื่อว่าชุมชนย่อมรู้บริบทและสามารถจัดการกับปัญหาดังกล่าวได้ดีกว่า ทัวถึง และครอบคลุมมากกว่า⁽³⁾

อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก เป็นอำเภอที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นอำเภอนำร่องตัวอย่าง (Best practice) ของจังหวัด ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี แต่พบว่ายังต้องมีการพัฒนาและขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาเพื่อถอดบทเรียนและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิดการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อถอดบทเรียนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก

2. เพื่อสร้างข้อเสนอแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้นำแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอมาใช้ รวมทั้งมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยการวิจัยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 เดือน (ตุลาคม 2558 - กันยายน 2559) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (พฤศจิกายน 2558 - กุมภาพันธ์ 2559) โดยการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ผ่านมาของพื้นที่ โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่มคัดเลือกแบบเจาะจง ดังนี้ 1) **กลุ่มคณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (ลกท.รสอ.)** จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนจากผู้นำชุมชน และตัวแทนจากภาคีเครือข่ายอื่นๆ โดยการสนทนากลุ่มใช้เวลา 88 นาที 2) **กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ** จำนวน 9 คน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแล (Care manager) โดยการสนทนากลุ่มใช้เวลา 65 นาที 3) **กลุ่มผู้นำชุมชน** จำนวน 11 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ และผู้ดูแล (Care giver) ที่เป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ โดยการสนทนากลุ่มใช้เวลา 75 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์ข้อมูล (มีนาคม 2559 - พฤษภาคม 2559) ที่ได้จากการระดมความคิดเห็น โดยการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1 โดยทีมผู้วิจัย เพื่อร่างสรุปผลการ

ถอดบทเรียนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 การคืนข้อมูล (มิถุนายน 2559 - กรกฎาคม 2559) โดยการนำร่างสรุปผลการถอดบทเรียนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 คืนข้อมูลให้กับพื้นที่และระดมความคิดเห็นโดยการสนทนากลุ่ม ร่วมกับกลุ่มคณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอจำนวน 12 คน เพื่อร่วมกันพิจารณาและร่วมกันเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งการสนทนากลุ่มใช้เวลา 92 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปแนวทางและข้อเสนอแนะ (สิงหาคม 2559 - ตุลาคม 2559) โดยทีมผู้วิจัยเพื่อสรุปข้อเสนอแนะทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ได้จากขั้นตอนที่ 3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ นักวิจัย เครื่องบันทึกเสียง และแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนและทำการปรับแก้ไข ข้อความให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่ใกล้เคียง จากนั้นจึงแก้ไขอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เป็นการตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลและวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลมีถูกต้อง เหมาะสม และมีคุณภาพ โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลแบบบุคคล (Personal data sources triangulation) จากการเก็บข้อมูลจากหลากหลายกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และด้านการวิเคราะห์ข้อมูล (Analyst triangulation) จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยหลายคน นอกจากนี้ยังทำการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Member checking) โดยการนำผลสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้เวทีการ

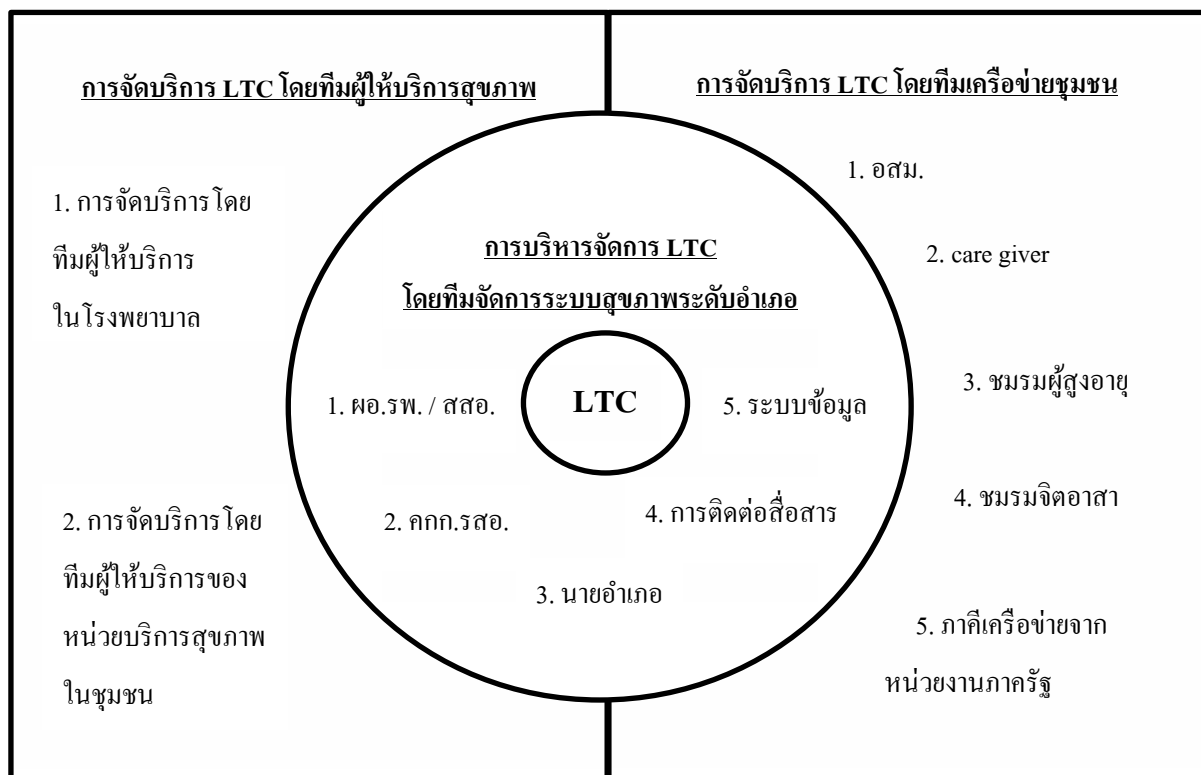
คืนข้อมูลให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสะท้อนความคิดและร่วมกันสรุปประเด็นข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยดำเนินการควบคู่ไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งด้วยวิธีการวิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematic analysis) ซึ่งอาศัยเครื่องมือในการวิเคราะห์ต่างๆ เช่น แผนผังความคิด (Mind mapping) และการใช้ตารางสรุป (Summary table)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ และขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์ข้อมูล ทีมผู้วิจัยได้ถอดบทเรียนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งได้มีการระดมความคิดเห็นด้วยวิธีการการสนทนากลุ่มกับ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มคณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ 2) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และ 3) กลุ่มผู้นำชุมชน หลังจากนั้น ทีมผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการระดมความคิดเห็นโดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งสามารถสรุปผลการถอดบทเรียนได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) การบริหารจัดการ LTC โดยทีมจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ 2) การจัดบริการ LTC โดยทีมผู้ให้บริการสุขภาพ และ 3) การจัดบริการ LTC โดยทีมเครือข่ายชุมชน รายละเอียดดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 สรุปผลการถอดบทเรียนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการ LTC โดยทีมจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ

การบริหารจัดการ LTC โดยทีมจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความสำคัญยิ่ง ในการขับเคลื่อนงาน LTC ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ส่วนย่อย ได้แก่

1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ผอ.รพ.) และสาธารณสุขอำเภอ (ศสอ.) มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงาน LTC โดยการทำดำเนินงาน LTC ให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอจะต้องสร้างเครือข่ายและวางแผนร่วมกับหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสียให้เข้าร่วมดำเนินงาน LTC เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจะนำไปสู่การทำงานแบบบูรณาการจากเครือข่าย

2) คณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (คกก.รสอ.) มีบทบาทหลักในการวางแผนเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน LTC ร่วมกับเครือข่ายซึ่งจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและเกิดการพัฒนา LTC อย่างยั่งยืน โดย

คกก.รสอ. ประกอบด้วยหลายภาคส่วนในอำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ นายกเทศบาล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนผู้ให้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาล ตัวแทนผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน

3) นายอำเภอ ถือเป็นอีกหนึ่งผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในคณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีบทบาทและอำนาจในการผลักดันให้ภาคส่วนต่างๆ ในอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมดำเนินงาน LTC ซึ่งการดำเนินงาน LTC ถือว่าเป็นอีกหนึ่งงานที่ถูกดึงเข้ามาอยู่ภายใต้แผนงานหลักในการดำเนินงาน “อำเภอวัดโบสถ์ปลอดภัย” ที่ดำเนินการพัฒนาทุกเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งอำเภอวัดโบสถ์ นอกจากนี้ การที่นายอำเภอเป็นประธานในการประชุมประจำเดือนของหัวหน้าส่วนราชการ จะช่วยให้การดำเนินงาน LTC ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4) การติดต่อสื่อสาร การทำงานระหว่างคณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอและเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงาน LTC จะต้องมีการติดต่อประสานงาน สร้างความเข้าใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยอาศัยช่องทางการติดต่อสื่อสารซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การติดต่อสื่อสารที่เป็นทางการก็จะมีการจัดประชุม แต่การสื่อสารในลักษณะนี้จะมีระยะเวลาก่อนเข้างานเพราะนัดประชุมเพียงเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนการติดต่อสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ คือ ผ่านระบบ Line application และโทรศัพท์ จะมีความสะดวกรวดเร็ว สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ การที่หัวหน้าส่วนราชการ เช่น นายอำเภอ เขียนข้อความชื่นชมให้กำลังใจผ่านระบบ Line application ยังเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่ช่วยเสริมพลังทีมคณะทำงานให้มีความมุ่งมั่นในการดำเนินงาน LTC มากยิ่งขึ้น

5) ระบบข้อมูล มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงาน LTC อันเนื่องมาจากคณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอและเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงาน LTC จะต้องใช้ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบการตัดสินใจเพื่อวางแผนและบริหารจัดการงาน LTC

ส่วนที่ 2 การจัดการบริการ LTC โดยทีมผู้ให้บริการสุขภาพ

การให้บริการ LTC โดยทีมผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นเป็นผลมาจากการบริหารจัดการ LTC โดยทีมจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วนย่อย ได้แก่

1) การจัดการบริการโดยทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาล จะให้บริการในสถานบริการเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และเมื่อจำหน่ายผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยกลับบ้าน บริการที่ดำเนินการคือ การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและญาติ (Planned care) ให้สามารถดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน โดยทีมที่รับผิดชอบลงเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ทีม home health care ซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลโดยการเยี่ยมบ้านตามความจำเป็นแต่ละราย

2) การจัดการบริการโดยทีมผู้ให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีผู้จัดการทีมดูแล (Care manager) ทำหน้าที่ผู้นำทีมเยี่ยมบ้าน เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย

ติดเตียงเป็นหลัก ทำงานร่วมกับจิตอาสา (Care giver) ที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง โดย Care manager มีบทบาทในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น เทศบาล อบต. ผู้นำชุมชน เนื่องจากมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมกันประสานประโยชน์ให้ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัย โดยผ่านกระบวนการสื่อสารบนแอปพลิเคชัน line และการสื่อสารทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 3 การจัดการบริการ LTC โดยทีมเครือข่ายชุมชน

การให้บริการโดยทีมเครือข่ายชุมชนสำหรับผู้สูงอายุนั้นเป็นผลอีกส่วนหนึ่งจากการบริหารจัดการ LTC โดยทีมจัดการสุขภาพระดับอำเภอ จากผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายหลักที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ LTC ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ส่วนย่อย ได้แก่

1) อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการสำรวจข้อมูลเพื่อคัดกรองและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดการดูแล โดยมีส่วนหนึ่งของ อสม. ได้รับการอบรมเป็นผู้ดูแล (Care giver) ตามหลักสูตรกรมอนามัย 70 ชั่วโมง ซึ่งการมีพื้นฐานเป็น อสม. มาก่อนจะช่วยให้ครอบครัวของผู้สูงอายุมั่นใจในการดูแลมากยิ่งขึ้น

2) Care giver มีบทบาททำงานในชุมชนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจะลงไปเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมและช่วยเหลือทางสังคม ผ่านการเชื่อมโยงกับบุคลากรสุขภาพและหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของจังหวัด (พมจ.)

3) ชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทางกายและจิตใจของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย พุดคุยแลกเปลี่ยน กิจกรรมรวมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งมีการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดเตียงและติดบ้านเพื่อลงไปให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

4) กลุ่มจิตอาสา ถือเป็นต้นทุนทางสังคมในพื้นที่ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้แก่ ชมรมแฟนพันธ์แท้ นายก ชมรมญาติระอา ชมรมข้าราชการบำนาญซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่มีความรู้และมีความสามารถในการหาแหล่งทุนเพื่อช่วยเหลือผู้พิการและผู้สูงอายุได้

5) ภาาีเครือขายจากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ เทศบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เป็นเครือข่ายที่เข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ในการเยี่ยมบ้านของกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะการที่ผู้นำท้องถิ่น เช่น นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้ลงไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ จะทำให้เห็นสภาพปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น เช่น การปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 3 การคืนข้อมูล และขั้นตอนที่ 4 การสรุปแนวทางและข้อเสนอแนะ

ทีมผู้วิจัยได้นำร่างสรุปผลการถอดบทเรียนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ได้จากศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 คืนข้อมูลให้กับพื้นที่โดยการระดมความคิดเห็นผ่านการสนทนากลุ่มร่วมกับกลุ่มคณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากนั้นทำการสรุปข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการ LTC โดยทีมจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ		
ประเด็น	การดำเนินงานที่เกิดขึ้น	ข้อเสนอแนวทางการพัฒนา
ผอ.รพ. และ สสอ. คกก.รสอ. นายอำเภอ	ถึงแม้ว่าอำเภอวัดโบสถ์มีหลายภาคส่วน ทั้งจากหน่วยงานบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีบทบาทหลัก หน่วยงานราชการ และภาคส่วนประชาชน มาเป็นคณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อร่วมดำเนินงาน LTC ในพื้นที่ แต่การทำงานส่วนใหญ่ยังมีลักษณะต่างฝ่ายต่างพยายามทำในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งส่งผลให้ขาดการบูรณาการและเกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน	1. ควรใช้เวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการที่นำโดยนายอำเภอซึ่งเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงที่มีอำนาจในการขับเคลื่อนและสั่งการหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน LTC ในอำเภอ เพื่อให้ทุกภาคส่วนมาร่วมแลกเปลี่ยนและวางแผนการทำงานร่วมกันให้ไปในทิศทางเดียวกัน 2. ควรสนับสนุนให้ภาคส่วนประชาชนและหน่วยงานราชการ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาชุมชน เข้ามามีบทบาทหลักในการเป็นเจ้าของงาน LTC โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ
การติดต่อสื่อสาร	การสื่อสารภายในอยู่สองช่องทาง คือ ส่วนที่เป็นทางการโดยการนัดประชุมกัน แต่การสื่อสารในลักษณะนี้จะมีระยะเวลาค่อนข้างนานเพราะมีการนัดประชุมเพียงเดือนละครั้ง ส่วนช่องทางที่ไม่เป็นทางการ คือ ทาง Line application และทางโทรศัพท์ที่เป็นส่วนตัว ซึ่งมีข้อดี คือ มีความรวดเร็วและสามารถทำได้ตลอดเวลา โดยช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ นี้ยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมพลังให้กับคณะทำงานจากบุคคลที่มีอำนาจ เช่น นายอำเภอ นายกเทศบาล/อบต.	1. ควรเชิญบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการดำเนินงาน LTC เข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มการสื่อสารทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อเป็นการสื่อสารข้อมูลถึงกัน 2. ควรส่งเสริมให้ผู้มีอำนาจ เช่น นายอำเภอ ร่วมกันเสริมพลังและชักชวนผู้ที่มีส่วนร่วมในการทำงาน LTC ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น Line application อย่างต่อเนื่อง
ระบบข้อมูล	เนื่องจากอำเภอวัดโบสถ์มีหลายภาคส่วนดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้แต่ละฝ่ายต่างเก็บข้อมูลของตนเองและการนำข้อมูลมารวบรวมเพื่อวิเคราะห์เป็นข้อมูลของทั้งอำเภอยังมีน้อย	1. ควรมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลและหรือมีผู้รับผิดชอบหลักที่รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในระดับอำเภอจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำนโยบายและแผนพัฒนางาน LTC ในลักษณะบูรณาการอย่างเป็นองค์รวม

ตาราง 1 (ต่อ) แสดงข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการ LTC โดยทีมจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (ต่อ)		
ประเด็น	การดำเนินงานที่เกิดขึ้น	ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา
ส่วนที่ 2 การจัดการบริการโดยทีมผู้ให้บริการสุขภาพ		
การจัดบริการ โดยทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาล	การให้บริการในโรงพยาบาล เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในต้องกลับบ้านจะมีการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและญาติ (Planned care) ให้สามารถดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และหลังจากนั้นจะมีการเยี่ยมบ้านตามความจำเป็นแต่ละราย	1. ควรมีการส่งเสริมให้มี Care giver ที่ไม่เป็นทางการ โดยญาติผู้สูงอายุคนเดียว โดยการจัดทำแนวทางการเพื่อสร้างทักษะให้แก่ญาติในครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุคนเดียวตามความเป็นไปโดยฝึกทักษะผ่านการฝึกประสบการณ์จริง และมีกระบวนการติดตามเสริมทักษะเพิ่มขณะเยี่ยมบ้าน ซึ่ง Care giver ที่ไม่เป็นทางการโดยญาติผู้สูงอายุคนเดียวสามารถพัฒนาไปเป็นจิตอาสาเพิ่มในชุมชนได้ต่อไป
การจัดบริการ โดยทีมผู้ให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน	การให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนที่มี Care manager เป็นผู้เชื่อมประสานภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งทำงานร่วมกับ Care giver ยังเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยคนเดียวเป็นหลัก	1. ควรมีการพัฒนาการทำงานเชื่อมต่อกันระหว่าง Care manager และภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้เกิดเครือข่ายและเจ้าภาพร่วมในการทำงานเชิงรุก เช่น การทำงานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคมมากยิ่งขึ้น
ส่วนที่ 3 การจัดการบริการโดยทีมเครือข่ายชุมชน		
อสม. และ Care giver	รูปแบบการให้บริการ LTC โดยทีมเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ยังเน้นการดูแลทางกายและสิ่งแวดล้อมและเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุคนเดียวและติดบ้าน ซึ่งเป็นการจัดการกับปัญหาที่ปลายเหตุ รวมทั้งจำนวน Care giver ยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุคนเดียวซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุคนเดียวขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง	1. ควรเพิ่มจำนวนของ Care giver ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านตามสัดส่วนที่เหมาะสม
ชมรมผู้สูงอายุและชมรมจิตอาสา		2. ควรมีการพัฒนาแบบการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดสังคมโดยเน้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเพื่อลดจำนวนและปัญหาผู้สูงอายุติดสังคมในอนาคต
ผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้สูงอายุคนเดียว		3. ควรมีการพัฒนาทุนทางสังคม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ข้าราชการเกษียณ ชมรมญาติระอา แฟนพันธ์แท้ยาย ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีต้นทุนทางความรู้เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นข้าราชการเกษียณที่มีความหลากหลายภูมิปัญญา โดยหากกลุ่มเหล่านี้เข้าใจ เห็นความสำคัญ จะเป็นพลังในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง
ภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานภาครัฐ		4. ควรมีการพัฒนา “ศูนย์ฟื้นฟูส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นศูนย์พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ โดยวางแผนการดำเนินงานรวมกันกับหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงาน LTC ของพื้นที่อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก มีการใช้แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในการดำเนินงานซึ่งแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอนั้นมีการถูกประยุกต์ใช้กันหลายประเทศ⁽⁴⁾ และถือเป็นวิธีการที่มีความสำคัญในการพัฒนางานการสาธารณสุขมูลฐาน⁽⁵⁾

ระบบสุขภาพในระดับอำเภอเป็นกลยุทธ์ที่สร้างขึ้นเพื่อหวังผลในการกระจายการบริหารจัดการออกจากศูนย์กลาง⁽⁶⁾ ซึ่งกำหนดให้มีการเปลี่ยนผ่านความรับผิดชอบ ทรัพยากร และอำนาจหน้าที่ จากการบริหารจัดการในระดับศูนย์กลางไปสู่รอบนอกร่วมกับภาคีเครือข่าย

ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงาน LTC ในอำเภอวัดโบสถ์ มีการขับเคลื่อนระบบการทำงานโดยอาศัยการ

จัดตั้งทีมงานหลักขึ้นมาในรูปแบบของ “คณะกรรมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ” Walley et al., 2001⁽⁷⁾ และ Segall, 2003⁽⁸⁾ อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในรูปแบบ “ทีมจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ” เป็นเรื่องที่สำคัญในการกระจายอำนาจการบริหารจัดการ โดยการมีตัวแทนจากภาคีเครือข่ายช่วยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมกันคิดและตัดสินใจเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาการดำรงชีวิตร่วมปฏิบัติตามแผนของกลุ่มหรือของชุมชน และร่วมรับประโยชน์โดยรัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุน ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽⁹⁾ ซึ่งแนวคิดหรือวิธีการพัฒนาที่ถูกร่วมคิดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนนั้น จะช่วยตอบสนองความต้องการที่แท้จริงบนพื้นฐานทุนทางสังคมของพื้นที่ (Bottom up approach)⁽¹⁰⁾

ในการดำเนินงาน LTC ของพื้นที่อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก มีผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีบทบาทหลักในการดำเนินงาน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ที่พยายามขับเคลื่อนงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ผู้นำเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดี จากการถอดบทเรียน พบว่า การบริหารจัดการ LTC ในอำเภอวัดโบสถ์ โดยทีมจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอมีจุดเด่น คือ นายอำเภอ ซึ่งถือเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงคนสำคัญที่มีบทบาทและอำนาจในการผลักดันให้ภาคส่วนต่างๆ ในอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมดำเนินงาน โดยนายอำเภอได้นำงาน LTC เข้ามาอยู่ภายใต้แผนงานหลักในการดำเนินงาน “อำเภอวัดโบสถ์ปลอดภัย” ซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553)⁽¹²⁾ ที่กล่าวถึงการบริหารจัดการ LTC ในระดับอำเภอว่า ควรมองภาพรวมของบริการในอำเภอเป็นเรื่องเดียวกัน โดยอาศัยเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นตัวหลักร่วมกับชุมชน และอปท. ในพื้นที่โดยมีกลไกมหาดไทย คือ นายอำเภอ เป็นตัวเชื่อม นอกจากนี้ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า อำเภอวัดโบสถ์ ยังมีผู้นำชุมชน คือ นายก อบต. ที่มีทุนทางสังคม คือ มีทีมแฟนพันธุ์แท้ฯ ซึ่งเป็น

การรวมกลุ่มชาวบ้านที่ศรัทธาในตัวนายก เข้ามาช่วยงานจิตอาสาต่างๆ ซึ่งสามารถดึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุได้ จะเห็นได้ว่าอำเภอวัดโบสถ์มีกลุ่มผู้นำหลายภาคส่วนที่มีความเข้มแข็ง สามารถทำงานประสานสอดคล้องกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงาน LTC สามารถขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จได้

จากการศึกษายังพบอีกว่า ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ อำเภอวัดโบสถ์ ควรมีการส่งเสริมให้มีผู้ดูแล (Care giver) ที่ไม่เป็นทางการให้มากขึ้น โดยให้ญาติผู้ปวยมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุคิดเตียงและมีการจัดทำแนวทางการสร้างทักษะญาติผู้ปวยในแต่ละเรื่อง ตามความจำเป็นต่อการดูแลที่ถูกต้อง เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย ซึ่งความเข้มแข็งของวิถีปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวเป็นความแข็งแกร่งที่มีอยู่ในชุมชน⁽¹³⁾ สอดคล้องกับหลายประเทศที่พยายามส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและในครอบครัว เช่น ประเทศออสเตรเลีย ประเทศญี่ปุ่น⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ ในสังคมไทยยังมีจุดแข็งสำคัญที่สามารถนำมาส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว คือ “ความกตัญญูคุณความดี” ซึ่งเป็นค่านิยมความเชื่อร่วมของสังคมไทย ที่ถูกใช้และให้คุณค่า ความหมายของการดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุเพื่อทดแทนบุญคุณบุญกิริเป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลเอาใจใส่ต่อพ่อแม่⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

ผลการศึกษาเกี่ยวกับช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล หรือหน่วยงาน พบว่า อำเภอวัดโบสถ์ได้นำรูปแบบการติดต่อสื่อสารทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยรูปแบบการสื่อสารทางไลน์ถูกนำมาเป็นสื่อหลักในการสื่อสารทั้งในกลุ่มย่อยเพื่อการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ และในกลุ่มใหญ่ที่มีผู้บริหารระดับสูงระดับอำเภอร่วมเป็นสมาชิก ทำให้เป็นเวทีเสริมพลังให้กับจิตอาสาและทีมงานเป็นอย่างดี ทั้งนี้สามารถ อัยกร (2557)⁽²⁰⁾ อธิบายว่า ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคลหรือหน่วยงาน มีหลากหลายช่องทางทั้งเป็นทางการ เช่น หนังสือราชการ การประชุม ฯลฯ และไม่ใช่ว่าเป็นทางการ เช่น โทรศัพท์ โปรแกรมไลน์ โดยเฉพาะการสื่อสารทางไลน์ได้รับความนิยมอย่างมากในทุกกลุ่มวัย ตามยุคสมัย หากองค์กรใดมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยหนุนเสริม

ให้การบริหารองค์กรบรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรกำหนดไว้ โดย สุภศิลป์ กุลจิตต์เจี๊วงส์ (2556)⁽²¹⁾ ได้อธิบายถึงคุณสมบัติของไลน์ว่า เป็นการติดต่อสองทางโดยตรงจากผู้รับสารถึงผู้ส่งสาร สามารถส่งข้อความในรูปแบบเอกสาร หรือข้อมูลอื่นๆ ตามวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสาร เพื่อให้เกิดการรับรู้และพฤติกรรมที่ผู้ส่งสารต้องการ และยังสามารถสื่อสารเป็นเฉพาะกลุ่ม สามารถโต้ตอบภายในหัวข้อที่สมาชิกสนใจ ติดต่อสื่อสารได้ตลอดเวลา การสนทนาด้วยเสียงและภาพ รูปแบบที่โดดเด่นคือรูปแบบของสติ๊กเกอร์ที่สื่อถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้และผู้ส่งสาร

นอกจากนี้ ผลการศึกษาเกี่ยวกับระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอวัดโบสถ์ยังเป็นแบบแยกส่วน ต่างหน่วยงานต่างมีข้อมูลคนละชุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรารรรณ ศรีศิลป์นันท์ และคณะ (2551)⁽²²⁾ ที่พบปัญหาการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดลำพูนว่ามีหลายระบบ ในหลายหน่วยงาน การขาดความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลจากหน่วยจัดเก็บ การขาดเทคโนโลยีในการจัดเก็บข้อมูล และยังไม่มีมีการนำข้อมูลที่จัดเก็บไปใช้ตามความต้องการของเจ้าของข้อมูล ทั้งนี้ พัชรารรรณ ศรีศิลป์นันท์ และคณะ (2551)⁽²²⁾ เสนอว่าควรมีการสร้างระบบฐานข้อมูลกลาง ที่เป็นข้อมูลชุดเดียวและใช้ร่วมกันทั้งหน่วยงานสุขภาพและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อความเป็นเอกภาพ และควรมีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพระบบข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะข้อมูลพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยข้อมูลระดับบุคคล ภาวะสุขภาพ สภาพครอบครัว สภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีข้อมูลจะทำให้สามารถจัดแบ่งประเภทของผู้สูงอายุเพื่อดูแลที่มีความจำเป็นเฉพาะในการดูแลแต่ละบุคคลต่างกัน และต้องมีข้อมูลที่ง่ายต่อการค้นหา การแปลผลข้อมูลหรือตัวชี้วัดในรูปแบบต่างๆ เช่น กราฟ แผนที่ ฯลฯ สามารถวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลให้ผู้นำข้อมูลไปใช้เข้าใจง่าย พร้อมทั้งจะนำไปใช้ให้ชุมชนสร้างความตระหนักและสร้างความร่วมมือของชุมชน ในการเป็นเจ้าของปัญหาและวางแผนแก้ไข

ข้อเสนอแนะ

1. แนวคิดการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความเหมาะสมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เนื่องจากเป็นแนวคิดที่พยายามเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในการจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

2. ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยอาศัยแนวคิดการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ประสบความสำเร็จนั้นควรประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ รวมทั้งผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับตำบลและหมู่บ้าน

3. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องมีการหาทุนทางสังคมและสร้างเครือข่ายจากหลายภาคส่วน โดยเริ่มตั้งแต่ระดับครอบครัว เช่น ผู้ดูแล (Care giver) ที่เป็นญาติของผู้สูงอายุ เครือข่ายระดับชุมชน เช่น อสม. และผู้นำชุมชน ไปจนถึงเครือข่ายระดับหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล ชุมชน สาธารณสุขอำเภอ อปท. พมจ. เป็นต้น

4. การสื่อสารระหว่างเครือข่ายทั้งในระดับบุคคลและระดับหน่วยงานต้องมีประสิทธิภาพ ควรมีช่องทางการสื่อสารทั้งที่เป็นทางการ เช่น การประชุม และไม่เป็นทางการ เช่น โทรศัพท์และ Line application เพื่อให้เกิดการทำงานในภาพรวมไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ ยังสามารถอาศัยช่องทางการสื่อสารในการกระตุ้นเสริมและชื่นชมการทำงานของเครือข่าย

5. ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุต้องเป็นชุดข้อมูลที่มีความเป็นเอกภาพและมีเครือข่ายจากหน่วยงานต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อวางแผนและดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

6. ควรมีการดำเนินงานวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานหลังจากการนำข้อเสนอแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้การจัดการสุขภาพระดับอำเภอไปใช้ โดยเฉพาะการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้อยู่ภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย
สุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ(24DHS)

ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. **Report of a WHO study group: Home-Based-long-Term-Care**. WHO; Geneva, 2000.
2. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. **การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง**. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2: 16 พฤศจิกายน 2552. (เอกสารอัดสำเนา), 2552.
3. เดชา แซ่หลี่ และคณะ. **การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, 2557.
4. WHO/SEAR. **District Health System/Primary health care: updated strategies and approaches**. SEA/HSD/228. WHO Regional Office for South-East Asia; New Delhi, 1999.
5. นิทรา กิจธีระวุฒิกุล และ วุฒิชัย จิรยา (2558). การนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. ปีที่ 33 ฉบับที่ 3, 2558.
6. ชลกร ทรงศรี และคณะ. **บทเรียนการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอศูนย์ประสานงาน จังหวัดสกลนคร**. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. ปีที่ 9 ฉบับที่ 1, 2559.
7. Walley J. et al. **Public health: an action guide to improving health in developing countries**, pp.116-143. Oxford University Press; New York, 2001.
8. Segall M. District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. **International Journal of Health Planning and Management**. 18: S5-S26, 2003.
9. ฉวีวรรณ ชมพูเขา. กระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. ปีที่ 9 ฉบับที่ 2, 2559.
10. Tarimo E. **Towards a healthy district: Organizing and managing district health systems based on primary health care**. WHO; Geneva, 1991.
11. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. **ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, 2552.
12. สัมฤทธิ์ ศรีธีระวงศ์ และคณะ. **รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน**. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, ปีที่ 1 ฉบับที่ 2, 2552.
13. Caffrey, R.A. Caregiving to the elderly in Northeast Thailand. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, 7(2): 117-134. 1992.
14. Donelan, K., et al. The elderly in five nations: the importance of universal coverage. **Health Affairs**, 19, 226. 2000.
15. Olivia, S.M., et al. Aged-care support in Japan: perspectives and challenges. **The national bureau of economic research**, 22 (1): 7-18, 2006.
16. Campbell, J.C. and Ikegami, N. Long-term care insurance comes to Japan. **Health Affairs**. 19 (3): 26-39, 2000.
17. คุสิด จันทยานนท์ และคณะ. **ทัศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1, 2554.
18. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ**. มีสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย): กรุงเทพฯ, 2549.
19. ศิราณี ศรีหาคา และคณะ. **ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: กรุงเทพฯ, 2556.
20. สามารถ อัยกร. **การจัดการองค์กรภาครัฐและเอกชน**. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร: สกลนคร, 2557.
21. ศุภศิลป์ กุลจิตต์เจือวงศ์. **โลนรูปแบบการสื่อสารบนความสร้างสรรค์ของสมาร์ทโฟน: ข้อดี ข้อจำกัดของแอปพลิเคชัน**. **วารสารนักบริหาร**. ปีที่ 33 ฉบับที่ 4, 2556.
22. พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ และคณะ. **สถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพและการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน ตอนที่ 1 สถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ**. สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2746?locale-attribute=th> สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2559.

การศึกษาปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้าน ตำบลดงบัง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี

Study of Lead in Village water supply SubdistrictDongbang, District Prachantakam

Prachinburi Province

जानन श्रीगेट्ट¹, พัฒนา พรหมณี²

JanonSrigate,PattanaandPrommanee

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ(1) ตรวจวัดปริมาณตะกั่วในแหล่งน้ำดิบผลิตประปาและน้ำประปาหมู่บ้าน ตำบลดงบัง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี (2) เปรียบเทียบคุณภาพน้ำดิบผลิตประปากับเกณฑ์มาตรฐานน้ำผิวดินและเปรียบเทียบคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการเลือกเก็บตัวอย่างน้ำใน 3 หมู่บ้าน จาก 10 หมู่บ้านของตำบลดงบัง คือ หมู่ 3 บ้านนา หมู่ 4 บ้านโนน และหมู่ 5 บ้านสวนผึ้ง โดยเก็บน้ำตัวอย่างหมู่บ้านละ 4 ตัวอย่าง คือ น้ำดิบผลิต ตัวอย่าง และประปาหมู่บ้านที่เป็นน้ำจากต้นท่อ 1 ตัวอย่าง กลางท่อ 1 ตัวอย่าง และปลายท่อ 1 ตัวอย่าง รวม 12 ตัวอย่าง จาก 12 จุด เก็บ เก็บตัวอย่าง 2 ครั้ง คือเดือนตุลาคม 2557 และกุมภาพันธ์ 2558 แล้วนำมาวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการโดยมีเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ (1) อุปกรณ์การเก็บตัวอย่างน้ำ (2) เครื่องตรวจวัดการดูดกลืนแสงของอะตอม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ปริมาณสารตะกั่วในน้ำดิบสำหรับผลิตประปาหมู่บ้านของตำบลดงบัง อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี มีค่าเฉลี่ย 0.12 มิลลิกรัมต่อลิตร (S.D.= 0.01) เกินเกณฑ์มาตรฐานน้ำผิวดินและและน้ำประปาที่ผ่านการปรับปรุงคุณภาพแล้วมีปริมาณตะกั่วเฉลี่ย 0.13 มิลลิกรัมต่อลิตร(S.D. = 0.02) เกินเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภคของกรมอนามัย เนื่องจากขาดการบำรุงรักษาระบบผลิตและท่อประปาตามแผนงาน และขาดการติดตามตรวจวิเคราะห์ผลคุณภาพน้ำประปา

คำสำคัญ: ปริมาณตะกั่ว, น้ำประปาหมู่บ้าน

Abstract

This research was survey research. The objectives of this research were to (1) measure volume of Lead in water source for village water supply and water form village water supply in DongbangsubdistrictPrachantakham district PrachinBuri province, (2) compare quality of water source for village water supply with criterion for water source of Pollution Control Department, Ministry of Natural Resources and Environment and compare quality of water form village water supply with criterion for water of Department of Health, Ministry of public Health in Dongbang sub district. This research managed in Dongbang sub district Prachantakham district PrachinBuri province. Water samples were selected in 3 villages from 10 villages namely Moo 3 Na village, Moo 4 Non village, Moo 5 Suanphung village. Water samples were selected 4 samples a village and collected form water source, origin way of pipe water and end way of pipe water add to 12 samples from 12 points. The research instruments consisted of (1) water sample collection tool, (2) Atomic Absorption Spectrometer (AAS). Results were analyzed by mean.

The research findings were as follows: volume of Lead in water source for village water supply Dongbang sub district Prachantakham district PrachinBuri province was 0.12 MPN per 100 milliliter(S.D. = 0.01) in mean, over line for criterion for water source of Pollution Control Department and volume of Lead in water form village water supply was 0.13 MPN per 100 milliliter (S.D.= 0.02) in mean, over line of Department of Health, because of lack of maintenance on water supply system and monitoring water quality analysis.

Keywords: volume of Lead, village water supply

¹อาจารย์สาขาการจัดการภัยพิบัติและบรรเทาสาธารณภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

²อาจารย์สาขาสังแวดล้อมศึกษา วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคม มีการพัฒนาประเทศทางด้านระบบสาธารณสุขของภาครัฐต่างๆ อย่างรวดเร็วเพื่อรองรับความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตของประชากรที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น มีความต้องการใช้น้ำเพื่อการอุปโภคบริโภคจำนวน 6,490 ล้านลูกบาศก์เมตร และหมู่บ้านทั่วประเทศที่ขาดแคลนน้ำเพื่อใช้ในการอุปโภคบริโภคและการเกษตรจำนวนถึง 20,512 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.48⁽¹⁾ ประกอบกับในปัจจุบันประชาชนใช้น้ำอย่างฟุ่มเฟือย แหล่งเก็บน้ำมีไม่เพียงพอ ขาดกระบวนการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นหน่วยงานของรัฐจึงได้จัดทำโครงการน้ำประปาหมู่บ้านสำหรับอุปโภคและบริโภค เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนน้ำดื่ม น้ำใช้และมีน้ำใช้ที่สะอาดให้ให้เพียงพอและทั่วถึงครอบคลุมทุกหมู่บ้าน โดยมีกระบวนการผลิตน้ำประปาแบบผิวดินที่ประกอบด้วย 3 ระบบ คือระบบน้ำดิบจากแหล่งน้ำผิวดิน ระบบผลิตน้ำจากระบบกวนเร็ว ระบบกวนช้า ถึงตกตะกอน ถึงกรองน้ำผิวดิน ถึงน้ำใส และระบบจ่ายน้ำจากหอถังจนจ่ายน้ำให้กับผู้ใช้⁽²⁾ เมื่อดำเนินการก่อสร้างระบบประปาหมู่บ้านเสร็จสิ้นและได้ทำการส่งมอบให้กับชุมชนเป็นผู้ดูแลระบบผลิตน้ำประปาต่อไป เมื่อเวลาผ่านไปบางพื้นที่กลับพบปัญหาคุณภาพน้ำประปามีการปนเปื้อนทางด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ เนื่องจากมีบุคลากรน้อย การขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญ การดูแลและบำรุงรักษาระบบการผลิตไม่ได้มาตรฐาน อีกทั้งไม่มีการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอและไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง รวมทั้งแหล่งน้ำดิบสำหรับนำมาผลิตน้ำประปาจากแหล่งธรรมชาติที่มีอยู่ในชุมชนมีความสะอาดไม่เพียงพอ มีปนเปื้อนจากการชะล้างสิ่งเจือปนจากกิจกรรมในพื้นที่ต่างๆ ไหลลงสู่แหล่งน้ำ เช่น การเกษตร เลี้ยงสัตว์ และที่อยู่อาศัย⁽³⁾ ทำให้เกิดปัญหาน้ำสำหรับการอุปโภคและบริโภคของประชาชน เป็นแหล่งแพร่กระจายโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในชุมชน ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่ง

ของการเกิดโรคที่เกี่ยวกับน้ำจะมีความสัมพันธ์กับการได้รับโลหะหนักบางชนิดที่ปนเปื้อนอยู่ในปริมาณสูง โดยเฉพาะสารตะกั่วที่ปนเปื้อนอยู่ในแหล่งน้ำผิวดินและน้ำใช้สำหรับอุปโภคบริโภค และบริเวณในพื้นที่มีลักษณะทางธรณีวิทยาเป็นหินปูนและหินตะกั่วคาร์บอนเนต เมื่อมีการผุพังสลายตัวเกิดการพัฒนามา ละลายในน้ำสะสมเป็นตะกอนในแหล่งน้ำ ซึ่งถ้าหากมีการปนเปื้อนของตะกั่วในน้ำในปริมาณสูงเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ ร่างกายของมนุษย์จะเกิดความต้านทานต่อสารเคมีและเกิดการสะสมในร่างกาย หากสะสมในปริมาณมากจะทำให้ตัวเหลืองซีด เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และตายได้ หากสะสมไม่มากจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย เจ็บป่วยบ่อยและมีผลให้สมองเติบโตช้า⁽⁴⁾

ตำบลคงบัง อำเภอบางขัน จ.นครศรีธรรมราช เป็นชุมชนหนึ่งที่มีการจัดสร้างและใช้น้ำจากระบบประปาหมู่บ้านแบบผิวดินสำหรับการอุปโภคบริโภค ที่ไม่มีการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านหลังการส่งมอบให้ชุมชนรับผิดชอบดูแล จะมีการตรวจสอบคุณภาพน้ำประปาก่อนเมื่อมีการร้องเรียนหรือเกิดโรคระบาด หรือเกิดผลกระทบต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน ประกอบกับเป็นพื้นที่เกษตรกรรมที่มีลักษณะทางธรณีวิทยาเป็นหินทรายโคลน หินกรวดมน และหินปูน⁽⁵⁾ จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นควรจำเป็นต้องเก็บตัวอย่างทำการวิเคราะห์คุณภาพน้ำดิบสำหรับผลิตประปาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดินของกรมควบคุมมลพิษและและตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำของกรมอนามัย เพื่อควบคุมคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านและถ่ายทอดความรู้ที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์ให้กับชุมชน หมู่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบล นำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐาน เพื่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชากร ลดการเกิดโรคที่มาจากน้ำเป็นสื่อ นำไปสู่การพัฒนาประเทศให้ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปริมาณตะกั่วในแหล่งน้ำดิบผลิตประปา และน้ำประปาหมู่บ้านตำบลดงบัง อำเภอบางขัน จ.ตรัง

2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณตะกั่วในแหล่งน้ำดิบผลิตน้ำประปาหมู่บ้านกับเกณฑ์คุณภาพน้ำผิวดินของ กรมควบคุมมลพิษ และเปรียบเทียบคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านกับ เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีขอบเขตด้านสถานที่ของการศึกษาโดย การสำรวจระบบน้ำประปาหมู่บ้านในตำบลดงบัง อำเภอบางขัน จ.ตรัง เพื่อเก็บตัวอย่างน้ำมาทำการตรวจวัดปริมาณตะกั่วจากแหล่งน้ำดิบผลิตประปาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดินกับประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน และน้ำประปาหมู่บ้าน เปรียบเทียบปริมาณตะกั่วและแคลเซียมกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2543

1. การเลือกพื้นที่และกำหนดจุดเก็บตัวอย่างคุณภาพน้ำ

1.1 การเลือกพื้นที่ศึกษาโดยเลือกพื้นที่ที่ประสบปัญหาเรื่องสุขภาพและคุณภาพน้ำขุนสิเหลียง และมีตะกอนทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์สำหรับอุปโภคและบริโภคได้อย่างเต็มที่ โดยมีตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้องเรียนและติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาตรวจสอบและเก็บตัวอย่างน้ำตรวจวิเคราะห์โลหะหนักจำพวกตะกั่วเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการปรับปรุงคุณภาพน้ำให้เหมาะสมแก่การอุปโภคบริโภคของประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งดำเนินการในพื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอบางขัน จ.ตรัง ประกอบด้วยหมู่บ้านทั้งหมด 10 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 เป็นบ้านดงบัง หมู่ 2 บ้านตม หมู่ 3 บ้านนา หมู่ 4 บ้านโนน หมู่

5 บ้านสวนผึ้ง, หมู่ 6 บ้านเนินบาก หมู่ 7 บ้านเนินแดง หมู่ 8 บ้านเนินยาง หมู่ 9 บ้านเนินอุดม หมู่ 10 บ้านหนองข้าวหลาม โดยเลือกพื้นที่สำหรับเก็บตัวอย่างน้ำ จำนวน 3 หมู่บ้าน จาก 10 หมู่บ้าน คือ หมู่ 3 บ้านนา หมู่ 4 บ้านโนน หมู่ 5 บ้านสวนผึ้ง เลือกเก็บน้ำตัวอย่างหมู่บ้านละ 3 ตัวอย่าง กำหนดพื้นที่จำนวนหมู่บ้าน สำหรับเก็บตัวอย่างน้ำ โดยใช้เกณฑ์ ร้อยละ 30 ของหมู่บ้านทั้งหมด^(๑) โดยเก็บตัวอย่างน้ำดิบผลิตประปา จำนวน 1 ตัวอย่าง และน้ำประปาหมู่บ้านที่เป็นน้ำจากคันต่อจ่ายน้ำ 1 ตัวอย่าง กลางต่อจ่ายน้ำ จำนวน 1 ตัวอย่าง และปลายต่อจ่ายน้ำ 1 ตัวอย่าง หมู่บ้านละ 4 จุดเก็บตัวอย่าง รวมทั้ง 3 หมู่บ้าน มีจำนวน 12 จุดเก็บตัวอย่าง (ดังภาพที่ 1 โดยเก็บตัวอย่าง 2 ครั้ง ในฤดูฝนและฤดูร้อน



ภาพประกอบ 1 แผนที่จุดเก็บปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้าน
ที่มา : www.google.com/earth/ สืบค้นวันที่ 9 มีนาคม 2558

1.2 กำหนดจุดเก็บตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 3 จุดเก็บตัวอย่าง จากพื้นที่เลือกเก็บ 3 หมู่บ้าน โดยเก็บจากน้ำประปาดันต่อจ่ายน้ำหลักของระบบประปาหมู่บ้านหรือน้ำประปาที่ออกจากโรงผลิตน้ำประปา น้ำประปากกลางต่อจ่ายน้ำ และน้ำประปาปลายต่อจ่ายน้ำหลักของหมู่บ้าน

2. ปฏิบัติการเก็บตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ตัวแทนฤดูฝน และครั้งที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ตัวแทนฤดูร้อน⁽⁷⁾

3. การเก็บตัวอย่างคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านที่ผ่านการปรับปรุงแล้วบริเวณต้นท่อ กลางท่อ และปลายท่อ ใช้วิธีการเก็บตัวอย่าง⁽⁸⁾ ดังนี้

3.1 ทำความสะอาดก๊อกน้ำหรือจุดปล่อยน้ำโดยเช็ดด้วยผ้าชุบแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70 หรือใช้ฟลน เปิดก๊อกน้ำหรือจุดปล่อยน้ำแล้วปล่อยให้ไหลเต็มที่ประมาณ 2-3 นาที

3.2 เก็บตัวอย่างน้ำในขวดและเว้นเหลือช่องว่างอากาศอย่างน้อย 2 เซนติเมตร ปิดฝาและปิดฉลาก เก็บรักษาตัวอย่างน้ำในถังแช่เย็นที่อุณหภูมิต่ำกว่า 4 องศาเซลเซียส นำส่งห้องปฏิบัติการ ภายใน 24 ชั่วโมง

4. การวิเคราะห์คุณภาพน้ำ นำตัวอย่างน้ำตรวจวิเคราะห์หาค่าตะกั่ว ด้วยวิธี Atomic Absorption Spectrometer (AAS) ในห้องปฏิบัติการ โดยการวิเคราะห์ดัชนีคุณภาพน้ำเป็นไปตามวิธีการที่กำหนดไว้ใน Standard Method for Examination of Water and Waste Water⁽⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างน้ำ ได้แก่ ขวดเก็บตัวอย่างน้ำสำหรับตรวจหาตะกั่ว กรดไนตริก ถึงแช่ตัวอย่าง กระดาษ foil และอุปกรณ์การบันทึกข้อมูล

2. เครื่องมือตรวจวัดตะกั่วในห้องปฏิบัติการ ได้แก่ เครื่องอะตอมมิกแอ็บซอร์พชันสเปกโตรโฟโตมิเตอร์เตาไฟฟ้า ไมโครปีเปิด ขนาด 50–200, 200–1000 ไมโครลิตรและ ขนาด 1–5 มิลลิลิตรตู้ดูดไอกรดขนาดปรับปริมาตรขวดปรับปริมาตร กระดาษกานาฟิกาแก้วกรวยกรอง (ชนิดแก้ว) และกระดาษกรอง ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 7.0 เซนติเมตร

3. สารเคมีสำหรับวิเคราะห์ตะกั่วในห้องปฏิบัติการ ได้แก่ น้ำกลั่นกรดไนตริกเข้มข้น ความบริสุทธิ์ 65–70 % สารละลายมาตรฐานตะกั่ว ความเข้มข้น 1,000 มิลลิกรัมต่อลิตร และสารละลายมาตรฐานตะกั่ว ความเข้มข้น 10 มิลลิกรัมต่อลิตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพน้ำดิบผลิตประปาและประปาหมู่บ้านด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D) เปรียบเทียบน้ำดิบผลิตประปากับค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดินของกรมควบคุมมลพิษ 2543⁽¹⁰⁾ และเปรียบเทียบประปาหมู่บ้านกับค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2543⁽¹¹⁾

ผลการศึกษา

1. ปริมาณตะกั่วในน้ำ

ตาราง 1 ปริมาณตะกั่วในน้ำดิบผลิตประปาหมู่บ้าน

ชุมชน	ฤดูฝน	ฤดูร้อน	เฉลี่ย	S.D.
หมู่ 3 บ้านนา	0.05	0.05	0.05	0.00
หมู่ 4 บ้านโนน	0.14	0.12	0.13	0.01
หมู่ 5 บ้านสวนผึ้ง	0.18	0.17	0.18	0.01
เฉลี่ยตลอดการศึกษา	0.12	0.11	0.12	0.01

จากตาราง 1 ผลการศึกษาปริมาณตะกั่วในแหล่งน้ำดิบผลิตประปาหมู่บ้านเฉลี่ยตลอดการศึกษามีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 0.05-0.18 มิลลิกรัมต่อลิตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.18 มิลลิกรัมต่อลิตร (S.D.=0.01) รองลงมาได้แก่ บ้านโนนมี

ปริมาณตะกั่วเฉลี่ยเท่ากับ 0.13 มิลลิกรัมต่อลิตร (S.D.=0.01) และบ้านนา มีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยเท่ากับ 0.05 มิลลิกรัมต่อลิตร (S.D.=0.00) ตามลำดับ และหากแยกตามฤดูกาล พบว่า ในฤดูฝน

มีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยเท่ากับ 0.12 มิลลิกรัมต่อลิตร และฤดูร้อนมี
ปริมาณตะกั่วเฉลี่ยเท่ากับ 0.11 มิลลิกรัมต่อลิตร

2. ปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้าน

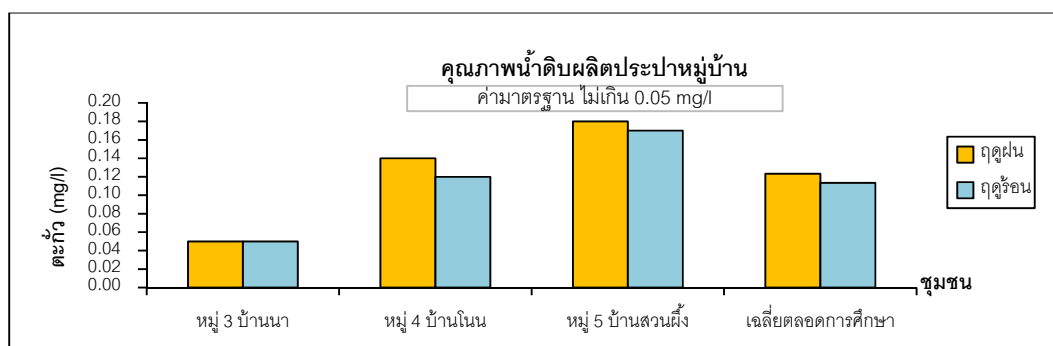
ตาราง 2 แสดงปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้าน

ชุมชน	สถานที่เก็บตัวอย่าง	ฤดูฝน	ฤดูร้อน	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย
หมู่ 3 บ้านนา	ต้นท่อ	0.06	0.07	0.07	0.01	0.07
	กลางท่อ	0.05	0.07	0.06	0.01	
	ปลายท่อ	0.06	0.08	0.07	0.01	
หมู่ 4 บ้านโนน	ต้นท่อ	0.11	0.14	0.13	0.02	0.14
	กลางท่อ	0.11	0.15	0.13	0.03	
	ปลายท่อ	0.12	0.17	0.15	0.04	
หมู่ 5 บ้านสวนผึ้ง	ต้นท่อ	0.15	0.19	0.17	0.03	0.18
	กลางท่อ	0.16	0.20	0.18	0.03	
	ปลายท่อ	0.17	0.21	0.19	0.03	
เฉลี่ยตลอดการศึกษา		0.11	0.14	0.11	0.02	0.13

จากตาราง 2 ผลการศึกษาปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.13 มิลลิกรัมต่อลิตร (S.D.= 0.02) เมื่อแยกผลการตรวจวัดตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้านแยกรายหมู่บ้าน บริเวณต้นท่อ กลางท่อ และปลายท่อ พบว่า หมู่ 3 บ้านนา มีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยเท่ากับ 0.07 มิลลิกรัมต่อลิตร (S.D.= 0.01) หมู่ 4 บ้านโนนมีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยเท่ากับ 0.14 มิลลิกรัมต่อลิตร (S.D.= 0.03) และหมู่ 5 บ้านสวนผึ้งมีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยเท่ากับ 0.18 มิลลิกรัมต่อลิตร (S.D.= 0.03) และหากแยกตามฤดูกาลพบว่า ในฤดูฝนมีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยเท่ากับ 0.11 มิลลิกรัมต่อลิตร และฤดูร้อนมีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยเท่ากับ 0.14 มิลลิกรัมต่อลิตร

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

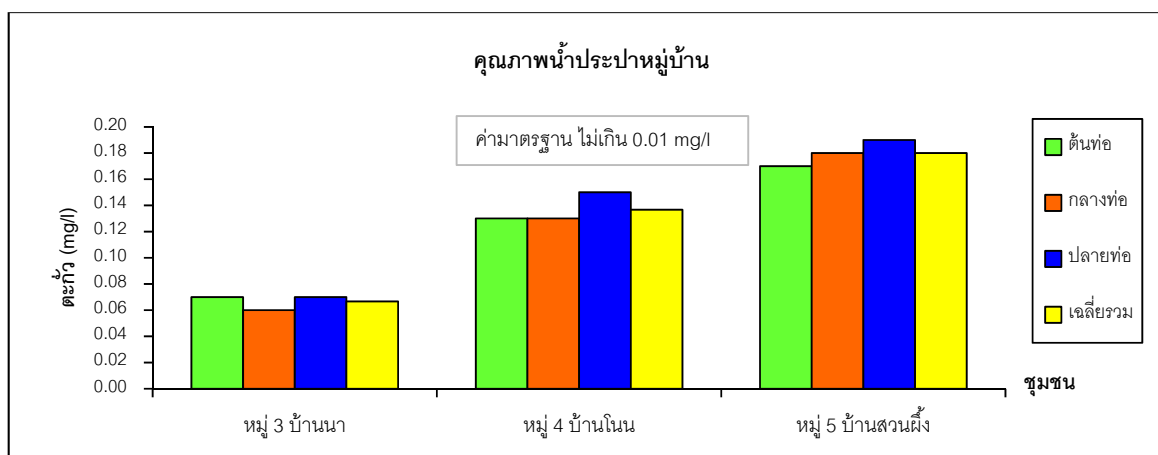
ผลการเปรียบเทียบปริมาณตะกั่วในแหล่งน้ำดิบผลิตประปาหมู่บ้านตลอดการศึกษาของตำบลคงบัง ทั้ง 3 หมู่บ้าน กับค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดินของกรมควบคุมมลพิษ พบว่าปริมาณตะกั่วเฉลี่ย มีค่าเท่ากับ 0.12 มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดิน ที่กำหนดไว้ให้มีปริมาณตะกั่วได้ไม่เกิน 0.05 มิลลิกรัมต่อลิตร⁽¹¹⁾ แยกเป็นรายหมู่บ้าน ทั้ง 3 หมู่บ้านมีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยทุกฤดูกาลมีค่าเกินมาตรฐานทุกหมู่บ้านหากแยกเป็นรายฤดูกาล พบว่ามีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยทุกฤดูกาลมีค่าเกินมาตรฐาน (ภาพประกอบ 2)



ภาพประกอบ 2 ปริมาณตะกั่วในน้ำดิบ

เนื่องจากฤดูฝนมีปริมาณฝนตกสูง เกิดการพัดพาสารปนเปื้อนจากแหล่งเกษตรกรรมและที่อยู่อาศัยลงสู่ในแหล่งน้ำและเกิดจากการสลายตัวของดินและหินที่เป็นต้นกำเนิดของธาตุตะกั่วตามธรรมชาติ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงปริมาณตะกั่วในน้ำได้รับอิทธิพลจากฤดูกาลที่มีความผันแปร โดยในช่วงฤดูร้อนมีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยต่ำเพราะปริมาณน้ำในแหล่งน้ำน้อยเกิดน้ำใส มีการตกตะกอนทำให้ปริมาณตะกั่วลดลงจากการดูดซับลงในดิน ดินตะกอน และสารอินทรีย์

ผลการเปรียบเทียบปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้านตำบลคงบึงกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปริมาณตะกั่วเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.13 มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย ที่กำหนดไว้ต้องมีปริมาณตะกั่วไม่เกิน เท่ากับ 0.01 มิลลิกรัมต่อลิตร⁽¹¹⁾ หากแยกเป็นรายหมู่บ้าน ทั้ง 3 หมู่บ้าน พบว่ามีปริมาณตะกั่วเฉลี่ยทุกฤดูกาลมีค่าเกินมาตรฐาน (ภาพประกอบ 3)



ภาพประกอบ 3 ปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้าน

เนื่องจากขาดการบำรุงรักษาระบบระบบผลิตและท่อประปาตามแผนงาน เช่นระบบการเดินสายเคเบิล การเปลี่ยนตัวกรองน้ำ การไหลที่น้ำระบายตะกอนในเส้นท่อและขาดการล้างทำความสะอาดระบบตัวกรองตามระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้ปริมาณตะกั่วตกตะกอนค้างอยู่บริเวณเส้นท่อและสะสมในปริมาณเพิ่มมากขึ้น วรินทร์ มะโนวร และคณะ (2556)⁽¹²⁾ ได้ประเมินคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านบริเวณต้นท่อระบบจ่ายน้ำและน้ำประปาจากปลายท่อระบบเส้นท่อพบว่า ผู้ดูแลระบบที่ผ่านการอบรมมานานแล้วและไม่เคยผ่านการอบรมยังขาดความรู้ความชำนาญ ด้านการผลิต การทำความสะอาดระบบผลิต มีผลให้ผู้ดูแลระบบประปามีการปฏิบัติงานไม่ตรงตามรอบระยะเวลาในการบำรุงรักษาระบบ

ผลิตน้ำประปา และอาจมาจากการเดินสายสัมผัสไม่เพียงพอสำหรับกำจัดตะกั่วเพื่อช่วยในการตกตะกอน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ เพ็ชรรัตน์ (2552)⁽¹³⁾ ที่ได้ศึกษาระบบผลิตและคุณภาพน้ำประปาผิวดินพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัว จังหวัด ปริมาณตะกั่วในแหล่งน้ำดิบผลิตประปา นครสวรรค์ พบว่าการดูแลระบบผู้ดูแลระบบประปาน้ำผิวดินปฏิบัติงานตามระบบบำรุงรักษา ระบบผลิต อยู่ในระดับต่ำ และไม่เป็นไปตามเกณฑ์คู่มือการดูแลระบบประปา ซึ่งเมื่อสังเกตคุณภาพน้ำด้านกายภาพและเคมีของสถานที่ผลิตกับบริเวณพื้นที่ใช้น้ำจะมีค่าพารามิเตอร์สูงกว่าบริเวณแหล่งผลิตน้ำประปาอาจแสดงว่ามีการปนเปื้อนจากแหล่งน้ำภายนอกเข้าสู่ท่อในระบบประปา โดยเมื่อปริมาณตะกั่วใน

น้ำประปาเหล่านี้สะสมในเนื้อเยื่อต่างๆ คือ เนื้อเยื่อ แข็งจะสะสมที่กระดูก ฟัน เล็บ และเส้นผม ประเภทเนื้อเยื่ออ่อน ได้แก่ ไขกระดูก ตับ ม้าม ไต ระบบประสาท และอวัยวะภายในอื่นๆ ซึ่งสะสมมากที่สุดที่กระดูก ตะกั่วจะมีผลเสียต่อสมองและเซลล์ประสาท มีอาการกล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรงเมื่อยล้า แดงแดงง่ายเป็นโรคโลหิตจาง มีผลต่อการทำงานของตับ หัวใจ ภาวะเจริญพันธุ์ โครโมโซม โรคมะเร็ง และไต ซึ่งหากเป็นโรคไตเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ เบื่ออาหาร ซีด หายใจลำบาก มีภาวะบวม ท้องผูก และง่วงซึม⁽¹⁴⁾ ส่วนในระบบทางเดินอาหารมีลักษณะของการเบื่ออาหาร อาเจียน ท้องผูก มีอุจจาระร่วง และปวดท้องอย่างรุนแรง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการตั้งครรภ์และทารกที่มีสารตะกั่วปริมาณมากอาจทำให้เกิดการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด มีความพิการแต่กำเนิด เด็กที่เกิดมาจะมีการพัฒนาสมองช้า ปัญญาอ่อน และชา⁽¹⁵⁾

สรุปจากการศึกษาปริมาณตะกั่วในน้ำประปาหมู่บ้าน เพื่อการบริโภคของชุมชนตำบลคงบัง อำเภอบึงสามพัน จังหวัดปราจีนบุรี ทั้ง 3 หมู่บ้าน ตลอดจนการศึกษา พบว่าปริมาณตะกั่วมีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัยอย่างมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ทำความสะอาดระบบการผลิตน้ำและตรวจสอบการเติมคลอรีนก่อนจ่ายน้ำให้หมู่บ้าน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือองค์การบริหารส่วนตำบลควรสนับสนุนการดำเนินงานปรับปรุงและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลระบบประปา อีกทั้งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ปทุมธานี ได้กรุณาสนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ. แผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (ออนไลน์). URL:<http://file.kim/2558%20Report%20water%20management%20wicha%20lr/ExecutiveSummary.pdf>. สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2558
2. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. มาตรฐานระบบน้ำสะอาด. กระทรวงมหาดไทย. กรุงเทพฯ, 2554
3. จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์. โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อโคโรนา. มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ, 2557.
4. กัญญา เกิดศิริ. การติดตามคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศรีวันชัยวิจัย, 1 (1): 62-75, 2557
5. กรมทรัพยากรธรณี. การจำแนกเขตเพื่อการจัดการด้านธรณีวิทยาและทรัพยากรธรณี จังหวัดปราจีนบุรี. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ, 2551
6. จิตราภา กุลชลบุตร. การวิจัยสำหรับนักวิจัยรุ่นใหม่. สำนักพิมพ์สหธรรมิกกรุงเทพฯ, 2550.
7. สำนักงานพัฒนาอุตุนิยมวิทยา. ภูมิอากาศจังหวัดปราจีนบุรี. กรมอุตุนิยมวิทยา. (ออนไลน์). URL:<http://climate.tmd.go.th/data/province/ตะวันออก/ภูมิอากาศปราจีนบุรี.pdf>. สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2558
8. กรมอนามัย. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2554.
9. APHA, AWWA and WPCF. Standard Method for the Examination of Water and Wastewater 19 th ed. Washington DC. American Public Health Association, 1995
10. กรมควบคุมมลพิษ. เกณฑ์ระดับคุณภาพน้ำและมาตรฐานคุณภาพน้ำประปาประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ, 2543.

11. กรมอนามัย.ค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำประปากรมอนามัย.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี,2543
12. วรินทร์ มะโนวรและคณะ. การประเมินคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน ตำบลสาวะถี จังหวัดขอนแก่น.วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6 (1) : 181-190, 2556.
13. สุวรรณ เพ็ชรรัตน์.การศึกษาระบบผลิตและคุณภาพน้ำประปาผิวดินพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัว อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2552.
14. อภิญา วงศ์พิริโยธา และคณะ. ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 9 (1) : 249-257, 2559.
15. ราตรี ทิตตเมธา และคณะ. พฤติกรรมและภาวะสุขภาพของพนักงานอุ้มมรณนต์ที่เสี่ยงต่อโรคพิษตะกั่วในเขต 8. นครสวรรค์สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 8 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขนครสวรรค์, 2549.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแกนนำสุขภาพ
ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอปง จังหวัดพะเยา

PAR for changing attitude and behavior, creating leaders healthy among population at risk of diabetes and
hypertension in Pong district, Phayao province

เนตรนภา พรหมมา¹, พรพนา สมจิตร²

Natnapa Promma¹, Pornpana Somjit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างแกนนำสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในตำบลลออ อำเภอปง จังหวัดพะเยา กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และประชาชนทั่วไปที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งสิ้น จำนวน 370 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบคัดกรองวิจัยโมเดล แบบสอบถาม แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแบบประเมินความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่ม สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกระบวนการ มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหาสุขภาพ พบว่า ประชาชนในชุมชนเกิดความตระหนักกับปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด 2) การวิเคราะห์ปัจจัยของพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ การขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด และการขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง 3) แกนนำสุขภาพ(อสม.) จัด โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมอบรมให้ความรู้และการรณรงค์ป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และ 4) ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังดำเนินโครงการวิจัย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, แกนนำสุขภาพ, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Abstract

This research is participatory action research and objective was to study the process of changing attitude and behavior, creating leaders healthy among population at risk of diabetes and hypertension in Oi subdistrict, Pong district, Phayao province. Subjects were 370 people include ageing, patients and the risk of diabetes and hypertension, and the general public interested in attending the program. Data were collected by 7 color VICHAI model, questionnaire, recording form, and knowledge test. Statistic for analyzed were descriptive statistic, pair t-test, independent sample t-test and content analysis for qualitative data. The results showed that system of behavior change model had 4 stages; 1) community diagnosis found that subjects awareness the most problems about diabetes and hypertension, 2) analysis of risk factor were lack of exercise, stress and lack of knowledge about diabetes and hypertension, 3) leaders healthy (village public health volunteer) did behavior change program that included health education and prevention campaign about diabetes and hypertension, and finally the behavioral health showed that after the risk of diabetes and hypertension had increased knowledge of statistical significance.

Keywords: PAR , Leaders healthy, Diabetes and hypertension

¹ อาจารย์แขนงวิชานามัยชุมชน สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² อาจารย์แขนงวิชานามัยชุมชน สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความทันสมัย อีกทั้งการเปลี่ยนแปลง อันเกิดจากนโยบายการพัฒนาประเทศของรัฐบาลในแต่ละยุคแต่ละสมัย ตลอดจนการเข้าถึงบริการของรัฐยามเจ็บป่วยของประชาชนที่เสมอภาคและเท่าเทียมกันในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้สถานภาพด้านสุขภาพและแบบแผนพฤติกรรมเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนไป ดังจะเห็นได้จากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่เกิดจากตัวเชื้อโรค สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและสุขวิทยาส่วนบุคคลมีแนวโน้มลดลง แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดต่ออันเกี่ยวเนื่องมาจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งรวมทั้งอุบัติเหตุ ที่มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ ของประเทศ ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในทุกปี ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) ได้กล่าวไว้ในปี 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิต สาเหตุหลักจากโรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคไร้เชื้อเรื้อรังจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 25 ล้านคน โดยมีประชากรประมาณ 19 ล้านคน หรือร้อยละ 80 จะเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและยากจน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของกลุ่มประชากรวัยแรงงาน ซึ่งจะเป็เหตุให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ จากโครงสร้างประชากรไทยที่เปลี่ยนไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ภาวะอนามัยเจริญพันธุ์รวมอยู่ต่ำกว่าระดับทดแทน มีสัดส่วนประชากรเด็ก : แรงงาน : ผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.5 : 67.6 : 11.9 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 18.3 : 66.9 : 14.8 ในปี 2559 ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็น 75.6 ปี (เพิ่มจากปี 2549 ชาย 68 ปี หญิง 75 ปี แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ 80 ปี) แต่มีปัญหการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตรามารับบริการผู้ป่วยในในอัตราค่อนข้างสูงมาก ในปี 2551

ด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ในอัตรา 7,213 ต่อประชากรแสน คน รองลงมาคือ เบาหวาน ไ้มนันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต ในอัตรา 4,656, 1,909, 1,857 และ 995 ต่อประชากรแสนคน ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของภาครัฐในปัจจุบันและอนาคตอย่างมากมา⁽¹⁾ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 ประชากรกว่า 36 ล้านคนทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ในจำนวนนี้ 9.1 ล้านคนอายุต่ำกว่า 60 ปี โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากอันดับแรก พบร้อยละ 48 รองลงมา คือมะเร็ง ร้อยละ 21 โรคเรื้อรังทางเดินหายใจ ร้อยละ 12 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 3 ส่วนภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบ ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 14.5 ล้านคน เท่ากับร้อยละ 22 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย⁽²⁾ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำนักระบาดวิทยาดำเนินการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่เดือนเมษายน 2546 เริ่มจากเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 3 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือดในปี พ.ศ. 2554 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรครายใหม่ จำนวนรวม 626,073 ราย โรคความดันโลหิตสูง พบสูงสุด จำนวน 379,551 ราย อัตราป่วย 591.38 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 179,597 ราย อัตราป่วย 279.83 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ได้มีการประมาณการณ์ว่ามีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 1 ใน 6 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ นับว่าเป็นปัญหาที่ใหญ่ และทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณในการควบคุมดูแลโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละปีเป็นงบประมาณมหาศาล ซึ่ง ร้อยละ 70 ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการแนะนำการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเพื่อลดความดันโลหิตกลับสู่ภาวะปกติและเหมาะสม จึงเกิดโรคแทรกซ้อนที่สืบเนื่องจากโรคความดัน

โลหิตสูง อีกมากมาย อาทิ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ด้วย จากสถิติข้อมูล จังหวัดพะเยาตั้งแต่ปี 2551-2554 พบมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2551 พบอัตราป่วย 909.62 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2555 พบอัตราป่วย 1,717.5 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่าของการพบผู้ป่วย ขณะเดียวกันอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน จากปี 2550 อัตราตาย 7.8 ต่อประชากรแสน และในปี 2554 อัตราตายเพิ่มเป็น 25.9 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า และโรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตและคร่าชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่ง และมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นในอนาคตจากสถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 50 ล้านคนในปี พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็นกว่า 170 ล้านคนในขณะนี้ และมีการทำนายว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 300 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 จึงเป็นความท้าทายของงานสาธารณสุขยุคศตวรรษที่ 21 นี้เป็นอย่างยิ่ง ในการควบคุมป้องกันภาวะโรคนี้ สำหรับประเทศไทย แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยเบาหวานปีละ 2 หมื่นคน ความชุกของเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 9.6 และร้อยละ 50 ของผู้เป็นเบาหวานเหล่านี้ไม่ทราบว่าตนเองมีเบาหวาน ดังนั้นกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการวินิจฉัยจึงสูญเสียโอกาสในการทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องรีบดำเนินการป้องกันและรักษา สำหรับสถานการณ์จังหวัดพะเยา⁽⁴⁾ พบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2551 อัตราป่วย 514.82 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นในปี 2555 เป็น 807.65 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มเกือบ 2 เท่า ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา สำหรับอัตราตาย พบว่ามีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี 2550 – ปี 2553 และเพิ่มขึ้นในปี 2555 เป็น 20.3 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งจังหวัดพะเยาที่มีอัตราป่วยทั้งโรคความดันโลหิตสูง(พ.ศ.2554) และโรคเบาหวาน(พ.ศ.2553) เป็นอันดับ 6 ของประเทศ มีอัตราป่วย 1,842.97, 1,006.75 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับจึงนับได้ว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงมากจังหวัดหนึ่งใน

ประเทศไทย จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากและมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นปัญหาสำคัญ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต จากสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (BRFSS:Behavioral Risk Factor Surveillance System) ซึ่งดำเนินการสำรวจพร้อมกันทั่วประเทศ โดยใช้แบบสำรวจมาตรฐานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ดำเนินการทุก 1-3 ปี ผลการสำรวจ ประชาชนจังหวัดพะเยาอายุ 15-74 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลเสียต่อสุขภาพ(พฤติกรรมด้านลบ) เช่น การสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ลดลง และพฤติกรรม(ด้านบวก)ที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีแนวโน้มดีขึ้น เช่น ความชุกของผู้ที่รับประทานผักและผลไม้มากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน และความชุกของผู้ที่ได้ออกกำลังกายนานกว่า 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 3 ครั้งมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นคณะผู้จัดทำวิจัย จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและประโยชน์ที่จะเกิดจากการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนสร้างแกนนำสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่การร่วมกันสำรวจวินิจฉัยอนามัยชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนในชุมชน และดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค ตามแนวทางการแก้ไขปัญหของคนในชุมชน เพื่อนำมาสู่การกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคที่เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแกนนำสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของชุมชนแบบมีส่วนร่วม ตำบลออย อำเภอปง จังหวัดพะเยา

2. เพื่อเน้นความสามารถของชุมชน ในร่วมกันวางแผนจัดหาแนวแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research -PAR) เพื่อปรับแนวคิดเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างแกนนำสุขภาพ ตำบลออย อำเภอบึง จังหวัดพะเยา โดยการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงกันยายน 2558 เป็นระยะเวลา 1 ปี การดำเนินงานวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) โดยการ 1) ประสานแนวคิดและบทบาท ในการดำเนินงาน ร่วมกับนักวิชาการในหน่วยงานท้องถิ่น ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อบต. เพื่อให้เกิดทีมสหวิชาการ และคัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง 2) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบชมรมงานโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ตำบลออย อำเภอบึง จังหวัดพะเยา เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและแกนนำสุขภาพ 3) เข้าพบแกนนำชมรมสุขภาพ(ประธาน อสม.) เพื่อเป็นการเปิดตัวสร้างความคุ้นเคย แลกเปลี่ยนความคิด และชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้แกนนำเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมโครงการ 4) เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และสำรวจข้อมูลสภาวะสุขภาพ

2. ขั้นดำเนินการ (Participation action) โดยการ 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ตำบลออย อำเภอบึง จังหวัดพะเยา ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย แกนนำสุขภาพ ประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารท้องถิ่น และประชากรผู้สนใจเข้าร่วม ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย ข้อมูลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แก่คนในชุมชนทั้งผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเอง

และระดมสมองเพื่อจัดทำแผนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ โดยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้แผนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดจนได้สร้างแกนนำสุขภาพเกิดขึ้น 2) แกนนำชุมชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดัน คณะวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมลงมือดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ 3) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วรรณคดีสุขภาพ โดยให้อสม. เป็นแกนนำสุขภาพจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน

3. ขั้นประเมินผล (Evaluation) โดยการ 1) ประเมินผลกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังกิจกรรมการให้ความรู้ ทุกเดือน โดยใช้แบบประเมินความรู้ 2) ประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ โดยประเมินผลความรู้ความเข้าใจของแกนนำ ด้วยแบบสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้จากการการใช้แบบสอบถาม ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนแหล่งข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการบันทึกการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสนทนากลุ่มย่อย การมีส่วนร่วมในวางแผนการดำเนินกิจกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 15-65 ปี ตำบลออย อำเภอบึง จังหวัดพะเยา จำนวน 5,100 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ใช้วิธีการคำนวณกรณีทาราเน่ (Taro Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนเท่ากับ 370 คน สำหรับคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้จำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทําวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองวิจัยโมเดล แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบบประเมินผลกิจกรรมการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรม สร้างแกนนำสุขภาพ แบบบันทึกการประชุม/อภิปรายกลุ่ม แบบบันทึกการสังเกต/สนทนาอย่างไม่เป็นทางการ และแบบบันทึกแนวทางการพัฒนาและการถ่ายทอดองค์ความรู้ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้นำเครื่องมือดังกล่าวผ่านการคัดกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา ในวันที่ 1 ธันวาคม 2557 เลขที่ 5602040021

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกต ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) มาประกอบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในตำบลลออ อำเภอง จังหวัดพะเยา พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแก้ว เนื่องจากใกล้แหล่งชุมชน การเดินทางสะดวก หากมีการเจ็บป่วยรุนแรงเกิดขึ้นจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนคือ โรงพยาบาลปง แต่ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ จะซื้อยาจากร้านขายยาหรือจากร้านค้าของชำในชุมชนมาทานเอง ผลการคัดกรองวิจัยโมเดล สำหรับโรคเบาหวานพบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ผ่านการคัดกรองร้อยละ 96.2 มีกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.51 และกลุ่มป่วย ร้อยละ 3.39 ส่วนการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ประชากรผ่านการคัดกรอง ร้อยละ 98.91 มีกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.50 เป็นกลุ่ม

ป่วย ร้อยละ 10.87 สาเหตุการเจ็บป่วยที่ต้องเฝ้าระวังของประชากรในพื้นที่ตำบลลออ อำเภอง จังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. 2557-2558 ที่พบมากที่สุดคือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งเป็นอันดับที่ 5 ของสาเหตุการตายของประชาชนในชุมชน และปัญหาสุขภาพที่ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน คือ ปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด และการขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง

2. ผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รูปแบบกิจกรรมการปรับแนวคิดเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างแกนนำสุขภาพของชุมชนในพื้นที่ตำบลลออ อำเภอง จังหวัดพะเยา คือ กิจกรรมอบรมให้ความรู้ เดือนละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 4 เดือน กิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่ให้ความรู้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ค้นหาปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมและกลุ่มเป้าหมายสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (A) 2) จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ รายบุคคลและรายกลุ่ม (B) ในเรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยใช้กิจกรรมยืดเหยียด การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยการประเมินความเครียดและการกำจัดความเครียด กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ใช้สื่อสุขภาพในการรณรงค์ เผยแพร่ความรู้ ผ่านสื่อประเภทหนังสือเล่มเล็ก แผ่นพับ โปสเตอร์ และการให้เสียงตามสายเป็นประจำทุกวันศุกร์ 3) ประเมินกิจกรรมทุกขั้นตอนที่ให้ความรู้ ประเมินการมีส่วนร่วมทั้งกลุ่มเป้าหมายและญาติและผู้ดูแลกลุ่มเป้าหมาย (C) ผลที่ได้ทำให้เกิด 1) แกนนำสุขภาพในชุมชน 2) ผู้สูงอายุ มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต

สูง ได้รับความเครียดของตนเองและกำจัดความเครียดได้ด้วยตนเอง และ 4) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และประชาชนทั่วไป มีความรู้การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3. ผลการดำเนินงานกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 105 คน

ตาราง 1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยง และการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการให้ความรู้	n	$\bar{x}$	SD.	$\bar{d}$	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน						
ก่อนเข้าร่วม	105	5.17	0.778	2.66	17.503	<0.001
หลังเข้าร่วม	105	7.83	1.267			
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนเข้าร่วม	105	8.04	0.940	1.06	9.855	<0.001
หลังเข้าร่วม	105	9.10	0.701			
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง						
ก่อนเข้าร่วม	105	7.28	1.014	0.85	9.101	<0.001
หลังเข้าร่วม	105	8.13	1.001			
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง						
ก่อนเข้าร่วม	105	8.54	0.621	0.86	10.641	<0.001
หลังเข้าร่วม	105	9.40	0.614			

จากตาราง พบว่า หลังการเข้าร่วมโครงการกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแกนนำสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในตำบลออย อำเภอปง จังหวัดพะเยา โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เกี่ยวกับปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้ได้รูปแบบกิจกรรมการปรับแนวคิดเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างแกนนำสุขภาพของชุมชนในพื้นที่ตำบลออย อำเภอปง จังหวัดพะเยา โดยรูปแบบกิจกรรมเน้นการให้ความรู้แกนนำสุขภาพอันได้แก่ อสม. แล้วให้แกนนำสุขภาพสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในชุมชน โดยประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โภชนาการ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น(5,6,7,8) ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและภาวะเครียด เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อปัญหาโรคติดต่อเรื้อรัง 1 ใน 5 พฤติกรรมที่ประเทศไทยควรมุ่งเน้นที่การจัดการ(9) ส่วน

กระบวนการวิจัยการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรมสร้างแกนนำสุขภาพ มี 3 ขั้นตอน คือ การค้นหาปัญหาสุขภาพ การจัดกิจกรรมให้ความรู้และการใช้สื่อสุขภาพในการรณรงค์ สอดคล้องกับกระบวนการวิจัย(10) มี 6 ขั้นตอน ซึ่ง คือ 1. การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงานทั้งผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้แกนนำชุมชนอย่างแท้จริง 2. การประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ 3.การประเมินบทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ 4. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชนเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกแบบโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุชุมชน 5. การพัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง 6. การเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างหลากหลายจากบุคคลภายในและภายนอกโครงการ จากผลการดำเนินงาน พบว่าการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽¹¹⁾ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะทดลอง 4 สัปดาห์และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ส่วนผลการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใช้สื่อป้ายนิเทศโปสเตอร์ และแจกแผ่นพับ เป็นการให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปในชุมชนให้รับรู้ข่าวสารและเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ในชุมชน มีผลต่อการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง^(12,13) โดยผู้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เป็นแกนนำและชักนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เกิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือบุคคลในครอบครัวและจากสื่อต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

แนวทางการพัฒนาและถ่ายทอดการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรมสร้างแกนนำสุขภาพสู่ชุมชน ควรเน้นกิจกรรมการให้ความรู้เป็นกิจกรรมหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเน้นที่แกนนำสุขภาพในชุมชน ได้แก่ อสม. , ประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันสูง โดยการใช้สื่อสุขภาพ เพื่อรณรงค์และส่งต่อข้อมูลข่าวสารทำให้คนในชุมชนเข้าใจและทราบสถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้มากขึ้น ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมและร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนเอง และวัยผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติผู้ให้การสนับสนุนทางการเงิน ตลอดจนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝ้ายแก้ว ในความอนุเคราะห์เกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกด้านการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563. โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรักษาแห่งชาติ ถนนพูนวิ, 2554.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. ปีที่ 44 ฉบับที่ 10 : หน้า 145-152, 2556.
3. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ถนนพูนวิ, 2554.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. **สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2555**. พะเยา, 2556.
5. นุชนาถ สำนัก และคณะ. “ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลักกิโลสาม ตำบลปากพั่นฝั่งตะวันออก อำเภอปากพั่น จังหวัดนครศรีธรรมราช”. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 4(2): หน้า 21-28, 2554.
6. สุรพล อริยเดช. “ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของข้าราชการ อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง”. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**. 29(3): หน้า 205-216, 2555.
7. นงลักษณ์ เทศนา และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง”. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 10(1): หน้า 92-100, 2559.
8. กฤติกา เทศสุข และคณะ. “การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อการดูแลตนเองตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง”. **วารสารชมรมสหายงานพยาบาล**. 20: หน้า 5-20, 2555.
9. ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ. “ข้อจำกัดและโอกาสในการจัดการกับวิกฤตโรคเรื้อรังในประเทศด้วยมาตรการระดับประชากรตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก”. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 4(4): หน้า 400-438, 2554.
10. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ. “การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม”. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 8(2): หน้า 120-131, 2557.
11. จูติมา อินทร์เนตร และคณะ. “การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง”. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 41(1): หน้า 5-16, 2554.
12. พันนิ ชันติการโร. “ประสบการณ์ของผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน”. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**. 2(3): หน้า 129-143, 2558.
13. กาญจนา อนุตริณะ และคณะ. “การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านให้ความรู้สำหรับผู้เป็นเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษาในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร”. **วารสารชมรมสหายงานพยาบาล**. 20: หน้า 21-36, 2555.
14. สิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล. “พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย อำเภอแก่งคล้า จังหวัดชัยภูมิ”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 5(1): หน้า 1-9, 2555.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา: คู่มือชวนออกเลิก เพื่อลดการสูบบุหรี่
ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล**

**Effect of health education program: Ku-Seaw in order to decrease the cigarette consumption of
students in Vongchavalitkul University**

จิรวุฒิ กุจะพันธ์¹ จุน หน่อแก้ว¹ จิรายุทธ์ เชื้อตานาม¹ นาฏนภา ปัดชาสุวรรณ²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา: คู่มือชวนออกเลิก เพื่อลดการสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-posttest design) กลุ่มละ 47 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม และโปรแกรมวิธีคู่มือชวนออกเลิก ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ โดยมีวิธี การผูกเสีย โดยการทำให้พิธีบายศรีสู่ขวัญ ให้คำมั่นสัญญาจะคอยดูแลให้คำปรึกษาและดักเตือนตลอดไป ใช้กระบวนการละลายพฤติกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ ข้อมูลครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการศึกษาเอกสารและแบบสอบถาม และการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มใช้ Paired sample t-test และระหว่างกลุ่ม Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน ทั้งสองกลุ่มพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นร้อยละ 100.00 เท่ากันก่อนและหลังทดลอง แต่ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 5.15 มวนต่อวัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 3.87 มวนต่อวัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.63 มวนต่อวัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.85 มวนต่อวัน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.05) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา: คู่มือชวนออกเลิก นี้ สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความตระหนักและคำนึงถึงโทษอันตรายของการสูบบุหรี่ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขศึกษา, การลดการสูบบุหรี่

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of health education program: Ku-Seaw in order to decrease the cigarette consumption of students at Vongchavalitkul University. An experiment between experimental group and controlled group (Two Group Pretest-posttest design). Students for experimental group and 47 students for controlled group. The instruments used in the research were questionnaires and the program process for Ku-Seaw in order to decrease the cigarette consumption of students together with strong cooperation and support of the university and the society to prevent the cigarette smoking through performing a (Bai See Soo Kwan) ceremony so as to give the smokers some encouragement and advice, guide and warn them at all times. The data was analyzed by utilizing qualitative method and by using percentage, mean, and standard deviation to compare between the sample groups (Paired sample T-test) and (Independent t-test) for individual participant. The determined significant difference was at the level .05 such as awareness regarding cigarettes, opinion regarding cigarette smoking, danger recognition from second-hand smoking. The research results shown that before and after experiment, both groups have same level of smoking behavior (100%). And after experiment, amount of smoke of experimental group decrease (before experiment 5.15, after experiment 3.87 cigarette per day). But amount of smoke of experimental group increase (before experiment 3.63, after experiment 3.85 cigarette per day). Furthermore, experimental group had higher mean scores for knowledge about cigarette, attitude of smoking, perceived hazard of secondhand smoke were higher significantly than before experimental and those for the control group (p-value<0.05). The research

¹ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

² นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

result indicated that the effect of health education program: Ku-Seaw in order to decrease the cigarette consumption of students can be able to use for reinforcing the health in order to produce awareness that cigarette smoking is dangerous for health.

Keywords: health education program, decrease the cigarette

บทนำ

ปัจจุบันการสูบบุหรี่ ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย จากข้อมูล International Tobacco Control Survey-Southeast Asia (Thailand) รอบที่ 5 (พ.ศ. 2554) เป็นโครงการติดตามผลกระทบเชิงนโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยโดยการสำรวจระดับประเทศในกลุ่มวัยรุ่น รอบที่ 5 ในประเด็นพฤติกรรม การสูบบุหรี่ พบว่าอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเท่ากับ 22.4 อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายเท่ากับร้อยละ 39.5 และอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงเท่ากับร้อยละ 2.3 (บุปผา ศิริวิทย์, 2554) สถานการณ์การสูบบุหรี่เปรียบเทียบกับอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจําของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจําแนกตามรายจังหวัด พ.ศ.2548 และ พ.ศ.2550 พบว่า จังหวัดนครราชสีมา อัตราการสูบบุหรี่ ปี 2548 คิดเป็นร้อยละ 20.58 และปี 2550 คิดเป็นร้อยละ 19.25 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2554) และจากการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุลทั้งหมด 2,029 คน ในปี พ.ศ. 2554 ที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษาสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 6.7 และบุคลากรสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 15.2 จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้คาดการณ์ได้ว่า แนวโน้มการสูบบุหรี่หน้าใหม่และอาจจะส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในมหาวิทยาลัย การที่ศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่านิยมใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่ในสถาบันการศึกษา การแก้ปัญหาหรือป้องกันการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคํ่าว่าเพื่อนสนิทหรือเสี่ยวจะมีความรักความผูกพันกันเหมือนเป็นพี่น้องท้องแม่เดียวกัน การปฏิบัติตัวระหว่างญาติพี่น้องของคู่เสี่ยวเปรียบเสมือนญาติกัน (ไตรรัตน์ แงดสันเทียะ, 2558) มีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตมหาวิทยาลัย แนะนำดักเตือนไปในทางที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมสุขภาพ: คู่เสี่ยวบอกเลิก เพื่อลดการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ: คู่เสี่ยวบอกเลิก เพื่อลดการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดนกุล, 2547)

จากสูตร

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

$$n/\text{กลุ่ม} = 36 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อสูญเสีย (Drop out) ร้อยละ 3 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 45 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกนักศึกษาที่สูบบุหรี่และกำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เป็นกลุ่มทดลอง 1 มหาวิทยาลัย และกลุ่มเปรียบเทียบมหาวิทยาลัยที่มีลักษณะทางสังคมและจำนวนประชากรใกล้เคียงกัน ทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากจำนวน 1 สถาบัน จากจำนวน 5 สถาบันในจังหวัดนครราชสีมา แล้วคัดเลือกอาสาสมัครตามเกณฑ์คัดเลือก กลุ่มทดลอง 47 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน รวม 94 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสุขภาพ: คู่เสี่ยวบอกเลิก ประกอบด้วย วิทยากรผู้ช่วย ผู้เสี่ยว เพื่อให้กลุ่มทดลอง

ได้รู้จักเพื่อนสนิท (เสี่ยว) เอกสารประกอบการบรรยาย วิธีทัศน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากปัญหา แนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ประกอบลักษณะส่วนตัวบุคคล อายุ เพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่ คณะที่กำลังศึกษาอยู่ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร ในวันที่ 16 มิถุนายน 2559 ตามเลขที่ใบรับรอง 048/2016

กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง โปรแกรมสุขศึกษา: คู่เสี่ยวอกเล็ก การทดลองมี 24 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 พิธีบายศรีสู่ขวัญ ผูกเสี่ยว เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รู้จักเพื่อนสนิท (เสี่ยว) ประกาศเจตนารมณ์ ในคณะที่ตนเองศึกษา เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุต่างๆ จากการสูบบุหรี่ และช่วยกันแนะนำเตือนในการประพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย

สัปดาห์ที่ 2 อบรมให้ความรู้เรื่องโทษภัยจากการสูบบุหรี่ สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่มีผลมาจากการสูบบุหรี่ด้วยการชี้ปัญหาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องประกอบสื่อฝึกวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่มีผลมาจากการสูบบุหรี่และกระบวนการกลุ่ม mind mapping และนำเสนอสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ โดยการให้ชมสื่อเรื่องโทษและพิษภัยบุหรี่กระบวนการกลุ่มแสดงความรู้สึกและสรุปการเรียนรู้และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ด้วยการระดมสมอง mind

mapping ประโยชน์และอุปสรรค และวางแผนปฏิบัติในในระดับบุคคลครอบครัวชุมชน

สัปดาห์ที่ 3 อบรมเทคนิคการให้คำปรึกษา และการปฏิเสธ คู่เสี่ยวอกเล็ก เพื่อให้คำแนะนำเพื่อน คำปรึกษาแนวทางที่ถูกต้องในการป้องกันการสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 5-6 ขยายแนวคิดสู่เพื่อนต่างคณะ โดยการประชาสัมพันธ์ทางสื่อฯ ในมหาวิทยาลัย และให้คำแนะนำคู่เสี่ยว

สัปดาห์ที่ 7-23 ทุกวันพุธ สนทนาคู่เสี่ยว แลกเปลี่ยนแนวคิดในการสร้างสถานศึกษาปลอดบุหรี่ และการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาในการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยห่างไกลบุหรี่และ ติดตามพฤติกรรมกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 24 ประเมินผลกลุ่มทดลอง ใช้ในการวัดตัวแปรตามโดยใช้แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง

กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อน ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง โปรแกรมสุขศึกษา: คู่เสี่ยวอกเล็ก

สัปดาห์ที่ 2-23 กลุ่มเปรียบเทียบปล่อยใช้ชีวิตตามอิสระในมหาวิทยาลัย

สัปดาห์ที่ 24 ประเมินผล ใช้ในการวัดตัวแปรตามโดยใช้แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะประชากรและสถิติอนุมาน (Inference statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มใช้ Paired sample t-test และระหว่างกลุ่ม Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 47 คน แบ่งเป็นชาย 46 คน คิดเป็นร้อยละ 97.87 กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน เป็นชายทั้งหมด 47 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง

21.63 ปี อายุเฉลี่ยในกลุ่มเปรียบเทียบ 22.25 ปี ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ชั้นปีกำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 3 จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 48.94 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ชั้นปีกำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 4 จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 42.55 ขณะที่กลุ่มทดลองกำลังศึกษาอยู่ส่วนใหญ่อยู่คณะวิศวกรรมศาสตร์จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 36.17 รองลงมา คณะสาธารณสุขศาสตร์จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 29.79 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบกำลังศึกษาอยู่ส่วนใหญ่อยู่คณะสาธารณสุขศาสตร์จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 55.32 รองลงมา คณะบริหารธุรกิจจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 36.17 เกรดเฉลี่ยรวมกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.62 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 0.38 เกรดเฉลี่ยรวมในกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 2.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เท่ากันก่อนและหลังทดลอง แต่ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 5.15 มวนต่อวัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 3.87 มวนต่อวัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.63 มวนต่อวัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.85 มวนต่อวัน

3. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=47)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=47)			
	$\bar{X}$	S.D	t	p-value	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
1.ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่								
-ก่อนการทดลอง	12.44	1.54	3.09	<0.001	10.61	2.33	1.51	0.138
-หลังการทดลอง	13.72	1.29			11.06	2.30		
2.ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่								
-ก่อนการทดลอง	3.88	0.42	2.82	0.007	3.28	0.26	0.51	0.613
-หลังการทดลอง	4.09	0.43			3.30	0.27		
3.รับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง								
-ก่อนการทดลอง	55.02	5.63	4.36	<0.001	46.91	4.56	-0.12	0.900
-หลังการทดลอง	59.94	5.27			46.82	4.30		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 1 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ รับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ส่วน

กลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ รับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n=47)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=47)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
1.ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	13.72	1.29	11.06	2.30	2.66	6.89	<0.001
2.ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	4.09	0.43	3.30	0.27	0.78	10.56	<0.001
3.การรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง	59.94	5.27	46.82	4.30	13.10	13.06	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่มีค่าเฉลี่ย 13.72 ($\pm$ S.D. 1.29) ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ย 4.09 ($\pm$ S.D. 0.43) และ การรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองมีค่าเฉลี่ย 59.94 ($\pm$ S.D. 5.27)

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เท่ากันก่อนและหลังทดลอง แต่ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 5.15 มวนต่อวัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 3.87 มวนต่อวัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.63 มวนต่อวัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.85 มวนต่อวันโดยใช้กลวิธีกลุ่มทดลองได้รู้จักเพื่อนสนิท (เลี้ยว) ประกาศเจตนารมณ์ ในขณะที่ตนเองศึกษา เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุต่างๆ จากการสูบบุหรี่ และช่วยกันแนะนำ ตักเตือนในการประพฤติกกรรมที่เหมาะสมในการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยสอดคล้องกับการศึกษาเบญจมาศ บุญชนะวัน และคณะ (2555) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย โรงพยาบาลศิริราช พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุรืมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษา: คู่เลี้ยวบอกเลิกประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้เรื่องโทษภัยจากการสูบบุหรี่และขยายแนวคิดสู่เพื่อนต่างคณะ โดยการประชาสัมพันธ์ทางสื่อๆ ในมหาวิทยาลัย และให้คำแนะนำ คู่เลี้ยว ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเกี่ยวกับบุรื

สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ธนารัตน์ จันดา (2551) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุรืมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งทุกวันพุธ สนทนาคู่เลี้ยว แลกเปลี่ยนแนวคิดในการสร้างสถานศึกษาปลอดบุรื และการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาในการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยห่างไกลบุรืและ ติดตามพฤติกรรมกลุ่มทดลองสอดคล้องกับการศึกษา นนทรี สังฆธรรม (2555) การศึกษาทัศนคติของนักศึกษาต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษา ชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยราชพฤกษ์

การรับรู้อันตรายจากควันบุรืมือสอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้อันตรายจากควันบุรืมือสองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า การอบรมให้ความรู้เรื่องโทษภัยจากการสูบบุหรี่ สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่มีผลมาจากการสูบบุหรี่ด้วยการชี้ปัญหาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องประกอบสื่อฝึกวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่มีผลมาจากการสูบบุหรี่และกระบวนการกลุ่ม mind mapping และนำเสนอสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ โดยการให้ชมสื่อเรื่องโทษและพิษภัยบุรื กระบวนการกลุ่มแสดงความรู้สึกและสรุปการเรียนรู้และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ด้วย

การระดมสมอง mind mapping ประโยชน์และอุปสรรค และวางแผนปฏิบัติในระดับบุคคลครอบครัวชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา ธนารัตน์ จันดามี (2551) ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์แบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน มัธยมศึกษา ปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ มากกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ที่ ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่และอันตรายจากควันบุหรี่มือสองอยู่ ในระดับดี แสดงว่าหน่วยงานที่รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับ โทษพิษภัยจากบุหรี่และกฎหมายเบื้องต้นเกี่ยวกับบุหรี่ ประสบความสำเร็จเป็นที่น่าสนใจ

2. การเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ การรับรู้ ทักษะคิดบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่า กระบวนการรู้สึกละเอียด ในการลด การสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล โปรแกรมวิธีรู้สึกละเอียด ร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ เป็นโครงการที่ได้ผลในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษาใน สถานศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. ธนารัตน์ จันดามี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใน การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีที่ 16 ฉบับที่ 2, 2551.
2. ไตรรัตน์ แดงสันติยะ. วิธีการสืบสานประเพณีผูกเสี่ยวของชุมชนบ้านหัวขัว ตำบลเปือยน้อย อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. National and International Graduate Conference, 2558.
3. นนทรี สัจจาธรรม. รายงานการวิจัยทัศนคติและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์. วิทยาลัยราชพฤกษ์; 2555.
4. นุปผา ศิริวิศรีและคณะ. รายงานการสำรวจระดับประเทศเรื่อง ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยกลุ่มผู้สูบบุหรี่รอบที่ 5 (พ.ศ. 2554). ครั้งที่1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม, 2556.
5. เบญจมาศ บุญชนะวันและคณะ. ประสิทธิภาพการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ รักษาความปลอดภัย โรงพยาบาลศิริราช. วารสารกิจการชุมชน ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 ก.ค.-ธ.ค.; 2555
6. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2554. ครั้งที่1. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) วิทยาเขตราชวิถีมหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, 2554.
7. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนDEVELOPMENT STRATEGIC OF HEALTH PROMOTION SYSTEM TO UNIVERSAL
HEALTH COVERAGE MUNICIPAL IN UPPER NORTHEASTERN PROVINCESอิทธิพนธ์ ตรีวัฒนสุวรรณ¹, กฤตติกา แสนโกชน², ประจัญ กิ่งมิ่งแอ³, สืบชาติ อันทะไชย⁴Ithipol Treewatanasuwana¹, Krittika Sanposh², Prachon Kingminghae³, Dr.Subchat Untachai⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวคิด ทฤษฎี สภาพ ปัญหาและอุปสรรค ในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 2) สร้างยุทธศาสตร์ 3) ทดลองใช้ยุทธศาสตร์ และ 4) ประเมินผลการทดลองใช้ยุทธศาสตร์กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ประชาชนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบน ในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 400 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน สันทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) การสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่ต้องการให้เทศบาลและหน่วยงานด้านสุขภาพ ช่วย ดังนี้ 1) ต้องการให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อม โดยจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัญหามลภาวะ ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในชุมชน 2) มีการจัด โครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายเป็นประจำ ส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักเลือกบริโภคอาหาร และควบคุมอาหารที่เป็นพิษเป็นภัยต่อสุขภาพ 3) ให้มีการสำรวจและจัดสวัสดิการในการ รักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่ยากจนหรือผู้ที่ยากไร้โอกาส 4) ส่งบุคลากรทางการแพทย์และสถานบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง 5) ส่งเสริมแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนด้วยกระบวนการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 6) มีโครงการหรือกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของประชาชน โดยการให้การศึกษากับประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีสุขนิสัยและสุขปฏิบัติที่ดี 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบน ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 :พัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรและบุคลากรในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน และยุทธศาสตร์ที่ 3 : สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของคนทุกวัย 3) การบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เทศบาลนครอุดรธานีมีการพัฒนาการบริหารจัดการสร้างองค์ความรู้และมีแนวทางการบริหารจัดการ อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพประชาชนได้รับการตรวจสุขภาพและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพประชาชนและหน่วยงาน ต่าง ๆ ได้ทราบ ถึงหน้าที่ของโรงพยาบาลอุดรธานีในการดูแลสุขภาพ เกิดองค์ความรู้ด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู สมรรถภาพที่จำเป็น และการคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่อีสานตอนบนที่สามารถเผยแพร่สู่สาธารณะ ภาคีเครือข่ายมี ส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพบุคลากรสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคประชาชน หน่วยงานภาคีสุขภาพ อื่น ๆ ได้รับการ เชิดชูเกียรติ เกิดขวัญและกำลังใจในการดำเนินงาน พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่อีสานตอนบนอย่างต่อเนื่องผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการ เกิดความมั่นใจต่อการจัดบริการ และการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ 4) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริม สุขภาพ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมอยู่ในระดับมากและด้านทั้ง 4 ด้านคือมาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ มาตรฐานด้าน ความไปได้ มาตรฐานด้านความเหมาะสม และมาตรฐานด้านความถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันอย่างมาก เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทุกคน และความต่อเนื่องและความยั่งยืนของกิจกรรมหรือ โครงการเป็นสิ่งที่ประชาชนต้องการเพื่อเป็นการบริการ พื้นฐานที่ดีต่อสุขภาพ

คำสำคัญ : ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ, ยุทธศาสตร์การพัฒนา

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

² รองศาสตราจารย์ หลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

³ อาจารย์ประจำสำนักงานโครงการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ABSTRACT

This research aims to analyze the conceptual synthesis 1.) Theoretical problems and obstacles in the health Promotion system to universal Health coverage Municipal in Upper Northeastern Province 2.) Create Development strategic 3) Trial strategic 4) Evaluation strategic .Target groups include people whose names are registered in the municipality in the Northeast, upper in the year 2555 B.C. the total number of 6 groups are 400 people have come by stratified random sampling (Stratified Random Sampling) with 5 experts interviewed people. The technical discussion group of instruments used two methods; the survey forms on the state of problems of health, and interview process.

The results were as follow: 1. Health Promotion system to universal Health coverage Municipal in Upper Northeastern Province. Overall is moderate. Most people in the community want municipal and health authorities to help them; 1) To provide and improve environment. The environment is conducive to health, Management and environmental sanitation to reduce pollution. 2) Present a program or health promotion activities to be more encouraging for people to exercise regularly. Encouraging people to make dietary choices. And a diet that is harmless to health. 3) The exploration and welfare of medical care to the poor and disadvantaged. 4) To send medical personnel and health facilities are thoroughly modern, which has promoted the development of health services in primary care. The development of health centers and community health centers. A health promoting hospital district to provide health services to more people.5) To promote the health of communities through primary health care which is primary health care activities. 6) A project or activity, behavior modification, public health by providing education to the public and encourage people to reduce health risk behaviors is the best way to keep good practice. 2. Create Development strategic of health Promotion system to universal Health coverage Municipal in Upper Northeast Province were; Strategy 1: Develop performance management, organization and personnel in the health system. Strategy 2: The involvement of partners in the management of health systems, community health management community 3: Promotion of healthy to people of all ages. 3. Management of health Promotion system to universal Health coverage Municipal in Upper Northeastern Province. Knowledge and management practices in a systematic and effective. People get health checks and advice on public health and other agencies were aware of Udon Thani Hospital. Born knowledge of healthcare, Health Promotion prophylaxis, Rehabilitation Required and protection of the right to health Promotion system to universal Health coverage Municipal in Upper Northeastern Province that can be released to the public. Partners contributing to the development of public health systems, health personnel, local administration and public sector. Parties other health agencies have been honorable. Morale was in operation .development of health care in the Upper northeast continued service providers and service recipients. Ensuring the service and access to services in the health insurance system. From primary to tertiary knowledge seamless. 4. Strategic development of health Promotion system to universal Health coverage Municipal in Upper Northeastern Province. The overall is on a high level. The four sides of the standard utility, the standards possible, standards of decency and standards for accuracy with each sides average a high level. All sectors must work together because it is relevant to everyone. The continuation and sustainability of the project or activity is something that people want to be healthy on basic healthcare services.

Keywords: Health Promotion system , Strategic development

บทนำ

การมีสุขภาพดีนับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นเป้าหมายสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลกว่า ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะแตกต่างกันทางเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม หรือความเชื่อทางการเมือง ย่อมมีสิทธิรับการคุ้มครองให้มีสุขภาพดี (Health) ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลมีภาวะความสมบูรณ์ แข็งแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ จึง มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือไม่มีความพิการเท่านั้น แต่รวมถึงการมีชีวิตอยู่ในสังคมที่ดีอีกด้วย¹⁴ ดังนั้น

การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว คงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีหรือสุขภาวะซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนมีสุขภาพดีได้ อย่างยั่งยืนนั้น ประชาชนต้องสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้⁴ โดยถือว่า สุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health And Health for All) จึงทำให้เกิดระบบที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่า

การซ่อมสุขภาพ¹ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อการสร้างสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับ และมีพัฒนาการมาโดยตลอด ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยความร่วมมือในระดับนานาชาติเริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เน้นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง โดยยึดเอาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และบริการพื้นฐานเป็นแนวทางสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation) เป็นสำคัญ ซึ่งประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยต่างใช้ความพยายามที่จะค้นหา และพัฒนาแผนงาน โครงการต่างๆ เพื่อดำเนินการตามสภาพ และระดับความรุนแรงของปัญหา ที่แตกต่างกัน มาโดยตลอด³

สำหรับประเทศไทยตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 1 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนานโยบายสาธารณสุขด้านการให้บริการรักษาพยาบาล โดยมีการขยายบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ จนกระทั่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 9 (2545 – 2549) มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางสุขภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาลการฟื้นฟูสภาพการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคได้อย่างมาตรฐานเสมอภาค และเท่าเทียมกัน ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาสุขภาพประชาชนไว้ว่าคนไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมี สุขภาวะและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพการเรียนรู้ร่วมกันในการจัดการสุขภาพโดยใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้ทัน⁸ ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และยังคงใช้เป็นรัฐธรรมนูญในปี 2550 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ² และในแผนพัฒนาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550 – 2554) ประยุทธ์และแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพได้น้อมนำ” ประยุทธ์ของเศรษฐกิจ

พอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ และยึดหลักการที่ว่า สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง”พันธกิจคือ สร้างเอกภาพทางความคิดสร้างจิตสำนึกใหม่ สร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา⁷

ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยคือ การสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ได้กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติและจัดทำข้อเสนอแนะทางภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วนในทุกระดับที่จะร่วมกันผลักดัน ตลอดจนการกำกับ ติดตาม ประเมินผลให้บรรลุวิสัยทัศน์ และ เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงที่กำหนดไว้ การพัฒนาระบบสุขภาพที่ผ่านมายังเป็นไปตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ปี 2542 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545 กำหนดให้องค์กรการบริหาร ส่วนตำบลและเทศบาลดำเนินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้อย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในกลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการฟื้นฟูสภาพ จะผลทำให้การพัฒนาสุขภาพของประชาชนมีหลายส่วนที่ต้องเข้ามาสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรม ในลักษณะของพหุภาคี การส่งเสริมให้ท้องถิ่นและประชาชนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพของตนเองโดยเป็นการสร้างสุขภาพของประชาชนเพื่อให้ชุมชนเกิดการพึ่งตนเองสามารถดูแล รับผิดชอบสุขภาพของชุมชนให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลในการปฏิบัติ ดังกล่าว ส่งผลถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชนในระดับรากหญ้าอย่างแท้จริง¹⁰

การบริการด้านสุขภาพของเทศบาลนครอุดรธานี คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ 1) ศูนย์บริการ

สาธารณสุขเทศบาล 8 2) ศูนย์บริการสาธารณสุขหนองลิ้ม
3) ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และ 4) ศูนย์บริการ
สาธารณสุขเก่างาน สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นสถาน
บริการสุขภาพประจำครอบครัวของประชาชนในเขต
เทศบาลนครอุดรธานี คือศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัด
เทศบาลนครอุดรธานี และศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัด
โรงพยาบาลอุดรธานี จากแนวคิดนโยบายและปัญหา
สุขภาพ ตลอดจนการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริม
สุขภาพของท้องถิ่น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา
ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เพื่อให้สภาพ ปัญหาและ
อุปสรรคในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยการสร้างยุทธศาสตร์การ
พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ประยุกต์จากมาตรฐาน
และแนวทางการบริการและการบริหารจัดการระบบสร้าง
สุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อันจะ
นำไปสู่ความรู้สึกรับเป็นเจ้าของและความยั่งยืนโดยการถอด
บทเรียนเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ดำเนินการมาแล้ว รวมทั้งการ
ค้นหาเพิ่มเติมประเด็นที่ยังขาดอยู่ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้
ไปไม่ถึงเป้าหมายของการสร้างสุขภาพไปสู่การพัฒนาเป็น
ต้นแบบให้เกิดผลในการดำเนินงานในชุมชนที่เป็น
รูปธรรม และเป็นสารสนเทศขององค์กรที่บริการด้านการ
ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวคิด ทฤษฎี สภาพ
ปัญหาและอุปสรรคในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน
2. เพื่อสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้าง
เสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน
3. เพื่อทดลองใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการ
สร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

4. เพื่อประเมินผลการทดลองใช้ยุทธศาสตร์การ
พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้
จำแนกการวิจัยยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริม
สุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ออกเป็น
4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์
แนวคิด ทฤษฎี สภาพ ปัญหาและอุปสรรคในระบบการ
สร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

1.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาวิเคราะห์
แนวคิด การบริหารจัดการ การสร้างเสริมสุขภาพ พ.ร.บ.
หลักประกันสุขภาพ กฎหมาย นโยบาย วิวัฒนาการการ
จัดระบบบริการสุขภาพ เอกสาร งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎี
และเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การจัดระบบบริการ
สร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ตามกฎ
บัตรออกตรวจ กฎบัตรกรุงเทพ การมีส่วนร่วมของ
ประชาชนและมาตรฐานการจัดระบบบริการส่งเสริม
สุขภาพรายบุคคล และในชุมชน ตามชุดสิทธิประโยชน์
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อกำหนด
ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

1.2 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

1.2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการสำรวจความ
คิดเห็นเพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพ
ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านใน
เขตเทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในปี
พ.ศ. 2555 จำนวน 6 กลุ่ม ประกอบด้วย เทศบาลนคร
อุดรธานี 136,647 คน เทศบาลนครขอนแก่น 111,294 คน
และเทศบาลนครสกลนคร 55,021 คน รวมจำนวน
302,962 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่มีชื่ออยู่ใน

ทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลนครในเทศบาลนครอุดรธานี เทศบาลนครขอนแก่นและเทศบาลนครสกลนครในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 6 กลุ่ม รวมจำนวน 400 คน

1.2.2 กลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหาและ ความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 12 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 20 คน ประกอบด้วย หญิงมีครรภ์ 4 คน ผู้มีอายุ 6-25 ปี 6 คน ผู้มีอายุ 26-59 ปี 6 คน ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 8 คน และผู้พิการ 8 คน ซึ่งได้รับการเสนอชื่อจากผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข

1.2.3 กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวคิด วิธีการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 การสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนา
ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครอุดรธานี

2.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาโดยใช้การประชุมกลุ่มเพื่อให้ได้ข้อคิด วิพากษ์วิจารณ์ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผลการวิจัยที่ได้ดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้ได้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ การตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้วิธีการประชุมอภิปราย หาข้อสรุปความสอดคล้อง (Multi - Attribute Consensus Reaching : MACR)

2.2 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

2.2.1 กลุ่มร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และกลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม ในวิธีการประชุมอภิปรายหาข้อสรุปความสอดคล้อง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน 2) ผู้ทรงคุณวุฒิ (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) จำนวน 10 คน

2.2.2 ผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินคู่มือการใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 3 คน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนา
ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการทดลองใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการออกแบบแผนการทดลองกับสนามวิจัย จำนวน 2 แห่ง ซึ่งใช้ชื่อสมมุติ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเอและศูนย์บริการสาธารณสุขบี ในเทศบาลนครอุดรธานี

3.2 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 กลุ่มผู้ให้ทดสอบภายหลังการทดลองใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 6 กลุ่มๆละ 10 คน รวม 60 คน โดยให้ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นผู้คัดเลือกเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

3.2.2 นักวัดสมรรถภาพทางกาย จำนวน 3 คน วัดตามแบบประเมิน

ระยะที่ 4 การประเมินผลการทดลองใช้
ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนเพื่อพิจารณาคุณภาพของยุทธศาสตร์ฯ โดยผู้ใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.2 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทดลองใช้ยุทธศาสตร์ฯ มีความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ฯ ที่นำไปทดลองใช้ ได้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 6 กลุ่มๆละ 10 คน รวม 60 คน โดยให้ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นผู้คัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89
- 2.แบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3.แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างยุทธศาสตร์ เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ โดยได้ประยุกต์และปรับค่าคะแนนจาก 0-100 เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
4. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประยุกต์มาจากมาตรฐานการประเมินโครงการ (Standard for Program Evaluation) 4 หมวด มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ (Utility Standard) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standard) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety Standard) มาตรฐานด้านความถูกต้อง (Accuracy Standard) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ ร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การวิเคราะห์ระดับความเหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน¹³

2. การพิจารณาข้อมูลเพื่อหาอันดับ หรือความสอดคล้องของผลการพิจารณาตัดสินใจของผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IQR) ¹³

3. การประเมินคู่มือการใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ข้อมูลที่ได้จากส่วนที่เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ปัญหาผลกระทบ และข้อเสนอแนะด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ แนวคิด สภาพปัญหาปัจจุบันเกี่ยวกับระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า สภาพการสร้างเสริมสุขภาพสภาพ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.50$) และพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่ามากที่สุดคือสถานการณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.57$) และปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.83$) และพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่ามากที่สุดคือสถานการณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.73$) โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้เทศบาลและหน่วยงานด้านสุขภาพ ช่วยเหลือในด้าน 1) การปรับปรุงสภาพแวดล้อม โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัญหามลภาวะ 2) มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น 3) มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่ยากจนหรือผู้ที่ด้อยโอกาส 4) มีบุคลากรทางการแพทย์และสถานบริการสุขภาพให้บริการอย่างทั่วถึง 5) ส่งเสริมแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนด้วยกระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน 6) มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. ผลการสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิได้นำข้อมูลมาสังเคราะห์ได้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยผ่านการนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 20 คนและสรุปได้ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการ
องค์กรและบุคลากรในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน
การจัดการระบบสุขภาพชุมชนจัดการสุขภาพชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของ
คนทุกวัย

**3) ผลการทดลองใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบ
การสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ตอนบน**

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาสมรรถนะการบริหาร
จัดการองค์กรและบุคลากรในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ**
โดยมีโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์และและมีผลการทดลอง
ใช้ทดลองใช้ดังนี้

โครงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพท้องถิ่นเทศบาลนครอุดรธานี ปี 2557 ผลการ
ทดลองใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เทศบาล
นครอุดรธานี มีการพัฒนาการบริหารจัดการ สร้างองค์
ความรู้และมีแนวทางการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ
และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โครงการมหกรรมวิชาการเครือข่ายนวัตกรรม
ระบบหลักประกันสุขภาพอีสานตอนบน ผลได้รับ เกิดองค์
ความรู้ด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การ
ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น และการ
คุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่อีสาน
ตอนบนที่สามารถเผยแพร่สู่สาธารณะ เกิดภาคีเครือข่ายมี
ส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการ
และผู้รับบริการ เกิดความมั่นใจต่อการจัดบริการ และการ
เข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ตั้งแต่ระดับ
ปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิมีความรู้ไร้รอยต่อ

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ
บริการปฐมภูมิในพื้นที่ให้มีมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพ
บริการอย่างต่อเนื่อง ผลที่ได้รับ หน่วยบริการปฐมภูมิมีการ
พัฒนาศักยภาพให้มีมาตรฐานและคุณภาพ ตามเกณฑ์
คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 100

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนจัดการสุขภาพ
ชุมชน(เน้นให้ประชาชนสามารถเข้าร่วมรับรู้ตั้งแต่ต้น
ร่วมคิดเสนอแนะร่วมตัดสินใจและร่วมดำเนินการ) โดยมี
โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์และและมีผลการทดลองใช้
ทดลองใช้ ดังนี้**

โครงการพัฒนา อสม.สู่ความเป็นเลิศ ผลได้รับ
คืออสม. มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมร้อย
ละ 80 อสม. มีความรู้ด้านการป้องกันโรคและส่งเสริม
สุขภาพ สามารถให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครัวเรือนที่
ตนเองรับผิดชอบได้ 90% อย่างน้อย 5 โรค ได้แก่
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคมะเร็ง และ
วัณโรค

โครงการพัฒนาเครือข่าย อสม. ด้านภัยโรคไม่
ติดต่อ ทำให้ชุมชนมีเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อป้องกัน
ควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สิ่งแวดล้อม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ประชาชน
เข้าถึงบริการความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อ 5 โรค จาก
เครือข่ายสุขภาพ อสม.ในชุมชน และเข้าถึงบริการคัด
กรองและรักษาโรคไม่ติดต่อ มีคลินิกในศูนย์บริการ
ชุมชนที่มีการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีระบบส่งต่อ มีคลินิกที่มีคุณภาพที่
เป็นระบบ

โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและผู้ดูแลผลที่
ได้รับ ญาติหรือผู้ดูแลผู้พิการ มีความรู้ มีทักษะ สามารถ
ให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการได้อย่างถูกต้อง ผู้
พิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพหลังรับ
การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือเป็นภาระแก่ครอบครัวให้น้อย
ที่สุด ผู้พิการสามารถรู้ถึงสิทธิที่พึงได้รับในคนพิการ

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลที่ได้รับมี
ชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อย 90% มีกิจกรรมต่อเนื่องยังยืน
ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่าง
น้อย 70%

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 : สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ของคนทุกวัย โดยมีโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์และและมี
ผลการทดลองใช้ทดลองใช้ดังนี้**

โครงการออกกำลังกายหลากหลายวิธีมีชีวิต สุข ผลที่ ได้รับประชาชนในชุมชนได้มีสถานที่และอุปกรณ์ในการ ออกกำลังกาย ส่งผลให้มีความสนใจในการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น ประชาชนในชุมชนเกิดความรักความสามัคคี มี กิจกรรมนันทนาการและการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน อย่างต่อเนื่องประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี

โครงการลีลาศเพื่อสุขภาพคนนครอุดรไร้พุง ผลที่ ได้รับ มีชมรมลีลาศเพื่อสุขภาพเทศบาลนครอุดรธานีที่มี กิจกรรมต่อเนื่อง ยั่งยืน ภาวะสุขภาพของผู้ร่วมโครงการมี แนวโน้มดีขึ้น โดยตรวจสภาพทางร่างกาย จิตใจ มีภาวะ สมบูรณ์แข็งแรง

4. ผลการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการ สร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินยุทธศาสตร์การ พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพจากการนำยุทธศาสตร์ฯ ไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงว่า มีจุดเด่น จุดด้อย มีความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ถูกต้องครอบคลุม และมี ประโยชน์ต่อการนำไปใช้อย่างไร กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการ ประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน รวม 60 คน ผลการ ประเมินพบว่า ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริม สุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมอยู่ในระดับมาก และด้านทั้ง 4 ด้าน คือ มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ มาตรฐานด้านความไปได้ มาตรฐานด้านความเหมาะสม และมาตรฐานด้านความ ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาปัจจุบันเกี่ยวกับระบบ การสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วน หน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้เทศบาลและ หน่วยงาน ด้าน สุข ภาพ ช่วยด้าน การ ปรับ ปรุง สภาพแวดล้อม มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น มี ศักยภาพในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่ยากจนหรือผู้ที่ ค่อยโอกาส มีบุคลากรทางการแพทย์และสถานบริการ

สุขภาพให้บริการอย่างทั่วถึง ส่งเสริมแนวทางการสร้าง เสริมสุขภาพชุมชนด้วยกระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน มี กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชน ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ ซึ่ง สอดคล้องกับ อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2547)¹¹ ที่ได้ สรุปข้อเสนอทิศทางการสนับสนุน ประชาคมสร้างสุขภาพ สำหรับกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ สรุปปัจจัย สำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของประชาชนสร้างสุขภาพ ได้แก่ นโยบายภาครัฐ และการสร้างกระแส อย่างต่อเนื่อง การมีผู้นำกลุ่มที่เข้มแข็งในชุมชน และมีความเข้าใจการ สร้างสุขภาพ มีระบบการจัดการ และกระบวนการดำเนิน กิจกรรมที่ดีที่เหมาะสมกับบริบท วิถีชีวิต และวัฒนธรรม ของชุมชน การมี โอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอด ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การได้รับประโยชน์ ให้ กำลังใจ ได้รับ การยอมรับ ยกย่องชมเชยอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ และ องค์กรต่างๆ ตาม ความต้องการของชุมชนได้แก่งบประมาณ ความรู้ด้านการ จัดการ ด้านสุขภาพ การติดตามให้กำลังใจ เป็นต้น

ผลการสร้างสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการ สร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการ องค์กรและบุคลากรในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมี มาตรการ 1. ส่งเสริมให้บุคลากรในระบบการสร้างเสริม สุขภาพมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักต่อหน้าที่ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพ ชุมชนจัดการสุขภาพชุมชน เน้นให้ประชาชนสามารถเข้า มาร่วมรับรู้ตั้งแต่ต้น ร่วมคิด เสนอแนะร่วมตัดสินใจ และ ร่วมดำเนินการ โดยมีมาตรการ 1. พัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้ การเป็นแกนนำในการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ยุทธศาสตร์ที่ 3 : สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของคน ทุกวัย โดยมีมาตรการคือ 1. พัฒนาสถานที่สำหรับการ ออกกำลังกาย 2. ส่งเสริมการออกกำลังกาย 3. กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพจิต 4. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะ โภชนาการ ทั้งนี้การพัฒนายุทธศาสตร์ภายใต้แนวคิดในการจัดระบบ

บริการสุขภาพ มุ่งเน้นใน 3 เรื่องหลัก คือ ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ฟังตนเองได้อธิบายได้ว่าการจัดการบริการสุขภาพของรัฐนั้นต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งก่อน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม วิถีชีวิตของแต่ละชุมชนการจัดการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเอง และให้ภาครัฐเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุน เป็นที่ปรึกษา กล่าวคือ รัฐต้องให้การสนับสนุนให้ประชาชนในท้องถิ่นเกิดการดูแลสุขภาพของชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการช่วยเหลือกันและกันด้านการจัดการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยส่วนท้องถิ่นจะเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงให้เกิดการดูแลสุขภาพลักษณะนี้ได้และต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพของสถานบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน สนับสนุนให้บุคลากรเข้าใจชุมชนมากขึ้น ทั้งนี้ฐานความเชื่อพื้นฐานที่สำคัญการจักระบบบริการสุขภาพ คือ ต้องเชื่อว่าประชาชนมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ ชุมชนสามารถจักระเบียบของชุมชนเองได้ โดยใช้กฎทางสังคมและวัฒนธรรม ของชุมชนเป็นเครื่องควบคุมกันเอง ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ และการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นเครื่องช่วยให้ชุมชนเข้มแข็ง และดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับวนิดา วิระกุล และคณะ (2549: 233-244)⁵ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง โครงการศึกษาและพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพ และการจัดการสุขภาพภาคประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ 12 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลทำกิจกรรมที่เน้นความต้องการและปัญหาของชุมชนเป็นประเด็นสำคัญ และนำปัญหานั้นมาบูรณาการกับนโยบายและบทบาทหน้าที่เพื่อนำไปสู่การวางแผนและพัฒนา ทั้งนี้วิธีการศึกษาปัญหา และกระบวนการพัฒนาใช้วิธีการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยการจัดประชุมประชาคมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างภาคประชาชนและภาครัฐ มีกระบวนการการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (2548: 98)⁶ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง กระบวนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืน พบว่า กระบวนการพัฒนาที่สนับสนุน

การพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืน ประกอบด้วยการพัฒนาที่ต้องอาศัยพลังชุมชน ทุนทางสังคม เป็นพลังในการจัดตั้งกลุ่ม การดำเนินการของกลุ่มการพัฒนาสู่ความเข้มแข็ง และผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะผู้นำทางด้านจิตใจให้เกิดความศรัทธา ส่วนที่สนับสนุนให้เกิดผลสำเร็จ ได้แก่เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ที่นำนโยบายและแผนงานโครงการให้สอดคล้องกับสภาพสังคม การทำงานแบบพหุภาคี ที่สำคัญชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง และมีส่วนร่วมในการพัฒนา และสอดคล้องกับ อำพลจินดาวัฒนะ และคณะ (2547)¹¹ ได้สรุปข้อเสนอทิศทางการสนับสนุน ประชาคมสร้างสุขภาพสำหรับกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ สรุปปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของประชาชนสร้างสุขภาพ ได้แก่ นโยบายภาครัฐ และการสร้างกระแส อย่างต่อเนื่อง การมีผู้นำกลุ่มที่เข้มแข็ง และมีความเข้าใจการสร้างสุขภาพ มีระบบการจัดการ และกระบวนการดำเนินกิจกรรมที่ดีที่เหมาะสมกับบริบท วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน

การทดลองใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน อธิบายได้ดังนี้ **ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรและบุคลากรในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ**มีโครงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นทำให้มีแนวทางการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โครงการมหกรรมวิชาการเครือข่ายนวัตกรรม ทำเกิดองค์ความรู้ด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค **ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนจัดการสุขภาพชุมชน**เช่น โครงการพัฒนา อสม.สู่ความเป็นเลิศ ส่งผลให้ อสม.มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีความรู้ด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ สามารถให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบได้ มีคลินิกในศูนย์บริการชุมชนที่มีการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีระบบส่งต่อ มีคลินิกที่มีคุณภาพที่เป็นระบบ โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้พิการ สามารถให้การดูแลและ

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ได้อย่าง ยุทธศาสตร์ที่ 3 : สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของคนทุกวัย มีหลายโครงการที่ส่งผลให้ประชาชน มีสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย มีความสนใจในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ประชาชนในชุมชนเกิดความรักความสามัคคี มีกิจกรรมนันทนาการและการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันอย่างต่อเนื่องอธิบายได้ว่า กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อประชาชน สุขภาพดีนั้นควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน และเป็นการแสดงความรักชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมาย คือ สุขภาวะตามหลักสุขภาพพอเพียงและประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

การประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพจากการนำยุทธศาสตร์ฯ ไปทดลองใช้ สถานการณ์จริงว่า มีจุดเด่น จุดด้อย มีความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ถูกต้องครอบคลุม และมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ โดยรวมอยู่ในระดับมากและด้านทั้ง 4 ด้าน คือ มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ มาตรฐานด้านความไปได้ มาตรฐานด้านความเหมาะสม และมาตรฐานด้านความถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และข้อคิดเห็นเสนอแนะคือทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันอย่างมากเพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทุกคน ส่วนความต่อเนื่องและความยั่งยืนของกิจกรรมเป็นสิ่งที่ประชาชนต้องการเพื่อเป็นการบริการพื้นฐานที่ดีต่อสุขภาพ ประเด็นการประเมินยุทธศาสตร์สอดคล้องกับทวิวรรณ อินดา (2552) ศึกษา การพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ พบว่ารูปแบบที่มีประสิทธิภาพของการนำกลยุทธ์ไปใช้ ปฏิบัติในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ ประกอบด้วย พหุองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน ซึ่งมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ เป็นประโยชน์ และถูกต้อง ครอบคลุม ส่วนประเด็นการประเมินกิจกรรมตามยุทธศาสตร์สอดคล้องกับทฤษฎี และแนวคิดตามกรอบการ

วิจัย ของแอนดริว ไคยู และคณะ (Andrew Kiyu et al, 2006)¹² ซึ่งเป็นโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนขององค์การอนามัยโลก ที่สำนักงานสาธารณสุขคาพิตที่นำมาประเมิน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่างๆของประชาชน ประเด็นในการประเมินประกอบด้วย นิัยการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพ การป้องกันเพลิง อนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดเตรียมอาหารและสุขวิทยา การประเมินเชิงคุณภาพ ด้วยการสังเกต และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก การสนทนากลุ่ม ผลของการประเมินพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสุขนิสัยของประชาชนไปสู่การเป็นหมู่บ้านสุขภาพได้อย่างชัดเจน และพบว่กิจกรรมดังกล่าวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. เทศบาลควรมีนายยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนการนำไปใช้ควรมีการศึกษาบริบทและวัฒนธรรมและวิถีชีวิต ตลอดจนศักยภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ เพื่อกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนและเป็นการเสริมศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเองให้มากที่สุด

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนให้ครบตาม พรบ. เกี่ยวกับสุขภาพ

3. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับแนวโน้มในอนาคตระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เทศบาลนครในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสาธารณสุขไทยปี 2544-2547. สืบค้น 12 มกราคม 2556, จาก www.moph.go.th/ops/thp/index.php; 2544.
- คณะกรรมการอำนวยการแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. *การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2544.
- นริศ ธรรมจันทร์. *การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอ้อมน้อยอำเภอกะทู้ม*. แบนจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยาลัยปริญาธรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการ มหวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; 2553.
- ประเวศ วะสี. *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2541.
- วนิดา วิระกุลและคณะ. รายงานการประเมินระดับศักยภาพความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน จัดการสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2548. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2549.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. *ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพไทย*. กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการ; 2544.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ; 2549.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. *บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2556, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1883?locale-attribute=th>; 2544.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. *กระบวนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืน* อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2548.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545*. นนทบุรี : สำนักฯ; 2545.
- อำพล จินดาวัฒนะ (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน; 2551.
- Andrew Kiyu et al. *Concordance of multiple analytical approaches demonstrates a complex relationship between DNA repair gene SNPs, smoking and bladder cancer susceptibility*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16311243>; 2006.
- Glass, G. V. & K. D. Hopkins. *Statistical Methods in Education and Psychology*. Bonton: Allyn and Bacon; 1996.
- WHO. *องค์การอนามัยโลก*. Retrieved January 12, 2013 from th.wikipedia.org/wiki/องค์การอนามัยโลก; 2491.

การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ

The Development of Local Food Information Program for Older Person

พัชรารณ ชัยพัฒน์เมธี¹

Pacharaporn Chaipattanametee¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุและประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านวังก้งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 103 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุและแบบสอบถามความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โปรแกรมสารสนเทศถูกพัฒนาตามแนวทางวงจรการพัฒนากระบวนการสารสนเทศ วิธีการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์แบบเว็บแอปพลิเคชัน สร้างภาษาพีเอชพีสคริปต์ด้วยโปรแกรมอะโดบีดรีมวีฟเวอร์ อาปาเชเป็นเว็บเซิร์ฟเวอร์ มายเอสคิวแอลเป็นฐานข้อมูล และใช้พีเอชพีมายแอคชั่นเป็นระบบการจัดการฐานข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า (1) โปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุนำไปทดสอบการทำงานพบว่า ฟังก์ชันของโปรแกรมเป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินโปรแกรมพบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 (2) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้พบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจในระดับมาก ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม โปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้าน ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aims to develop the Local Food Information Program for Older Person and evaluation of user satisfaction. The sample consisted of 103 people in the village of Wang-Pong obtained by simple random. Instruments for this research were Local Food Information Program for Older Person and questionnaires. Data of user satisfaction were collected by questionnaires. Data were analyzed by using descriptive statistics include percentage, average and standard deviation. The program was developed by using systems development life cycle (SDLC) development methodology and web-based application development method. The program was also developed by using many tools: Adobe DreamWeaver as a PHP script creating, Apache as a web server, MySQL as a Database and phpMyAdmin as Database Management System (DBMS).

Research findings were as follows: (1) The development of Local Food Information Program for Older Person. After the program developing finished, it was tested and found functions meet with user's requirements. The program is evaluated by the experts found is appropriate at a high level and (2) The satisfaction of the users found at a high level overall with an average total of 4.35.

Keyword: Application development, local food information program, older person

บทนำ

สังคมไทยได้เริ่มเดินทางเข้าสู่สภาพสังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2552 อันเนื่องมาจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับสวนทางกับอายุขัยเฉลี่ย จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551 ของมูลนิธิ

สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552) คาดการณ์ว่าอีก 12 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 14.4 ล้านคน ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศไทยที่มีประมาณ 65.9 ล้านคน พบว่า ขณะนี้ประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 13 โดยมีการคาดการณ์ว่าสัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในอีก 10 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของสังคมไทยในการ มุ่งสู่สังคม

¹ อาจารย์คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ วิทยาเขตวังไกลกังวล

ผู้สูงอายุ นอกจากสถานการณ์ด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรแล้วในระยะยาว สังคมไทยจึงอาจประสบปัญหาคุณภาพชีวิต และการเป็นอยู่ชีวิตของผู้สูงอายุ ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน เพิ่มขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) จากข้อมูลของ ¹² พบว่า หลังจากปี พ.ศ. 2552 ประชากรที่อยู่ในวัย พึ่งพิง ได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ จะมีจำนวนมากกว่าประชากรในวัยแรงงาน ทั้งนี้เป็นผลมาจากการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วและการลดลงอย่างต่อเนื่องของระดับการตายของประชากร ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคปัจจุบัน เช่น ระบบครอบครัวขยายกลายเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว การอยู่ร่วมกันของสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเป็นสังคมแบบพหุวัฒนธรรม การดูแลโภชนาการของผู้สูงอายุที่ปกติจะได้รับการดูแลให้ได้รับสารอาหารให้เพียงพอไม่มากหรือน้อยเกินไปเพื่อชะลอความเสื่อมโทรมของร่างกาย จึงต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงกระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพหุวัฒนธรรมในบริบทชุมชน เพื่อให้สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี เป็นผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีในการดำรงชีวิต ¹

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบันพบว่าคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นกว่าเดิม และคาดว่าในอนาคตอายุขัยเฉลี่ยของทั้งชายและหญิงมากขึ้น การที่อายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์ที่สูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น เมื่อมีอายุยืนขึ้นจึงต้องเผชิญกับปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บมากขึ้นตามไปด้วย กล่าวถึงการโภชนาการที่ดีของผู้สูงอายุว่า สามารถช่วยป้องกันโรคลดความรุนแรงของโรคป้องกัน และช่วยบรรเทาภาวะแทรกซ้อนของโรคบางโรคได้ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วมักจะเกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะทางร่างกายทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงเกิดการเปลี่ยนแปลงของ

ระบบต่าง ๆ เช่น ผิวหนัง ตา หู ลิ้น และฟัน เป็นต้น ดังนั้นลูกหลานหรือผู้ดูแล จึงควรใส่ใจในเรื่องต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และพยายามปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ในส่วนของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบการศึกษาเกี่ยวกับโภชนาการของผู้สูงอายุในประเทศไทย ⁷ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยทางชีวสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัจจัยนำและปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ และประโยชน์เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ข่าวสารและคำแนะนำจากสื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ งานวิจัย ⁸ ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ โภชนาการปกติ ทูโภชนาการ และโภชนาการเกิน โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ผู้ดูแล และโรคเรื้อรัง เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า โภชนาการของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่เป็นปกติ ³ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองห้าง ตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุเรียงตามลำดับความสำคัญจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน 3) ด้านการตรวจสุขภาพ 4) การร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ 5) ด้านรายได้และรายจ่าย และ 6) ด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สรุปว่าปัจจัยด้านการรับประทานอาหารมีความสำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านหนองห้าง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการปลูกผักสวนครัว และทำนาข้าวกินเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีสมบูรณ์แข็งแรง

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ใช้

วิธีการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์แบบเว็บแอปพลิเคชัน (web application) การจัดการฐานข้อมูลแบบเชิงสัมพันธ์ (relational database) รวบรวมข้อมูลอาหารพื้นบ้าน ที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ โปรแกรมสารสนเทศจะช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลอาหารพื้นบ้านทำได้สะดวกรวดเร็ว ทำให้ทราบถึงข้อมูลอาหารพื้นบ้านและนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจผู้ใช้งาน โปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้เป็นแบบการพัฒนาทดลอง (experimental development) เพื่อศึกษาถึงการนำเอาข้อมูลอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุมานำมาวิเคราะห์ออกแบบและพัฒนาเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีความสามารถในการบริหารจัดการข้อมูลได้สะดวกรวดเร็ว และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ ประชากรในการศึกษาวิจัย คือ ผู้สูงอายุในหมู่บ้านวังกัฟง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในหมู่บ้านวังกัฟง จำนวน 103 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยคำนวณขนาดประชากรกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ทำการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2557 – เดือนกันยายน 2558 รวมระยะเวลา 1 ปี

วิธีดำเนินการศึกษา

1. การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ใช้แนวทางการพัฒนา SDLC มี 5 ระยะ แสดงตามภาพประกอบ 1 มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การวางแผน (planning) ได้แก่วิเคราะห์ความเป็นไปได้ และกำหนดแผนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ในขั้นตอนนี้ ทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ใช้ที่มีต่อโปรแกรม ความคุ้มค่าที่จะได้รับ ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่

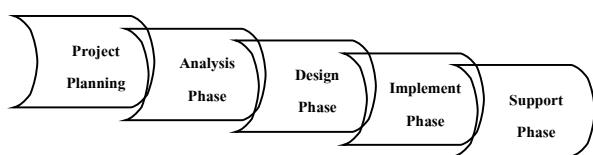
จะนำมาใช้งาน และระยะเวลาที่ใช้ทำงานของแต่ละกิจกรรมในโครงการ

1.2 การวิเคราะห์ (analysis) ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหาของระบบงานปัจจุบัน เพื่อค้นหาความต้องการของระบบใหม่ รวบรวมข้อมูลสำหรับการแก้ปัญหา กำหนดกระบวนการทำงานของแบบจำลอง (model process) และกำหนดข้อมูลที่จะใช้ในแบบจำลอง (model data) ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ข้อมูลแผนการวิเคราะห์ข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมแบบจำลอง ที่จะใช้ในการพัฒนาโปรแกรม แนวทางการวิเคราะห์ ข้อมูลและแบบจำลองข้อมูล

1.3 การออกแบบ (design) ได้แก่ ออกแบบด้านกายภาพ ออกแบบสถาปัตยกรรม ออกแบบส่วนติดต่อประสานกับผู้ใช้ (user interface design) ออกแบบฐานข้อมูล ออกแบบโปรแกรม ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ข้อมูลนำเข้า (input) และผลลัพธ์ (output) โครงสร้างด้านสถาปัตยกรรมเครือข่าย รูปแบบการโต้ตอบที่ผู้ใช้จะใช้ในการสื่อสารกับโปรแกรม วิธีการจัดเก็บข้อมูลในฐานข้อมูล ข้อกำหนดของโปรแกรม (program design) และรายละเอียดเงื่อนไขภายในโปรแกรม

1.4 การพัฒนาโปรแกรมและนำไปใช้ (implementation) ได้แก่ การเขียนโปรแกรม การติดตั้ง และการฝึกอบรม โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โปรแกรมอะโดบีดรีมวีฟเวอร์ (adobe dreamweaver) ใช้สร้างพีเอชพีสคริปต์ (php Script) อาปาเช่ (apache) เป็นเว็บเซิร์ฟเวอร์ (Web Server) มายเอสคิวแอล (MySQL) เป็นฐานข้อมูล และระบบการจัดการฐานข้อมูลใช้พีเอชพีมายแอดมิน (phpMyAdmin) ผลที่ได้ คือ โปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ และเอกสารประกอบการใช้งาน (documentation)

1.5 การสนับสนุน (support) ได้แก่ การเก็บรวบรวมคำร้องขอให้ปรับปรุงระบบงาน และการดำเนินการปรับปรุงโปรแกรม จะได้โปรแกรมที่สมบูรณ์ทำงานได้อย่างถูกต้อง

ภาพประกอบ 1 ระยะของการพัฒนาระบบสารสนเทศ¹¹

2. การสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) คุณลักษณะของข้อมูลที่เกี่ยวข้องมา ผู้วิเคราะห์ต้องศึกษาคุณลักษณะที่จะวัดให้เข้าใจอย่างละเอียดถี่ถ้วนให้มากที่สุด 2) ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม เพื่อวัดคุณลักษณะที่ต้องการ 3) แบ่งคุณสมบัติที่ต้องการจะวัดออกเป็นด้าน ๆ และดำเนินการสร้างคำถามทีละด้าน 4) เขียนคำชี้แจงในแบบสอบถาม ส่วนแรกจะเป็นคำชี้แจงในเรื่องของการตอบแบบสอบถาม 5) ปรับปรุงรูปแบบของแบบสอบถาม พิจารณาเพื่อหาข้อบกพร่องที่ควรแก้ไขปรับปรุง และให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น 6) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างทดลองซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง 7) ปรับปรุงแบบสอบถามให้สมบูรณ์ ผลการวิเคราะห์คุณภาพของแบบสอบถามจะทำให้ทราบข้อบกพร่อง ผู้วิเคราะห์จะต้องแก้ไขปรับปรุงอีกครั้ง เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพ 8) จัดพิมพ์แบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วมาจัดพิมพ์และ ตรวจสอบให้ละเอียด เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ตรงประเด็นที่ผู้ถามต้องการ

3. เก็บรวบรวมข้อมูล ติดต่อประสานงานนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงอธิบายเกี่ยวกับการใช้งาน โปรแกรมและการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้งาน และตอบแบบสอบถาม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

4.1 นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม คัดเลือกไว้เฉพาะแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบสมบูรณ์ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

4.2 นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาจัดระเบียบข้อมูล และลงรหัส

4.3 วิเคราะห์ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage) ได้แก่ ข้อมูล เพศ อายุ อาชีพ และรายได้

ผลการทดลอง

ผลการพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนของโปรแกรมแบ่งการใช้งานเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ส่วนผู้ใช้ทั่วไป ประกอบด้วยฟังก์ชันการค้นหาข้อมูล และการพิมพ์รายงาน และ 2) ส่วนของผู้ดูแลระบบ ประกอบด้วยฟังก์ชันการจัดการข้อมูล (เพิ่ม ลบ และแก้ไข) การค้นหาข้อมูล และการพิมพ์รายงาน ผลการประเมินโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.42 อยู่ในระดับมาก พิจารณาแต่ละด้านเรียงตามลำดับ ได้แก่ ด้านความง่ายต่อการใช้งานมีค่า $\bar{X} = 4.60$ ด้านการตรงตามความต้องการมีค่า $\bar{X} = 4.45$ ด้านการทำงานได้ตามฟังก์ชันงานมีค่า $\bar{X} = 4.38$ และด้านการรักษาความปลอดภัยมีค่า $\bar{X} = 4.25$

ตาราง 1 ผลการประเมินความความพึงพอใจ

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ความหมาย
1. ด้านเนื้อหา	4.40	0.51	มาก
2. ด้านการออกแบบและการจัดรูปแบบโปรแกรม	4.20	0.60	มาก
3. ด้านประโยชน์และนำไปใช้	4.45	0.56	มาก
รวม	4.35	0.55	มาก

จากตาราง 2 แสดงภาพรวมความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ผลประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ทุกด้าน พบว่าภาพรวมค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) มีค่าเท่ากับ 4.35 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาระดับคะแนนด้านเนื้อหา $\bar{X}$ มีค่าเท่ากับ 4.40 ด้านการออกแบบและการจัดรูปแบบโปรแกรม $\bar{X}$ มีค่าเท่ากับ 4.20 และด้านประโยชน์และการนำไปใช้ $\bar{X}$ มีค่าเท่ากับ 4.45

อภิปรายผล

ผลการศึกษางานวิจัยมี 2 ส่วนประกอบด้วย 1) การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ และ 2) การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ความเหมาะสมของโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ทำการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ แบ่งการประเมินเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการตรงตามความต้องการ ด้านการ ทำงานได้ตามฟังก์ชัน ด้านความง่ายต่อการใช้งานและด้านการรักษาความปลอดภัย

1.1 ด้านการตรงตามความต้องการ จากการประเมินความเหมาะสมพบว่า ความสามารถในการจัดการข้อมูลในระบบมีการกำหนดความสามารถในการจัดการผู้ใช้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ผู้ใช้และผู้ดูแลระบบ พบว่าการใช้งานแต่ละส่วนเป็นไปอย่างเหมาะสม ระบบมีความสามารถในการจัดการในส่วนของการแจ้งเตือนได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยเห็นว่า ความสามารถในการจัดการข้อมูลในระบบ ช่วยทำให้การทำงานของใช้ต่อการใช้งานระบบเป็นไปอย่างถูกต้อง ช่วยลดความข้อผิดพลาด ภาพรวมผลประเมินความเหมาะสมในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชพล กลัดชื่น (2555)⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานพัสดุ : กรณีศึกษา โรงเรียนบอสโกพิทักษ์ จังหวัดนครปฐม การพัฒนาระบบด้วยหลักการของวงจรการพัฒนาระบบสารสนเทศ ผลที่ได้คือระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการบริหารงานพัสดุได้เป็นอย่างดี ผู้ใช้พึงพอใจในความสามารถในการทำงานตรงตามความต้องการ การทำงานตามหน้าที่ของระบบ ความสะดวกและ

ความง่ายต่อการใช้ระบบ และความปลอดภัยของระบบอยู่ในระดับมาก

1.2 ด้านการทำงานได้ตามฟังก์ชัน จากการประเมินความเหมาะสมพบว่า โปรแกรมมีความรวดเร็วในการประมวลผล การค้นหาข้อมูลที่ใช้ต้องการและได้ผลลัพธ์ที่ถูกต้อง การจัดการข้อมูลสามารถทำได้ดี ผู้วิจัยเห็นว่า ความรวดเร็วและความถูกต้องของข้อมูลในมีความสำคัญสำหรับผู้ใช้งาน เนื่องจากการจัดการข้อมูลต้องสามารถทำได้ อย่างมีประสิทธิภาพและมีความน่าเชื่อถืออยู่เสมอ ภาพรวมผลการประเมินความเหมาะสมในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของเอี่ยมพร กลุ่มบุตร (2554)¹⁰ ศึกษาการพัฒนา ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการโครงการในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี การพัฒนาระบบสารสนเทศด้วยวงจรชีวิต การพัฒนาระบบ ทำให้ได้ระบบสารสนเทศที่มีฟังก์ชันอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ใช้ในการจัดเก็บและค้นคืนข้อมูล โครงการสุขภาพและป้องกันโรค : กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

1.3 ด้านความง่ายต่อการใช้งาน จากการประเมินความเหมาะสมพบว่า การออกแบบปฏิสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยให้ผู้ใช้สามารถโต้ตอบกับระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการออกแบบจะพิจารณาถึงชนิด ขนาด และสีของตัวอักษร รวมถึงสัญลักษณ์ที่สื่อความหมายมีความเหมาะสมในการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยเห็นว่า การออกแบบจำเป็นต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมทุกด้าน โดยการออกแบบการปฏิสัมพันธ์ควรคำนึงถึงผู้เป็นสำคัญ เพราะการออกแบบที่ดีจะช่วยให้ผู้ใช้สามารถใช้งานระบบง่ายขึ้น ภาพรวมผลการประเมินความเหมาะสมในระดับมาก

1.4 ด้านการรักษาความปลอดภัย จากการประเมินความเหมาะสมพบว่า การตรวจสอบสิทธิ์ก่อนใช้งานของผู้ใช้เพื่อเข้าถึงข้อมูลในระดับต่าง ๆ การกำหนดรหัสผู้ใช้และรหัสผ่าน การควบคุมการใช้งานตามสิทธิ์ได้และการเปลี่ยนรหัสผ่านโดยผู้ใช้เป็นไปอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยเห็นว่า

การกำหนดรหัสผู้ใช้และรหัสผ่านสำหรับควบคุมการใช้งานตามระดับของผู้ใช้ ช่วยทำให้มีความปลอดภัยในการใช้งาน ผู้ใช้สามารถใช้งานตามสิทธิ์ทำให้ระบบปลอดภัยไม่เกิดความเสียหายจากผู้ที่ไม่ได้รับสิทธิ์ ภาพรวมผลการประเมินความเหมาะสมในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชพล กลัดชื่น (2555)¹ ในด้านความปลอดภัยของระบบที่ผู้ใช้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

2.2 ความพึงพอใจของผู้ใช้งานโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ผลการประเมินความพึงพอใจผู้เข้าร่วมทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และการจัดรูปแบบเว็บไซต์ ด้านประโยชน์และการนำไปใช้อภิปรายผลดังนี้

2.2.1 ด้านเนื้อหา จากผลการประเมินความพึงพอใจจากผู้ใช้งานในด้านเนื้อหาพบว่า ผู้ใช้พึงพอใจต่อปริมาณเนื้อหาเพียงพอต่อความต้องการ เนื้อหามีความชัดเจนถูกต้อง น่าเชื่อถือ สอดคล้องตามความต้องการของผู้ใช้ เนื้อหามีการเรียงลำดับเนื้อหาที่อ่าน และการจัดหมวดหมู่เข้าใจง่าย ผู้วิจัยเห็นว่า ข้อมูลรายการอาหารที่มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของผู้ใช้เป็นสิ่งสำคัญ เนื้อหาที่ชัดเจนถูกต้อง สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้ใช้ ผู้ใช้สามารถค้นหาข้อมูลอาหารพื้นบ้านที่ต้องการและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ตามความต้องการได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของอนุชิต วงศาโรจน์และคณะ (2557)⁹ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาฐานข้อมูลด้านสาธารณสุขในกรณีของภาวะโภชนาการชุมชนที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลด้านภาวะโภชนาการชุมชนที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับอำเภอ และฝึกอบรมให้บุคลากรรัฐและผู้นำชุมชนในท้องถิ่น สามารถเข้าถึงสืบค้นข้อมูลด้านภาวะโภชนาการชุมชนที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2 ด้านการออกแบบและการจัดรูปแบบโปรแกรม จากการประเมินความพึงพอใจจากผู้ใช้งานด้าน

การออกแบบและการจัดรูปแบบโปรแกรมพบว่า ผู้ใช้พึงพอใจต่อความเหมาะสมของตัวอักษรที่อ่านง่าย การจัดรูปแบบของโปรแกรมง่ายต่อการอ่านและการใช้งาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ใช้สามารถใช้งานโปรแกรมได้สะดวก รวดเร็ว ภาพรวมความพึงพอใจของผู้ใช้ด้านการออกแบบและการจัดรูปแบบโปรแกรมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของจิตต์อารีย์ กนกนรินทร์ (2550)² ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนสารสนเทศในส่วนงบประมาณ พัสดุ การเงิน และบัญชี: กรณีศึกษา หอניתรรศการศิลปวัฒนธรรมมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาระบบ (SDLC) ทำให้ได้โปรแกรมใช้งานที่มีประสิทธิภาพตามความต้องการของผู้ใช้ ทำงานถูกต้อง และใช้งานได้สะดวก รวดเร็ว

2.2.3 ด้านประโยชน์และการนำไปใช้ จากการประเมินความพึงพอใจจากผู้ใช้งานด้านประโยชน์และการนำไปใช้พบว่า ผู้ใช้พึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมสารสนเทศเป็นแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว และนำข้อมูลอาหารไปใช้ประโยชน์ในการจัดการโภชนาการได้เป็นอย่างดี ภาพรวมความพึงพอใจของผู้ใช้ด้านประโยชน์และการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยเพชรภรณ์ อาจศิริ (2553)⁵ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนสารสนเทศเพื่อการบริหารงานวิชาการ โรงเรียนบ้านหนองตะลุงปึก อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานวิชาการโดยใช้กลยุทธ์การทัศนศึกษาฐาน การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการประชุมระดมความคิด ทำให้การดำเนินงานสารสนเทศเกิดประสิทธิภาพสนองต่อความต้องการใช้งาน

ข้อเสนอแนะ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย¹³ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยในด้านร่างกายจะได้มาจากอาหารต่าง ๆ ดังนั้นอาหารจึงจัดว่ามีความสำคัญอย่างมาก เพราะช่วยให้ร่างกายของ

ผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์แข็งแรง และส่งผลให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น

1. ข้อเสนอแนะและแนวทางสำหรับการใช้งานโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้งานเกิดการเรียนรู้ทั้งด้านทฤษฎีและ ปฏิบัติ สามารถนำสิ่งที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติงานใน สถานการณ์จริงได้ ซึ่งจะช่วยให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อไปในอนาคต เพื่อให้โปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้าน สำหรับผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อการ เปลี่ยนแปลง

2.1 โปรแกรมมีการจัดเก็บและนำเสนอ ข้อมูลในรูปแบบสื่อประสม (multimedia) เช่น ข้อความ กราฟ เสียง (sound) และภาพเคลื่อนไหว (animation) เพื่อให้ง่ายต่อการ

ใช้งานและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานของโปรแกรมให้ดีขึ้น

2.2 การพัฒนาโปรแกรมให้มีความสามารถในการทำงานบนอุปกรณ์ที่หลากหลาย เช่น แท็บเล็ต (tablet) สมาร์ทโฟน (smartphone) เป็นต้น เพื่อเพิ่มความสะดวกในการใช้งาน

2.3 การนำโปรแกรมสารสนเทศไปใช้งาน ควรติดตามผลกระทบของโปรแกรมที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมสารสนเทศกับผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปต่อยอดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ให้การสนับสนุนงบประมาณประจำปี 2558 ในการดำเนินการนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กมล ศรีล้อม และคณะ. “การพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงพหุวัฒนธรรม”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 9 (ฉบับที่ 2): 339-351, 2559.
- 2.จิตต์อริย์ กนกนรินทร์. “การพัฒนาระบบสารสนเทศในส่วนงบประมาณ พัสดุ การเงินและบัญชี : กรณีศึกษาหอรัตนศการศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่”. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
- 3.นิรันดร์ นิตสุข. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองห้าง ตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 9 (ฉบับที่ 2): 38-45, 2559.
- 4.ประณีติ หงสประภาส. “โภชนาการในผู้สูงอายุ”. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน. ปีที่ 7 (ฉบับที่ 3): 81-93, 2551.
- 5.เพชรภรณ์ อาจศิริ. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานวิชาการโรงเรียนบ้านหนองตะลุมปุ๊ก อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม, 2553.
- 6.รัชพล กลัดชื่น. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานพัสดุ : กรณีศึกษาโรงเรียนบอสโกพิทักษ์ จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศิลปศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพฯ, 2555.
- 7.วรรณวิมล เมฆวิมล. รายงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ, 2555.
- 8.สรญา แก้วพิบูลย์และณัฐวดี แก้วพิบูลย์. รายงานวิจัย เรื่อง ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์. สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี นครราชสีมา, 2555.
- 9.อนุจิต วงศาโรจน์ และคณะ. การพัฒนาฐานข้อมูลด้านสาธารณสุขในกรณีของภาวะโภชนาการชุมชนที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุ

- ในเขตอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. การประชุมใหญ่ โครงการส่งเสริมการวิจัยในอุดมศึกษา ครั้งที่ 2. โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ, 21- 24 มกราคม 2557, เล่ม: 1.
- 10.เอื้อมพร ลุ่มบุตร. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดการโครงการในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศิลปศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพฯ, 2554.
- 11.Satzinger, John W., Jackson, Robert B. and Burd, Stephen D. **System Analysis and Design in a Changing World.** 4th ed. Course Technology Boston , 2007.
- 12.United Nations. **World Population Ageing 2007.** Department of Economic and Social Affairs, Population Division. URL <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeingReport2007.pdf> Retrieved (20/03/2014).
- 13.WHOQOL Group. **WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.** Field trail version World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1996.

การศึกษาค่าจุดตัดของการใช้ค่า LRINEC Score สำหรับการวินิจฉัยเบื้องต้นของโรคพังผืดอักเสบตายเน่า ในผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลโพนทอง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Analysis Cut off of LRINEC Score for Early Diagnosis Necrotizing Fasciitis in Surgical Department of Phontong Hospital Amphur Phontong Roi-Et Province

วรวิทย์ เอ็มอมนันต์¹, ปิยะวรรณ เอ็มอมนันต์², ปิยะมาส เอ็มอมนันต์³

Worawit Amimanan¹, Piyawan Amimanan², Piyamas Aemaimanan³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวินิจฉัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study) เพื่อศึกษาค่าจุดตัด (cut off) ของค่า LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6, 7 และ 8 เพื่อใช้ในการวินิจฉัยเบื้องต้นสำหรับโรคพังผืดอักเสบตายเน่าเพื่อการผ่าตัดรักษา โดยเก็บและรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 113 คนที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการเนื้อเยื่ออ่อนติดเชื้อแบบรุนแรงและได้รับการรักษาด้วยศัลยแพทย์ในแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิทางด้านเนื้อเยื่อของจังหวัดร้อยเอ็ด) ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบตายเน่าเท่ากับ 62 คน (ร้อยละ 54.87) โดย cut off ของ LRINEC Score มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มีค่า sensitivity และ negative predictive value (NPV) มากที่สุด แต่เมื่อเปรียบเทียบกับ specificity, positive predictive value (PPV) กลับพบว่า cut off ของ LRINEC Score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 มีค่ามากที่สุด โดยพบว่าค่า sensitivity, specificity, PPV และ NPV ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 มีค่าเท่ากับ 90.3, 54.9, 70.9 และ 82.4 ตามลำดับและเมื่อเปรียบเทียบกับค่า Likelihood ratios of positive (LR+) และ Likelihood ratios of negative (LR-) พบว่าเมื่อใช้ cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 จะมีค่า LR+ เท่ากับ 2.01 และค่า LR- เท่ากับ 0.18 นั่นคือจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่า posttest probability ไปจากค่า pretest probability เล็กน้อยถึงปานกลาง แต่หากใช้ cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 7 และ 8 จะมีค่า LR+ เท่ากับ 2.37 และ 2.81 ตามลำดับและ LR- เท่ากับ 0.32 และ 0.44 ตามลำดับ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่า posttest probability ไปจากค่า pretest probability เล็กน้อย

ดังนั้นการใช้ค่า Cut off Score ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาจนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวินิจฉัยเบื้องต้นสำหรับโรคพังผืดอักเสบตายเน่าร่วมกับการตรวจวินิจฉัยอื่นๆในผู้ป่วยที่ติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อนแบบรุนแรง

คำสำคัญ : โรคพังผืดอักเสบตายเน่า, LRINEC Score

Abstract

This study was retrospective analysis study. Aim to study for assessment the cut off of LRINEC Score $\geq 6, 7$ and 8 in early diagnosis of Necrotizing Fasciitis (NF) for surgery. 113 patients who had initial diagnosis with severe soft tissue infection and that were treated by surgery in general surgical department of Phontong Hospital (that is tertiary referral of North part in Roi-Et province). The data was collected between January 2014 to October 2016

The result showed 62 (54.87%) patient had final diagnosis was NF. The sensitivity and negative predictive value (NPV) of cut off of LRINEC Score ≥ 6 is show the most than LRINEC Score ≥ 7 and 8 but specificity and positive predictive value (PPV) of LRINEC Score ≥ 8 is the most. The cut off of LRINEC Score ≥ 6 had sensitivity, specificity, PPV and NPV was 90.3, 54.9, 70.9 and 82.4 respectively. When assessment by Likelihood ratios of positive (LR+) and Likelihood ratios of negative (LR-), cut off of LRINEC Score ≥ 6 had LR+ and LR- was 2.01 and 0.18 respectively that shows mild to moderate for the change posttest probability to pretest probability. LR+ of cut off of LRINEC Score ≥ 7 and 8 are 2.37 and 2.81 respectively. LR- of LRINEC Score ≥ 7 and 8 are 0.32 and 0.44 respectively. The cut off of LRINEC Score ≥ 7 and 8 that shows mild to the change posttest probability to pretest probability.

¹ พ.บ., วุฒิปริญญาตรีสาขาสาธารณสุขศาสตร์ กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลโพนทอง อ.โพนทอง จ.ร้อยเอ็ด

² พ.บ., วท.ม., ป.ร.ค. (ชีวเวชศาสตร์) สาขาศัลยกรรมศัลยกรรม คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ต.แม่กา อ.เมือง จ.พะเยา

³ พ.บ., วท.ม. (บริหารการแพทย์) งานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลธวัชบุรี อ.ธวัชบุรี จ.ร้อยเอ็ด

The cut off of LRINEC Score ≥ 6 may be to use for early diagnosis for differential diagnosis the NF from severe soft tissue infection.

However, that should not for use alone, it is suggest use combined the other investigation for NF.

Keywords: Necrotizing Fasciitis, LRINEC Score

บทนำ

โรคพังผืดอักเสบตายเน่า (Necrotizing Fasciitis : NF) เป็นการติดเชื้อในชั้นไขมันผิวหนังลึกถึงระดับชั้นใต้พังผืดหรือกล้ามเนื้อ เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยมีรายงาน 500-1,500 รายต่อปีในสหรัฐอเมริกาหรือ 0.4 ต่อแสนประชากร¹³ ซึ่งใกล้เคียงกับที่พบในอังกฤษและฮ่องกง¹⁴ โรคนี้ทำให้เกิดการตายเฉพาะส่วนของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและเนื้อเยื่อข้างเคียง หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาให้ทันทั่วทั้งที่อาจทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวเกิดพิษต่อระบบต่างๆของร่างกาย ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อที่พบบ่อยคือบริเวณแขน ขา และผนังหน้าท้อง พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการสูญเสียแขนและขาร้อยละ 15.4 และเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็วจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยพบอัตราการเสียชีวิตระหว่างร้อยละ 25-73 ซึ่งอัตราการเสียชีวิตยังอยู่ในเกณฑ์สูงแม้ว่าปัจจุบันจะมีภูมิต้านทานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นมากแล้วก็ตาม^{16, 15, 12, 9}

การวินิจฉัยแยกโรคพังผืดอักเสบตายเน่าจากการติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อนอื่นๆนั้นทำได้ยาก ทำให้มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัด ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างการติดเชื้อของผิวหนังชั้นตื้น (cellulites) และการอักเสบมีหนอง (abscess) จึงมีความสำคัญมาก แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องตระหนักถึงโรคนี้ด้วยเสมอกรณีที่พบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย¹⁶

การผ่าตัดเปิดเข้าไปดูแผลเป็นวิธีเดียวที่สามารถให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องแม่นยำที่สุดสำหรับโรคพังผืดอักเสบตายเน่าอีกทั้งการเปิดแผลเข้าไปยังสามารถส่งตรวจเพาะเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเป้าหมายของการผ่าตัดคือการตัดเนื้อที่ตายออกจนหมดจนเห็นเนื้อดี ซึ่งเนื้อที่ตัดออกมาต้องส่งย้อม Gram Stain และเพาะเชื้อ หลังจากนั้น

ปิดแผลไว้ หากมีเนื้อตายมากให้ทำการตัดเนื้อตายอีกหลัง 24 ชั่วโมง เมื่อตัดเนื้อตายออกจนหมดแล้วจึงทำการเย็บปิดแผล^{8,3}

วิธีการวินิจฉัยสำหรับอาการของผู้ป่วยที่เข้าได้กับโรคพังผืดอักเสบตายเน่าก่อนให้การรักษาโดยการผ่าตัดได้แก่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจ Finger Test การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางจุลชีววิทยา การตรวจทางโลหิต การตรวจทางชีวเคมี การตรวจทางพยาธิวิทยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการคัดกรองโรคพังผืดอักเสบตายเน่าหรือที่เรียกว่า LRINEC Score (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis)^{19,20,17} แต่การวินิจฉัยโรคพังผืดอักเสบตายเน่าจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยที่รวดเร็ว แม่นยำ ดังนั้นการใช้ค่าคะแนนของ LRINEC Score เพื่อเป็นเกณฑ์ในการดูความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคนี้จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจเนื่องจากอาศัยค่าการคำนวณจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและประเมินออกมาเป็นคะแนนเพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว

LRINEC Score ได้แนะนำให้ใช้ในการวินิจฉัยโรคพังผืดอักเสบตายเน่าครั้งแรกโดย Wong และคณะ ในปี ค.ศ.2003¹⁶ โดยเป็นค่าที่ได้จากการคำนวณจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ C-Reactive Protein (CRP), Creatinine (Cr), Hemoglobin (Hb), Leukocyte Count, Sodium และ Glucose แล้วนำมาประเมินความเสี่ยงต่างๆที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคพังผืดอักเสบตายเน่า

การหาค่าคะแนนที่เป็นค่าเริ่มต้นของ LRINEC Score ที่จะใช้ในการวินิจฉัยเบื้องต้นของโรคพังผืดอักเสบตายเน่าประกอบกับอาการทางร่างกายที่ตรวจพบ จึงเป็นเครื่องมือที่อาจจะเป็นประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยที่ทันทั่วทั้งที่ต่อการตัดสินใจใช้การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคพังผืดอักเสบตายเน่า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของคะแนน LRINEC Score ที่ระดับต่างๆกันต่อการทำนายผลวินิจัยโรคพังผืดอักเสบตายเน่าหลังการผ่าตัดรักษา

2. เพื่อหาค่าคะแนนเริ่มต้นที่เหมาะสมของ LRINEC Score เพื่อช่วยในการประกอบการตัดสินใจให้การรักษาโดยการผ่าตัดโรคพังผืดอักเสบตายเน่า

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทำการศึกษาโดยอาศัยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อนต่างๆ ที่มารับการ Admit ที่แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิทางด้านเหนือของจังหวัดร้อยเอ็ด) และได้รับการรักษาด้วยศัลยกรรมทั่วไปเพียงคนเดียวตลอดการศึกษา ตั้งแต่เดือนวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 1 เดือนตุลาคม 2559 จำนวน 113 ราย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง(Retrospective Analytical Study) เพื่อศึกษาค่า Cut off ของ LRINEC Score ที่ใช้ในการตัดสินใจวินิจัยเบื้องต้นสำหรับโรคพังผืดอักเสบตายเน่าเพื่อการผ่าตัดรักษา

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลัง 2 ปี 10 เดือน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 1 เดือนตุลาคมพ.ศ. 2559

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้และเข้าข่ายแผลติดเชื้อ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการแผลติดเชื้อและได้รับการรักษาด้วยศัลยกรรมที่โรงพยาบาลโพธิ์ทอง ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559

2. ผู้ป่วยที่มีประวัติย้อนหลังในการเก็บข้อมูลต่างๆก่อนและหลังการรักษาครบถ้วนตามเกณฑ์การศึกษาเพื่อนำมาวิเคราะห์ผลได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อโรคทางระบบของผู้ป่วย

ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นำมาคำนวณค่า LRINEC Score จำนวนวันนอนก่อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ วิธีการผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ผลการวินิจัยโดยอ้างอิงจากการผ่าตัด

3. ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดรักษา

เกณฑ์การคัดออกจากศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้และเข้าข่ายแผลติดเชื้อ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการแผลติดเชื้อและได้รับการรักษาด้วยศัลยกรรมทั่วไปที่โรงพยาบาลโพธิ์ทองตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 แต่ไม่มีข้อมูลที่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ต้องการศึกษา

2. ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมรับการรักษาใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คอมพิวเตอร์ที่ติดตั้งโปรแกรม HosXP เพื่อการสืบค้นข้อมูลโดยดูจากข้อมูลในโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลโพธิ์ทองย้อนหลังไปตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559

2. บันทึกการรักษาของผู้ป่วยจากใบบันทึกการรักษาของผู้ป่วยของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง

3. การจดบันทึกผลการตรวจรักษาทางกายภาพของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ 9/2560 ทำการศึกษาดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง โดยใช้รหัส ICD-10 ตั้งแต่ M7260 ถึง M7269 ร่วมกับการสืบค้นข้อมูลจากบันทึกการพยาบาลในเด็กผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธิ์ทอง ที่เข้ารับการรักษาด้วยการวินิจัยเบื้องต้นว่าที่เข้าข่ายแผลติดเชื้อเนื้อเยื่ออ่อน

2. จากนั้นทำการสืบค้นข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายจากแฟ้มผู้ป่วย และคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเก็บข้อมูลครบตามเกณฑ์คัดเข้าในการศึกษาเท่านั้น โดยข้อมูลที่

ต้องการศึกษาและต้องมีการเก็บบันทึกในแฟ้มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ โรคประจำตัวของผู้ป่วย วันที่รับผู้ป่วยเข้าพักในตึกสัลยกรรมครั้งแรก วันที่เข้ารับการรักษาค่าตัดและการรักษาอื่นๆ วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากตึกสัลยกรรม

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

C-reactive Protein (CRP), Creatinine Kinase (CK), Serum Lactate, Sodium, Glucose, Hemoglobin (Hb) และ Leukocyte

3. ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ วิธีการผ่าตัดเพื่อรักษาและวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนหลังให้การรักษาและผลการวินิจฉัยสุดท้ายด้วยวิธีผ่าตัดรักษา

3. จากนั้นนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาคำนวณค่า LRINEC Score ดังตารางที่ 1

4. ทำการแบ่งผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการแผลดัดเชื้อและได้รับการวินิจฉัยโดยวิธีการผ่าตัดว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบตายเน่า กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการแผลดัดเชื้อและได้รับการวินิจฉัยโดยวิธีการผ่าตัดไม่พบว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบตายเน่า

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบค่าต่างๆระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ $\alpha = 0.05$ ใช้สถิติดังนี้

1. แสดงผลเชิงพรรณนา ลักษณะทั่วไปของประชากร เกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ โรคทางระบบของผู้ป่วย ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นำมาคำนวณค่า LRINEC Score จำนวนวันนอนก่อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ วิธีการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ผลการวินิจฉัยโดยอ้างอิงจากการผ่าตัด คำนวณค่าสถิติเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบอายุและค่า LRINEC Score ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาโดยใช้ Mann Whitney U-test

3. แสดงผลตรวจสอบการใช้ LRINEC Score ในการใช้วินิจฉัยโรคพังผืดอักเสบตายเน่าที่ cut off มากกว่าหรือเท่ากับ 6, มากกว่าหรือเท่ากับ 7, มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ด้วยความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าทำนายโรคเมื่อผลการทดสอบเป็นบวก (Positive Predictive Value) ค่าทำนายโรคเมื่อผลการทดสอบเป็นลบ (Negative Predictive Value)

4. ทดสอบโอกาสที่จะให้ผลการทดสอบนั้นๆ ในผู้ป่วยเป็นโรคเปรียบเทียบกับโอกาสที่จะให้ผลการทดสอบเดียวกันนั้นในผู้ป่วยไม่ป่วยเป็นโรคพังผืดอักเสบตายเน่า โดยใช้ LRINEC Score ในการใช้วินิจฉัยโรคพังผืดอักเสบตายเน่าที่ Cut off มากกว่าหรือเท่ากับ 6, มากกว่าหรือเท่ากับ 7, มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ด้วย Likelihood Ratio (LR) โดยอัตราที่ผลการทดสอบให้ผลบวกในผู้ป่วยเป็นโรคเปรียบเทียบกับผลการทดสอบให้ผลบวกในผู้ป่วยไม่ป่วยเป็นโรคแสดงด้วย Positive Likelihood ratio (LR+) และอัตราที่ผลการทดสอบให้ผลลบในผู้ป่วยเป็นโรคเปรียบเทียบกับผลการทดสอบให้ผลลบในผู้ป่วยไม่ป่วยเป็นโรคด้วย Negative Likelihood Ratio (LR-) ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้มีทั้งหมด 113 คน โดยกลุ่มศึกษามีจำนวนเท่ากับ 62 คนและในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 51 คน ประชากรของทั้ง 2 กลุ่มมีอายุมากกว่า 50 ปี โดยไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.13$) มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชายทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 64.52 และร้อยละ 54.91 ตามลำดับ) ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อนต่างๆมากที่สุดของกลุ่มศึกษาคือรยางค์ส่วนล่างด้านขวา (ร้อยละ 45.16) และในในกลุ่มควบคุมคือรยางค์ส่วนล่างด้านซ้าย (ร้อยละ 45.09) กลุ่มศึกษาพบว่ามีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 43.55) แต่มากกว่า

ตาราง 1 แสดงค่า LRINEC Score

Value	LRINEC score point
C-reactive protein, mg/L	

ตาราง 1 แสดงค่า LRINEC Score

Value	LRINEC score point
> 150	4
WBC	
< 15	0
15-25	1
>25	2
Hemoglobin level, mmole/L	
> 13.5	0
11-13.5	1
< 11	2
Sodium level, mmole/L	
≥ 135	0
< 135	2
Creatinine level, mg/dL	
≤ 1.6	0
> 1.6	2
Glucose level, mg/dL	
≤ 180	0
> 180	1

ครึ่งหนึ่งของกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.78) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 92.16 ตามลำดับ) วิธีการผ่าตัดที่ใช้มากที่สุดในกลุ่มศึกษาคือ Fasciotomy (ร้อยละ 70.97) ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 49.02) ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละของประชากร กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มศึกษา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	28	54.91	40	64.52
หญิง	23	45.09	22	35.48
ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ				
รยางค์ส่วนบนด้านซ้าย	6	11.77	3	4.84
รยางค์ส่วนล่างด้านซ้าย	23	45.09	25	40.32
รยางค์ส่วนบนด้านขวา	5	9.81	5	8.07
รยางค์ส่วนล่างด้านขวา	17	33.33	28	45.16
อื่นๆ	0	0	1	1.61
จำนวนโรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	31	60.78	23	37.09
เบาหวาน	13	25.49	27	43.55
ความดันโลหิตสูง	3	5.88	2	3.23
มี 1 โรคอื่นๆ	1	1.97	4	6.45
มี 2 โรคร่วมกัน	2	3.92	4	6.45
มี 3 โรคร่วมกัน	1	1.96	2	3.23
ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด				
ไม่มี	47	92.16	37	50.00
มี	2	3.92	10	1.61
Septicemia	0	0	2	3.23
Hypokalemia	0	0	3	4.84
Shock	2	3.92	6	9.68
ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 1	0	0	4	6.45
ภาวะ				
ภาวะแทรกซ้อนร่วม 2				
ภาวะ				
วิธีการผ่าตัด				
ไม่ผ่าตัด	25	49.02	4	6.45
ไม่ผ่าตัด	16	31.37	8	12.90
Debridement	6	11.77	44	70.97
Fasciotomy	2	3.92	6	9.68
Excision Debridement	2	3.92	0	0
Amputation				

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มศึกษา		p -value
	ค่า มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	ค่า มัธยฐาน	พิสัย ควอไทล์	
อายุ (ปี)	52.73	(44-65)	58.81	(52.7-67.5)	0.13
LRINEC Score	5.80	(4-7)	8.59	(7-10)	<0.001
จำนวนวันนอนก่อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ (วัน)	2.18	(1-2)	1.71	(1-3)	0.004

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิก เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานและพิสัย ควอไทล์ของอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ของ LRINEC Score พบว่ากลุ่มควบคุมมีความแตกต่างจากกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มศึกษามีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม (8.59 (4 และ 7) และ 5.80 (7 และ 10) ตามลำดับ ส่วนค่ามัธยฐานและพิสัย ควอไทล์ของจำนวนวันนอนก่อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ

รักษาด้วยวิธีอื่นๆ กลุ่มควบคุมมีความแตกต่างจากกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) โดยพบว่าในกลุ่มศึกษาใช้เวลาในการตัดสินใจรักษาโดยการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (1.71 วัน (1 และ 2) และ 2.18 วัน (1 และ 3) ตามลำดับ)

3. ผลของคะแนน LRINEC Score ที่ระดับต่างๆ เกี่ยวกับการทำนายผลวินิจฉัยโรคพังผืดอักเสบเน่าตายเน่าหลังการผ่าตัดรักษา

ตาราง 4 ค่า sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) และ negative predictive value (NPV) ที่ cut off ของ LRINEC Score ต่างๆ

Cut off of LRINEC Score	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Positive predictive value (PPV) (%)	Negative predictive value (NPV) (%)	Likelihood Ratios for positive test (LR+)	Likelihood Ratios for negative test (LR-)
≥6	90.3	54.9	70.9	82.4	2.01	0.18
≥7	79	66.7	74.2	72.3	2.37	0.32
≥8	66.6	76.5	77.4	65	2.81	0.44

ค่า sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) และ negative predictive value (NPV) ที่ cut off ของ LRINEC Score มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6, มากกว่าหรือเท่ากับ 7 และ มากกว่าหรือเท่ากับ 8 แสดงตามตารางที่ 4 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 79 คน ที่มีค่า cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 ซึ่งเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยหลังการผ่าตัดรักษาพบว่ามีผู้ป่วย 56 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบเน่าตาย คิดเป็นร้อยละ 70.90 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีค่า

LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เมื่อใช้ค่า cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 7 มีผู้ป่วยทั้งหมด 66 คน ซึ่งเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยหลังการผ่าตัดรักษาพบว่ามีผู้ป่วย 49 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบเน่าตาย คิดเป็นร้อยละ 74.20 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีค่า LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 7 ถ้าใช้ cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 8 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 53 คน ซึ่งเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยหลังการผ่าตัดรักษาพบว่ามีผู้ป่วย 41 คน ที่

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบเน่าตาย คิดเป็นร้อยละ 77.40 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีค่า LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 8 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าการทำนายผลกับค่า cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่าต่างกัน พบว่า cut off ของ LRINEC Score มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มีค่า sensitivity และ negative predictive value (NPV) มากที่สุดรองลงมาคือค่า cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 7 และ 8 ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับค่า specificity, positive predictive value (PPV) กลับพบว่า cut off ของ LRINEC Score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 มีค่ามากที่สุดรองลงมาคือ cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 7 และ 6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 พบว่าเมื่อใช้ cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 จะมีค่า LR+ เท่ากับ 2.01 และค่า LR- เท่ากับ 0.18 นั่นคือจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่า posttest probability ไปจากค่า pretest probability เล็กน้อยถึงปานกลาง แต่หากใช้ cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 7 และ 8 จะซึ่งมีค่า LR+ เท่ากับ 2.37 และ 2.81 ตามลำดับและ LR- เท่ากับ 0.32 และ 0.44 ตามลำดับ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่า posttest probability ไปจากค่า pretest probability เล็กน้อย

สรุปและอภิปรายผล

โรคพังผืดอักเสบเน่าตายเป็นโรคติดเชื้อที่เนื้อเยื่ออ่อนที่การตรวจร่างกายมักไม่ชัดเจนทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ล่าช้าแต่มีความรุนแรงมาก มีอัตราการเกิดโรคและอัตราเสียชีวิตสูง โดยมีรายงานว่าพบในคนไทยประมาณ 3.5 รายต่อแสนประชากร¹⁸ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่ามากกว่าร้อยละ 65 เป็นเพศชาย ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบเน่าตายหลังการผ่าตัดเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยมากที่สุด ซึ่งคล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ร้อยละ 44.5-72.3 และสนับสนุนรายงานการศึกษา

ก่อนหน้านี้ที่พบว่าโรคเบาหวานปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงที่พบบ่อยของโรคพังผืดอักเสบเน่าตาย^{7,4,6} ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความบกพร่องของการหายของแผลที่ชั้นใต้ผิวหนัง (cutaneous) จึงทำให้ส่งเสริมการติดเชื้อได้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อเรื้อรังและนำไปสู่สภาวะของโรคพังผืดอักเสบเน่าตายได้ง่ายขึ้นนั่นเอง¹¹ มีรายงานว่าตำแหน่งที่พบโรคพังผืดอักเสบเน่าตายมากที่สุดคือรอยางค์ส่วนล่างของร่างกาย^{7,4,6} ซึ่งเหมือนกับผลการศึกษาที่พบได้ถึงร้อยละ 85.48 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการที่พบโรคนี้นี้ร่วมกับโรคเบาหวานซึ่งผู้ป่วยมักมีปัญหาที่เท้าเพราะความผิดปกติของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ปลายเท้าร่วมด้วย¹¹ แต่มีรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้กลับพบว่าตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือ Perineum รองลงมาคือรอยางค์ส่วนล่างและส่วนบนตามลำดับ¹⁰

การศึกษานี้เมื่อใช้ค่า cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 8 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบเน่าตายหลังการผ่าตัดทั้งหมด 53 คน โดยมีผู้ป่วยจำนวน 41 คนที่มีค่า cut off ของ LRINEC Score มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 8 โดยมีค่า sensitivity, specificity, positive predictive value และ negative predictive value เท่ากับร้อยละ 66.1, 76.5, 77.4 และ 65.0 ตามลำดับ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Holland มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบเน่าตายหลังการผ่าตัดทั้งหมด 10 คน โดยมีผู้ป่วยจำนวน 5 คนที่มีค่า cut off ของ LRINEC Score มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 8 ที่มีค่า sensitivity, specificity, positive predictive value และ negative predictive value เท่ากับร้อยละ 50, 94, 83 และ 77 ซึ่งมีค่า specificity สูงกว่าการศึกษานี้มาก ส่วนผลการศึกษานี้ค่า likelihood ratio เมื่อใช้ cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 จะมีค่า LR+ เท่ากับ 2.01 และค่า LR- เท่ากับ 0.18 นั่นคือจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่า posttest probability ไปจากค่า pretest probability เล็กน้อยถึงปานกลาง แต่การศึกษาของ Holland⁵ พบว่ามีผลการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเท่านั้น แต่หากใช้ cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 7 และ 8 ใน

การศึกษานี้จะมีค่า LR+ และ LR- ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่า posttest probability ไปจากค่า pretest probability เล็กน้อย แต่การศึกษาก่อนหน้านี้⁵ กลับพบว่า cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 8 จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปานกลางถึงมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาของ Holland มีกลุ่มตัวอย่างที่น้อยกว่า การศึกษานี้มาก และมีฐานของอายุประชากรที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคพังผืดอักเสบตาข่ายในการศึกษานี้ มีค่ามากกว่าการศึกษาของ Holland⁵ คือ 58.81 และ 42.5 ปีตามลำดับ แต่มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Wong และ คณะ (Wong CH, Chang HC, et al., 2003 : 1454-1460)¹⁶ และ van Stigt และคณะ (van Stigt S.F., de Vries J, et al., 2016 : 1-6) ที่มีค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 56 ปี และ 62 ปี ตามลำดับ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาจนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวินิจฉัยโรคพังผืดอักเสบตาข่าย เบื้องต้นในผู้ป่วยที่การติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อนแบบ รุนแรงได้แต่ไม่ควรนำมาใช้เพียงลำพังในการวินิจฉัยโรค พังผืดอักเสบตาข่ายเนื่องจากการใช้ cut off ของ LRINEC Score ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาจเกิดการวินิจฉัยที่ ผิดพลาดได้ร้อยละ 20 ดังนั้นผู้ใช้ต้องใช้แบบประมัตระวัง และควรใช้ร่วมกับการประเมินทางคลินิกและการตรวจ อื่นๆร่วมด้วยในการวินิจฉัยโรคพังผืดอักเสบตาข่าย²

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังทำให้อาจมีผู้ป่วย บางรายที่สูญหายและมีผู้ป่วยบางรายมีข้อมูลที่ไม่ ครบถ้วนเนื่องจากการบันทึกข้อมูลที่อาจไม่ครอบคลุมกับ ข้อมูลที่ต้องการศึกษา ทำให้ต้องคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษานี้ ซึ่งบางรายอาจมีผลต่อการแปลผลของ การศึกษานี้ก็ได้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้พยายามตั้ง ข้อกำหนดที่ครอบคลุมในการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างโดย ใช้รหัส ICD-10 ที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคครอบคลุม มากกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้¹¹ ที่ใช้รหัส ICD-9 ทำให้อาจจะมีผู้ป่วยบางรายสูญหายไปเนื่องจากรหัสไม่ ครอบคลุม นอกจากนี้ในการศึกษานี้ใช้ผลหลังการการ

ผ่าตัดรักษาในการวินิจฉัยแยกโรคและทำการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยหลีกเลี่ยงการเลือกแบบมีอคติ

การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว โดยสัณเฑาะพทย์ทั่วไปเพียงคนเดียวตลอดการศึกษาซึ่งต่าง จากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลจาก หลายโรงพยาบาล^{11,10} เพื่อนำมาทำการศึกษาทำให้ข้อมูลที่ ได้ อาจมีความคลาดเคลื่อนมากขึ้นเนื่องจากไม่มีการปรับ มาตรฐานให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันก่อนการศึกษา ได้แก่สัณเฑาะพทย์ที่ทำการเก็บข้อมูล ความครอบคลุมใน การเก็บข้อมูลของแต่ละสถานที่รวมทั้งความคลาดเคลื่อน ของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อาจเกิดขึ้นได้เพราะ ต่างสถานบริการนั่นเอง

จากผลการศึกษานี้อาจเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์ทั่วไป เพื่อใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างการติดเชื้อของ เนื้อเยื่ออ่อน (cellulitis) และโรคพังผืดอักเสบตาข่าย ใน โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีสัณเฑาะพทย์ โดยถ้าพบว่าค่า คะแนนของ LRINEC Score มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ควร ส่งต่อผู้ป่วยให้สัณเฑาะพทย์ร่วมประเมิน เพื่อว่าหากประเมิน พบจะได้รับให้การรักษาโดยการผ่าตัดที่ทันท่วงทีเพื่อลด การสูญเสียของอวัยวะและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย สรุปผลการศึกษา การใช้ cut off ของ LRINEC Score ที่มี ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาจนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการ วินิจฉัยโรคพังผืดอักเสบตาข่ายเบื้องต้นร่วมกับการตรวจ วินิจฉัยอื่นๆในผู้ป่วยที่การติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อนแบบ รุนแรง การศึกษาต่อไปควรทำการศึกษาแบบไป ช้างหน้า (prospective analytical study) เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรง ของเครื่องมือต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกสัณเฑาะพทย์ โรงพยาบาลโพนทอง ทุกท่านและผู้อำนวยความสะดวก โรงพยาบาลโพนทอง อ.โพนทอง จ.ร้อยเอ็ด ที่ได้ให้ความกรุณาในการทำการศึกษาดังนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Burner E, Sean O. H, et al,. “Inadequate Sensitivity of Laboratory Risk Indicator to Rule Out Necrotizing Fasciitis in the Emergency Department”. **Western Journal of Emergency Medicine.** 2016(38) : 333-336.
2. Chun-I, Yi-Kung. Et al,. “Validation of the laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis (LRINEC) score for early diagnosis of necrotizing fasciitis”. **Tzu Chi Medical Journal.** 2012(24) :73-76.
3. Dennis LS. **Necrotizing soft tissue infection.** URL [http:// www.updtodate.com](http://www.updtodate.com) (12/12/2016).
4. Goh T, Goh LG, , et al,. Early diagnosis of necrotizing fasciitis. **Br J Surg.** 2014(1) : 119–25.
5. Holland MJ. “Application of the Laboratory Risk Indicator in Necrotising Fasciitis (LRINEC) score to patients in a tropical tertiary referral centre”. **AnaesthIntensive Care.** 2009(37) : 588-92.
6. Huang K-F, Hung M-H, , et al,. “Independent predictors of mortality for necrotizing fasciitis: a retrospective analysis in a single institution”. **J Trauma.** 2011(71) : 467–73.
7. Kalaivani V, Hiremath BV, et al,. “Necrotising soft tissue infection-risk factors for mortality”. **J Clin Diagn Res.** 2013(8) : 1662–5.
8. Korhan Taviloglu, Hakan Yanar. “Necrotizing fasciitis: strategies for diagnosis and management”. **World Journal of Emergency Surgery.** 2007(2) : 19.
9. Masjeski JA, Alexander JW. “Early diagnosis, nutritional support and immediate extensive debridement improve survival in necrotizing fasciitis”. **Am J Surg.** 1983(145) : 781-787.
10. Misiakos EP, Bagias G., et al,. “Early diagnosis and surgical Treatment for necrotizing Fasciitis: a Multicenter study, Frontiers in Surgery”. **Frontiers in surgery .** 2017(4): 1-7.
11. Nai-Chen C., Hao-Chih T., et al. “Necrotizing fasciitis in patients with diabetes mellitus: clinical characteristics and risk factors for mortality”. **BMC Infectious Diseases.** 2015(15):417.
12. Rea WJ, Wyrick WJ. Necrotizing fasciitis. **Ann Surg** 1970;172:957-964.
13. Shimizu T., Tokuda Y. “Necrotizing fasciitis”. **Intern Med.** 2010 (49) : 1051-7.
14. Stevens DL. “Necrotizing soft tissue infections”. **Curr Treat Opt Infect Dis.** 2000(2) : 359.
15. Voros D, Pissiotis C, et al,. “Role of early and extensive surgery in the treatment of severe necrotizing soft tissue infection”. **Br J Surg.** 1993(80) : 1190-1191.
16. Wong CH, Chang HC, et al,. “Necrotizing fasciitis: clinical presentation, microbiology and determinants of mortality”. **J Bone Joint Surg Am.** 2003(85) : 1454-1460.
17. Wong CH, Khin LW, et al,. “The laboratory risk indicator for necrotising fasciitis score: a tool for distinguishing necrotising fasciitis from other soft tissue infection”. **Crit Care Med.** 2004(32) : 135-141.
18. ณภัทร นภาพงศ์สุริยา. **Hyperbaric oxygen therapy in necrotizing fasciitis.**
<http://www.errama.com/system/sspa2/uploads/files/HyperbaricoxHyperbaricoxygentherapyinnecrHype.pdf> 12/12/2016.
19. ทายาท นุญเกษม. “โรคติดเชื้อในได้ผิวหนังลึกถึงระดับพังผืด (Necrotizing Fasciitis)”. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11.** 11(8) : 113 – 119, 2557.
20. ปริญ ทศนาวิวัฒน์. “พังผืดอักเสบตายเน่า”. **ธรรมชาติศาสตร์วารสาร.** 12 (1): 138-146, 2555.

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในตำบลเหนือเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Prevention Model for Stroke in High Risk Patients,
Nue-Mueang Sub District, Roi-et Province.

สุริยา หล้าคำ¹, ศิราณี อินทรหนองไผ่², อุตม์ จินตารักษ์³
Suriya lahkum, Siranee Intaranongpai², Ayuth Jintarak³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัย 1 วงจร 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 2 การวางแผน ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผน และระยะที่ 4 ประเมินผล และสะท้อนผลกลับ โดยใช้เครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ 1) ใช้แบบสอบถาม 2) ใช้การสนทนากลุ่ม 3) ใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และ 4) การใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะเวลาในการดำเนินงาน 8 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง มีค่าดัชนีมวลกายเกิน คิดเป็นร้อยละ 12.80 ส่วนขนาดรอบเอวเกิน คิดเป็น ร้อยละ 28.20 ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือด คิดเป็น ร้อยละ 10.30 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 88.50 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 61.50 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 75.60 ระยะที่ 2 วางแผน โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แผนการดำเนินงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามข้อสรุปร่วมกัน ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผน โดยชุมชนมีส่วนร่วม มีกิจกรรม ดังนี้คือ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อสม. ผู้ดูแล และผู้นำชุมชน 2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง 3) ติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน ระยะที่ 4 การประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ : วิจัยเชิงปฏิบัติการ, รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

Abstract

The Action research aims to study the development of prevention model for stroke in high risk patients. Participatory learning were applicant for stroke prevention in high risk patients at Bannongnasang tumbom promoting Hospital. Nuea Mueang, Mueang Roi-Et District, Roi-Et Province. . It consisted of one cycle four phases : 1) studying the situation involving for stroke in high risk patients, 2) stating the problems, 3) planning, 4) evaluation, reflection. The research instruments for data collection were 1) questionnaire 2) questions for a group discussion 3) the observation 4) In-depth Interviews. The study was conducted 8 months. Frequency and percentage were used to analyze the quantitative data and content analysis was used for analyzing the qualitative data.

The results: results of stage 1 : showed that the Body Mass Index (BMI) of 12.80 percent of the samples exceeded the standard. The waistline of 28.20 percent of the samples exceeded the standard. The history for stroke of 10.30 percent of the samples exceeded the standard. The knowledge of 88.50 percent of the samples exceeded the standard. The Health belief model 61.50 percent of the samples exceeded the standard. The prevention 75.60 percent of the samples exceeded the standard. Stage 2 : stating the problems that for stroke in high risk patients, caregivers and the village health volunteers , the health care volunteers and the community leaders corporately planned and managed

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ อาจารย์นายแพทย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

activity. Stage 3 planning activity with the participation of the community were done and the activities included : 1)) organizing the workshops for enhancing knowledge in prevention model for stroke in high risk patients, 2) the improvement of the disease prevention, 3) the home visits. Stage 4 : evaluation, reflection, were stroke in high risk patients the development of prevention model for stroke by community participation, during this stage, the researcher with the health care volunteers and the community leaders corporately.

Keywords: Action Research, Prevention Model for Stroke, Stroke in High Risk Patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นอาการทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง^(1, 2, 3) ที่สำคัญของโลกอย่างมาก เพราะโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 3 ของโลก⁽⁴⁾ WHO ประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคน พิกการถาวร 5 ล้านคน เสียชีวิต และ สองในสามอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ปี 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า⁽⁵⁾ และในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2553 โรคหลอดเลือดสมองอัตราการตายต่อประชากรหนึ่งแสนคนเท่ากับ 27.50 และในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 31.70 ต่อแสนประชากร⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะทำให้เสียชีวิต และเกิดความพิการของร่างกายแล้ว ยังพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เกิดความเครียดทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

จากปัญหาดังกล่าวพบว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) และระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ในระดับปฐมภูมิเป็นการป้องกันระยะก่อนเกิดโรค ได้แก่ การลดปัจจัยเสี่ยงก่อนการเกิดโรคและ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁷⁾ สำหรับประเทศไทยประชาชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยตระหนักถึงสัญญาณเตือนภัย หรืออาการนำของโรคหลอดเลือดสมองเท่าที่ควร⁽⁸⁾ ดังนั้นถ้าประชาชนรับรู้อาการนำของโรค หรือสัญญาณเตือนได้ถูกต้อง และรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ได้ทันเวลา สามารถลดอัตราการตาย และความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

เมื่อพิจารณาถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใกล้บ้านในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนาสร้าง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัด

ร้อยเอ็ด รับผิดชอบประชาชนใน 23 หมู่บ้าน จำนวน 4,185 หลังคาเรือน ประชากรชาย 10,419 คน และประชากรหญิง 10,434 คน รวมทั้งหมด 20,853 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2554 – 2557 คิดเป็น ร้อยละ 0.53, 0.53, 0.79, 1.04 ตามลำดับ⁽⁹⁾ ซึ่งอุบัติการณ์โรคเรื้อรังก็เพิ่มมากขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปี 2554 -2557 คิดเป็น ร้อยละ 1.85, 0.80, 1.98, 2 ตามลำดับ⁽⁹⁾

ตามนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพของประเทศไทย ได้เน้นให้ประชาชนทั้งกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง⁽¹⁰⁾ หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จะทำให้ลดอัตราการป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการที่กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนัก รู้ ใส่ใจสุขภาพของตนเองก่อน กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นใช้วิธีให้ความรู้ทางสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ⁽¹¹⁾ สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลนั้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และ อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพร หุตากร⁽¹²⁾ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของต้องงังพัฒนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและเจตคติต่อการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของจรินทร์ ดวงแสง⁽¹³⁾ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นแผลเปปติกระเรื้อรังที่ได้รับ

ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของ ศศิธรณ์ นนทะโมลี⁽¹⁴⁾ พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการเพื่อให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และครอบครัวผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น เช่นกันกับ การศึกษาของ รัตนดา ขอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี⁽¹⁵⁾ ผลของโปรแกรมสร้างพลัง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงทำให้การรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และ การปฏิบัติเพื่อป้องกันเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง และมีการนำแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีพัฒนาการจากการที่นักปรัชญาการศึกษา Deweyian ได้เริ่มใช้วิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้ ที่เรียกว่า ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้การสอนมากขึ้น (Active Learning) ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้น และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง^(16, 17) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ชูวงศ์⁽¹⁸⁾ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โดยการประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาดำเนินการศึกษาและการพัฒนาให้เกิดความร่วมมือของประชาชนในชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถให้ชุมชนพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล อสม. เจ้าหน้าที่บริการแพทย์ฉุกเฉิน และแกนนำ ส่งเสริมให้มีความรู้ มีความตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหาของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และมี

แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามารถช่วยชะลอความเสี่ยงของการเกิดภาวะพิการ ลดการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁽¹⁹⁾ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่วิจัยที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากการที่มีอัตราความชุกของโรคสูงตามหลักการจัดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ประกอบกับชุมชนดังกล่าวอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ศึกษา 1 ครอบ ในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน เขตตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน ระยะเวลาปฏิบัติการวิจัยรวม 8 เดือน ระหว่าง เดือน กรกฎาคม 2558 – กุมภาพันธ์ 2559

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sample) ระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผน ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล อสม. ผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลวิชาชีพ ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล รวมจำนวน 53 คน ระยะทดลองใช้รูปแบบเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 78 ราย ระยะประเมินผล เป็นการประเมินโดยมีส่วนร่วมจากทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวทางในการสนทนากลุ่ม และแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์อัมพาต) ตามนิยามของกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁰⁾ และแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้ จำนวน 12 ข้อ ที่มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80 จากการใช้สูตรของ Kuder-richarson (KR-20) การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom⁽²¹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 33 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ หากค่าความเชื่อมั่นได้ .83 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best⁽²²⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ หากค่าความเชื่อมั่นได้ .88 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best⁽²²⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ

วิธีการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการจัดกิจกรรมผู้วิจัยเน้นให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยดำเนินการตามแนวทางของ Kemmis & Mc Taggart⁽¹⁹⁾ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา 1) ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองจากทะเบียนการเข้ารับบริการ 2) ศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนากลุ่ม และสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรม 3) ศึกษาบริบทชุมชนที่เป็นปัจจัยเกื้อหนุนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติโดยผู้ร่วมวิจัยดำเนินการโดยนำปัญหา หรือความต้องการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง มาร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ออกแบบกิจกรรมและวิธีการ กำหนดผู้ดำเนินงาน และกรอบเวลาการดำเนินงานร่วมกัน

ระยะที่ 3 การปฏิบัติตามแผนตามแนวทางที่ออกแบบอย่างมีส่วนร่วม ระยะนี้มีการสังเกตการณ์ และสะท้อนผลการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ทำให้นำไปสู่การปรับเปลี่ยน และปรับปรุงวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะที่ 4 การประเมินผล เป็นการประเมินกระบวนการการปฏิบัติงาน และการประเมินผลลัพธ์จากการทดลองใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ ศร 0530.11/1213 ลงวันที่ 10 มิ.ย. 2558 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิทุกขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 การศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์พื้นที่ในการศึกษา คือ หมู่บ้านในเขตตำบลเหนือเมือง 8 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 78 คน ส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 61.17 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 38.82 จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ข้อมูลการสนทนากลุ่ม พบปัญหาและความเชื่อมโยงเครือข่ายการจัดการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีข้อจำกัด เช่น การจัดบริการโดยหน่วยบริการสุขภาพมีข้อจำกัดในด้านเจ้าหน้าที่ การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาไม่ต่อเนื่อง เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น กู้ชีพสังกัดอปท.มีทักษะไม่เพียงพอในการประเมินและการออกเหตุ ดังคำพูดของผู้ปฏิบัติงาน “แม่ข่ายแจ้งมาก็ไปออกรับผู้ป่วยตามหน้าที่ แต่ไม่ทราบอาการไหนเร่งด่วน นอกจากคนไข้ที่ไม่รู้สึกตัว” อสม.ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ประชาชนขาดความตระหนักในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังคำพูด “ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสาเหตุได้ แต่ไม่ปฏิบัติตาม คิดว่ามันบ่เกิดหรอก คนเฮาดี ๆ อยู่สิเป็นโรคได้จั่งได้ ” ซึ่งผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระยะทดลองใช้รูปแบบ ส่วนใหญ่มีความรู้

ในระดับคิด เป็นร้อยละ 88.50 การรับรู้ความเชื่อในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 61.50 และ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 75.60

2. ระยะที่ 2 วางแผน โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แผนการดำเนินงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามข้อสรุปร่วมกัน

3. ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผน โดยชุมชนมีส่วนร่วม มีกิจกรรม ดังนี้คือ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อสม. ผู้ดูแล และผู้นำชุมชน 2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง 3)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้แบบแผนสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=78)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
ความรู้	11.70	.74	13.92	.31	-253.38	.00*
การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	50.55	4.19	59.89	1.97	-160.98	.00*
พฤติกรรมในการป้องกัน	16.00	2.16	21.06	2.10	-23.27	.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ กระบวนการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มทักษะความสามารถในการจัดการปัญหาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วย ภาคประชาชน ทีมสุขภาพองค์กรท้องถิ่น และองค์กรท้องถิ่น กระบวนการทำงานร่วมกัน ได้แก่ 1) การประเมินสถานการณ์ปัญหา 2) การวางแผนและออกแบบแก้ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม 3) การปฏิบัติการแก้ปัญหาตามแผนงานกิจกรรม และ 4) การประเมินผลสะท้อนข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงในวงรอบถัดไป

6. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการเยี่ยมบ้านเดิมนั้น มีแนวทางให้ อสม. ออกเยี่ยมบ้าน และไม่ได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง และได้ปรับแนวทางการเยี่ยมบ้านใน

ติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ร่วมกับ อสม. และ ผู้นำชุมชน

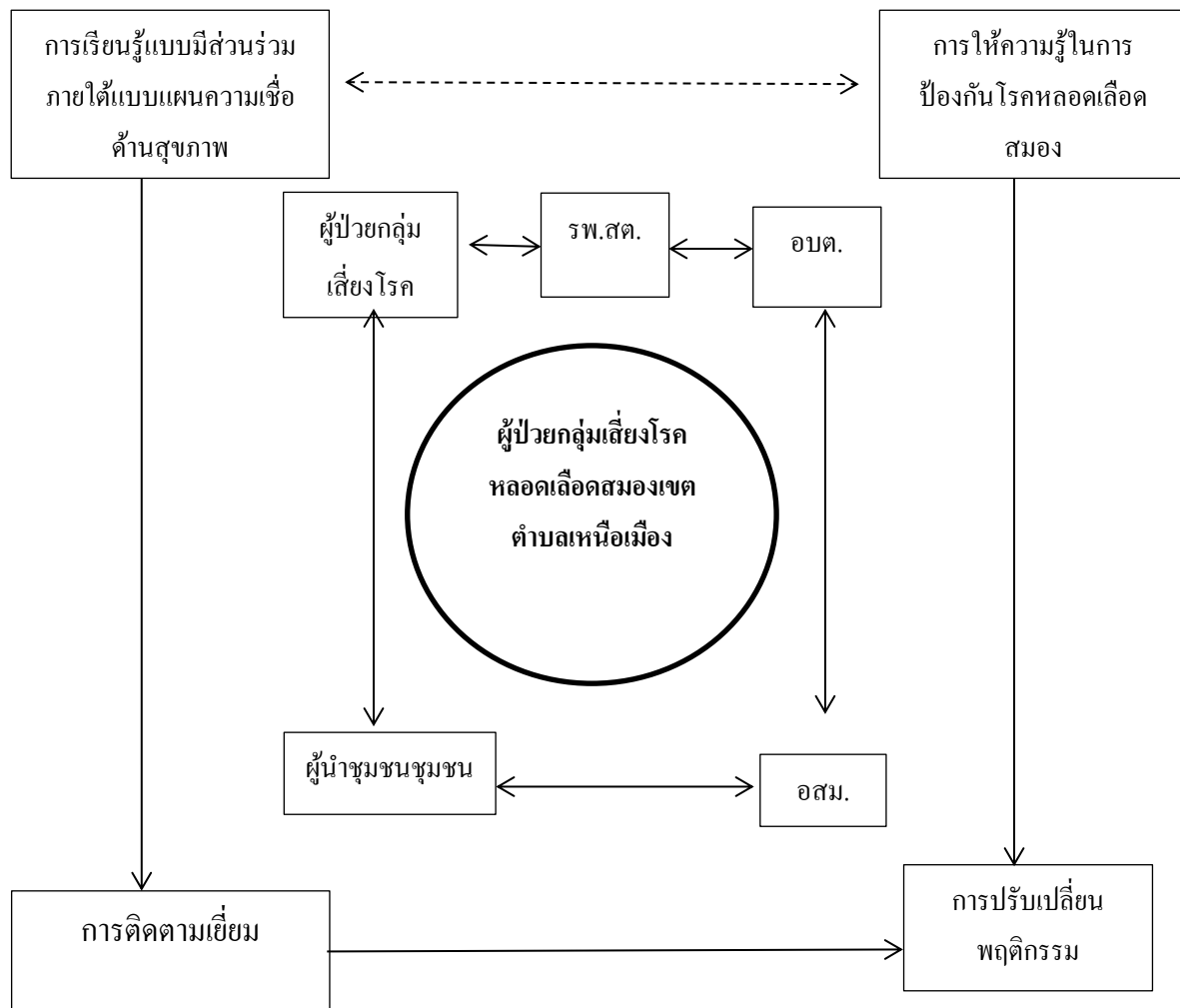
4. ระยะที่ 4 การประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ โดยการเยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหา และความต้องการในการป้องกันโรค ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. และพยาบาลวิชาชีพ โดยให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงผู้ดูแล และให้มีส่วนร่วมในการร่วมวางแผนในการป้องกันโรคเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ดูแล และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม เพื่อให้เกิดกำลังใจ และความมั่นใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พุดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งจากแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

ปฏิบัติการในการป้องกันโรค แก่ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน ร่วมออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอสม. และประเมินผลการป้องกันร่วมกัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและครอบครัวพอใจ และยินดีที่ให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน

พบว่าผู้ป่วยทั้ง 13 คน ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้หลังจากมีการความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปรุงอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่



- > หมายถึง เป็นสาเหตุ และผลต่อกัน ตัวแปรที่อยู่หัวลูกศรเป็นผล ตัวแปรที่อยู่ต้นลูกศร เป็นสาเหตุ
- <—> หมายถึง มีความสัมพันธ์กัน แบบธรรมดาไม่อาจกล่าวได้ว่าฝ่ายใดเป็นสาเหตุ ฝ่ายใดเป็นผล
- <- - - - -> หมายถึง ไม่ทราบความสัมพันธ์ ไม่อาจกล่าวได้ว่าฝ่ายใดเป็นสาเหตุ ฝ่ายใดเป็นผล

สรุปและการอภิปรายผล

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ในชุมชนครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดขั้นตอนในลักษณะวงรอบ ซึ่งดำเนินการ 1 วงรอบ⁽¹⁹⁾ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การ

สังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อให้แกนนำชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงานตามขั้นตอน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดแผนงานโครงการที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน ซึ่ง

มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา บริบทพื้นที่ กระตุ้นกิจกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb^(16, 17) ที่กล่าวว่าไว้ว่า วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ แม้บางคนจะชอบ / ถนัด หรือ มีบางองค์ประกอบมากกว่า เช่น เคยมีประสบการณ์จริง แต่ถ้าไม่ชอบแสดงความคิดเห็น หรือไม่นำประสบการณ์มาร่วมอภิปราย ผู้เรียนนั้น จะขาดการมีทักษะในองค์ประกอบอื่น ฉะนั้น ผู้เรียนควรมีทิศทางการเรียนรู้ทุกด้าน และควรมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจร จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ชูวงศ์⁽¹⁸⁾ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้ จากการประเมินผลหลังการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในเขตตำบลเหนือเมือง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน มีความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากได้รับความรู้ ร่วมกับการวางแผนชุมชนด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยเชื่อมโยงประสานให้แกนนำชุมชนได้ร่วมวิเคราะห์การดำเนินงาน แก้ไขปัญหาในรูปแบบกิจกรรมซึ่งของ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล⁽²³⁾ พบว่า การใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้สื่อทางสังคม การแจกแผ่นพับ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา ขอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี¹⁵ ผลของโปรแกรมสร้างพลัง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทำให้การรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือด

หลอดเลือด และการปฏิบัติเพื่อป้องกันเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลยา ทองชัย⁽²⁴⁾ การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดกิจกรรม ประกอบวิถีทัศน์ การสาธิต การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการแจกเอกสาร แผ่นพับ การเยี่ยมบ้าน พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในด้านความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ทั้งนี้ กระบวนการดำเนินงานมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ อสม. เข้มแข็ง, มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง, ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ความร่วมมือ, ผู้ดูแลให้ความร่วมมือ, มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีกิจกรรมดำเนินงานที่ชัดเจน ชุมชนที่ให้ความร่วมมือ สามัคคี ร่วมมือร่วมแรงกัน เห็นประโยชน์ และความสำคัญที่จะเกิดขึ้นในชุมชน มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการดำเนินกิจกรรม และดำเนินกิจกรรมตามความเหมาะสม ตามความสามารถ และบริบทของพื้นที่ ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมขององค์การอนามัยโลก^(25, 26) การสร้างการสร้างการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพในชุมชนให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม รัฐวงษา⁽²⁷⁾ พบว่า การที่ อสม. ได้รับการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะการดูแลทำให้ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย จากการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการเกิดการช่วยเหลือของกลุ่ม อสม. ระหว่างหมู่บ้าน โดยการเรียนรู้ร่วมกันในการวางแผนแก้ปัญหา และดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยร่วมกับผู้นำชุมชน และทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รักความสุข, ภาวนา กริธิยุวงศ์ และรัชณี สรรเสริญ⁽²⁸⁾ พบว่า การศึกษาสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในการดูแลสุขภาพของภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วยเรื้อรังมีความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว อสม.

กรรมการชุมชน และทีมสุขภาพเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช เพ็ชรร่วง, ปณิดา ปรีทยาคม และ วิโรจน์ ทองเกลี้ยง⁽²⁹⁾ พบว่าการมีระบบบริการ โดยการติดตามเยี่ยม และให้การพยาบาลที่บ้าน มีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างระบบบริการและภาคีเครือข่ายในชุมชน สามารถตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุม จะเห็นได้ว่ารูปแบบการพัฒนาป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ของชุมชนครั้งนี้ ส่งผลต่อการการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีการพัฒนา และเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดีขึ้น ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนองค์กรท้องถิ่น องค์กรปกครอง และทีมสุขภาพในชุมชน ต่อการทำงานงานกิจกรรม และนำแผนงานกิจกรรมไปปฏิบัติร่วมกันในชุมชน และทำให้เกิดการผสมผสานแนวคิดและบทบาทของทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดการร่วมมือกันในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน องค์กรประกอบเหล่านี้จึงเอื้อต่อการดำเนินงานที่จริงจัง และต่อเนื่อง ยั่งยืนต่อไปในชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ควรเลือกชุมชนที่มีความพร้อมในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะความพร้อมด้านบุคคล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการวิจัยครั้งนี้ทำให้การพัฒนาดีขึ้น สามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

2. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกลไกที่ช่วยให้แกนนำในชุมชน มีศักยภาพในการเฝ้าระวังป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมแก้ปัญหาสุขภาพ ทำให้มีแนวโน้มในการป้องกันเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น จาก

การศึกษาสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริม สนับสนุนให้แกนนำดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนจัดประชุม และอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มแกนนำ และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมด้านการป้องกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควรให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

4. หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรสร้างโอกาสแก่ชุมชนในการมีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันในการช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความตระหนักในชุมชน

5. ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแต่ละระดับในชุมชน ร่วมกันทั้ง รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวทางการประสานงาน และการส่งต่อ

6. การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนา โดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหามีสามารถ
กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้สนับสนุนทุนวิจัยที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จไปด้วยดี จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนงบประมาณ และกลุ่มงานวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดี ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute of Neurological Disorder and Stroke (NINDS, 2009). **What You Need to Know About Stroke.** [Electronic Versi] <http://stroke.nih.gov/materials/needtoknow.htm>. Retrieved March 2, 2014
2. Hickey, J. et al. (2009); Hauser & Josephsen. **Awareness of stroke risk and symptoms in diabetes patients.** Nursing Times. 110 : 32-33, 2010.

3. Jono, S.P. Jenkinson, A. J. Lealhley, M. J. and Watkins, C. L. **Stroke Knowledge and awareness : An integrative review of the evidence.** Age Ageing, 39(1); 11-22, 2010.
4. World Stroke Day. [online]. Available from: URL: [http://www. World stroke campaign.org/media/Pages/About World Stroke Day 2010. aspx](http://www.Worldstrokecampaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.aspx)). [cited 2015 Aug 9]
5. World Health Organization . **Prevention of Cardiovascular Disease : guideline for Assessment and Management of total Cardiovascular risk Geneva. 2016.**
6. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ รายงานประจำปี 2555. จำนวน และอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ปี 2552-2555. <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicabledisease-data.php>. ค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2557.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Awareness of stroke warning signs – 17 states and the U.S. Virgin Island, 2001.** MMWR Mortal Wkly Rep 2004 ; 53: 359-62.
8. Jones SP1, Jenkinson AJ, Leathley MJ, Watkins CL. **Stroke Knowledge and awareness: an intergrative review of the evidence.** Age Ageing 2010; 39: 11-22.
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด. **ข้อมูลสถิติสุขภาพผู้ป่วย และข้อมูลสถิติการ ตาย ปี พ.ศ.2557.**
10. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. **รายงานประจำปี 2554: Annual Report 2011.** กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกิจการองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2554.
11. Becker, M.H., & Maiman, L.A. **A new approach to explaining sick role behavior in low income population.** American of Public Health. (3): 330-3, 1975.
12. สุพร หุตากร. “การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของผู้ต้องขังที่สถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์.” วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2549.
13. จรินทร์ ดวงแสง. “ผลของการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นแผลเปปติกระวัง.” วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2551.
14. ศศิธรณ์ นนทะโมลี. “ผลการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว.” การศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.
15. รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี. “ผลของโปรแกรมสร้างพลัง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี.” วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 25 (2): 2554.
16. Kolb. 1984. **Experience Learning.** [online] From URL : [http : //www. Ospper.dk/ Speciale / book 35 html](http://www.Ospper.dk/Special/ book 35 html). [Accessed on September 26, 2014]
17. กรมสุขภาพจิต. **การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม.** กรุงเทพฯ:วงศักลม, 2544.
18. จิราภรณ์ ชูวงศ์. “ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง.” วารสารวิจัย ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 6(2) : 2555.
19. Kemmis, S. & Mc Taggart, M. (1992). **The Action research Planner.** from [http://academia.uat.edu.mx/pariente/DO/Lecturas/ The%20action%20research%20 planner.pdf](http://academia.uat.edu.mx/pariente/DO/Lecturas/The%20action%20research%20 planner.pdf). Retrieved March 2, 2014
20. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. **สักระบายปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550
21. Bloom BS. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning.** New York: David Macky, 1971.36.
22. Best, John W. **Research in Education.(3 rd ed).** New Jersey: Prentice hall Inc, 1971.

23. บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล. “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนสาราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ.” วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา. 17(2) 2554.
24. วัลลยา ทองย้อย. “การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น” วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ. 4(1) 37-49, 2556
25. World Health Organization. “Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services.” **Report of a WHO Study Group.** Geneva, World Health Organization, 1991 (WHO Technical Report Series, No. 809). 1991.
26. ชนิษฐา นันทบุตร. ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์. 2551.
27. อาคม รัฐวงษา. “การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย.” รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
28. สมพร รักความสุข, ภาวนา กิริยัตวงศ์, และ รัชนี สรรเสริญ. “สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลหนองซก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี.” วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 6(2): 11-28, 2556.
29. นงนุช เพ็ชรรุ่ง, ปณิดา ปรียทฤณ และ วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. “การศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน.” วารสารพยาบาลทหารบก. 14(1): 25-34. 2556

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of Palliative Care in in Yang Sisurat Sub-district, Mahasarakham province

กาญจนา จันทนุย์¹, พัทธมาศ คุณวงศ์², ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์³

Kanjana Chanthanui , Pucharmas Kunwong , Phadoongsit Chumnanborirak³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช มีวิธีการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปราชญ์ชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระภิกษุ ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 72 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลจากการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแล ขาดการเชื่อมโยงของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 2) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ประกอบไปด้วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มีการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เป็นหลักสูตร 2 วัน มีโครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน 3) การติดตามประเมินผล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใจกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย สามารถตัดสินใจในการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่นได้ มีภาคีเครือข่ายในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลวัดความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.52$) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.56$)

คำสำคัญ : การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

This research aimed to studying current situations facing and to develop of palliative care in Yang Sisurat Sub-district. The study was divided into 3 phases 1) Study of past problems and operations in palliative care in the community 2) Development of palliative care in community and 3) Evaluate the development of palliative care in the community. Participants in the study include: Terminally ill patients , caregivers, seniors, community leaders, community leaders, monks, village health volunteers, 72 people. The instruments employed in this study were included, focus group discussion, In-depth interviews, observations, and satisfaction assessments. Data were analyzed using mean, standard deviation, while the content analysis was used to interpret qualitative data.

The results of this study were: 1) Palliative care issues in the community found that caregivers of terminally ill patients. Lack of experience - Skill of Care Lack of connecting the network to care for the terminally ill. The lack of participation in planning patient care.2) The results of the development of Palliative care in the community include: A committee of palliative care in the community, Caregivers are trained in the community and this is a two day training course , There are home visitation programs by network partners and multidisciplinary teams. 3) Evaluation found that caregivers understand the process of patient care, can make decisions quickly and accurately. They can also transfer knowledge to others. There are networks involved in patient care planning. The satisfaction is at the highest level is to gain a better understanding of patient care ($\bar{X} = 4.52$) participation in patient care ($\bar{X} = 4.56$).

Keywords: Development of Palliative Care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(APN การพยาบาลชุมชน)โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

³ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้นั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย ปัญหาที่ตามมาไม่เฉพาะผู้ป่วยเหล่านี้เท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน แต่ยังรวมถึงครอบครัวและญาติจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของบุคคลในครอบครัวไปด้วย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะช่วยให้ผู้ป่วยครอบครัวและญาติ สามารถปรับตัวให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นพร้อมทั้งตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่ยังห่วงกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) มากที่สุด โดยการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) นี้ จะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการดูแลทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วะยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น โรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย³ ซึ่งการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถปรับตัวให้เผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นๆ พร้อมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมองและอยู่ระยะท้ายของชีวิตให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศกว่า 10,000 แห่ง จัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิต ทั้งใน โรงพยาบาลและ ที่บ้าน โดยสนับสนุนให้มีทีมไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้งร่างกาย จิตใจ

สังคมและจิตวิญญาณ ในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและบริบทสังคมไทย มีระบบการให้คำปรึกษาและประสานงานส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จิตวิญญาณ การดูแลดังกล่าวเป็นการประสานความร่วมมือในการดูแลแบบสหวิชาชีพ และที่สำคัญคือครอบครัวของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจในคุณค่า ความเชื่อ ภูมิหลังของผู้ป่วย บริบทของครอบครัว รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ห่วงใยและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังนั้นผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมและจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงประสานงานการส่งข้อมูล/แผนการดูแลทั้งระหว่างบุคคลและหน่วยงาน ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการสร้างระบบเครือข่ายบริการพยาบาล เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพิ่มโอกาสในการจัดการปัญหา เกิดการพึ่งพาซึ่งกันและกันและสุดท้ายเกิดอำนาจและพลังในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเป้าหมาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสบาย ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางทุกสิ่งให้เป็นไปตามธรรมชาติ จึงไม่ได้อยู่ที่การมีทีมดูแลให้สบาย (Palliative care team) หรือการมีสถานพยาบาลระยะสุดท้าย (Hospice) และยอมรับการตายและความตายตามธรรมชาติ ความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและหรือทางใจจะลดลง และมักจะทำให้เกิดความสุขสงบขึ้นในจิตใจคน อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวันและบทบาทหน้าที่ของตนเองเพิ่มจากภาระงานตามปกติ ครอบครัวจึงมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวช่วยกันฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคไปได้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล รวมถึงการลดภาระงาน

และกำลังคนได้อย่างมาก แต่การขาดผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ขาดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ชัดเจน รวมถึงขาดการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากรายงานโรงพยาบาลยางสีสุราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2555 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มทุกปี 15,18,22,28 ราย ตามลำดับจากการทบทวนการดำเนินงานพบว่า ขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการดูแล ขาดการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนการทำงานแบบต่างคน ต่างปฏิบัติ ด้านการสนับสนุน โรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่มีการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลและยังขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ด้านผู้ดูแลพบว่าไม่มีความพร้อมต่อการดูแล ไม่มีความรู้ในการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวไปที่บ้าน การดูแลเมื่อมีอาการ เจ็บปวดตามภาวะของโรค และการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย ดังนั้นในบทบาทบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงต้องจัดบริการให้สอดคล้องกับพื้นที่ ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนให้สอดคล้องกับคุณค่าความเชื่อ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม หลักศาสนา ช่วยให้ครอบครัวเตรียมพร้อมกับการจากไปของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบท่ามกลางแวดล้อมของบุคคลอันเป็นที่รัก การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตำบลยางสีสุราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตำบลยางสีสุราช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการในพื้นที่ ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยการคัดเลือกพื้นที่จากการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง **ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา** ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ได้สัมภาษณ์แบบเชิงลึก ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 คน แพทย์ พยาบาล เกษัชกร รวมจำนวน 8 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง 2) กลุ่มสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ชุมชนนับถือ (พ่อกระเจ้า) ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระภิกษุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวม 22 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง 3) กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ชุมชนนับถือ ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 42 คน 4) กลุ่มสังเกต (Observation) ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 32 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง 5) กลุ่มผู้ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 32 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องการอยากให้เกิดขึ้นในชุมชน และความพึงพอใจของกิจกรรมที่กระทำกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน
2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงชักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และความคิดเห็นเกี่ยวปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน
3. แบบสังเกต ใช้ในการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัยสังเกตตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการวิจัย
4. แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับการได้รับความรู้ความเข้าใจใน

การดูแลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ โดย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ

5. เพิ่มประวัติผู้ป่วย แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้พัฒนาคุณภาพเครื่องมือการวิจัยโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยสูตรการหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.80

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

แบ่งเป็นระยะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตำบลยางสีสุราช ดังนี้

1. สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดย สัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล นักวิชาการ เพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

2. สนทนากลุ่ม ตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ชุมชนนับถือ (พ่อกระเจ้า) ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระภิกษุ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และความต้องการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ มาสรุป วิเคราะห์เพื่อนำสู่การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยขึ้นขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ชุมชนนับถือ ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวแทนอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

2. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ได้มาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและวิธีดำเนินการอบรม โดยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และประชุมร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคณะผู้วิจัยเพื่อกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาความรู้และทักษะ โดยพร้อมกับกำหนดวิธีดำเนินการและกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ กำหนดคณะทำงาน วิธีการอบรม กิจกรรม และเนื้อหาของการอบรม

3. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง Symptom management ในระยะสุดท้าย จำนวน 32 คน หลังจากที่ได้การฝึกอบรมแล้วนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติงานในชุมชน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนดังนี้

1. การสังเกตแบบ ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เพื่อดูพฤติกรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลในครอบครัว เช่น ขณะติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พฤติกรรมการพูดคุยกันการดูแลซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วม พิธีกรรม ค่ำไฮ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เป็นต้น

2. จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาาภิเครือข่ายชุมชน เกี่ยวกับความรู้สึกร่วมกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะ

3. จากประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญ และเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปหาคำตอบที่เป็นวิธีการแก้ปัญหาตามวัตถุประสงค์ประมวลออกมาเป็นหลักการและรูปแบบของการปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลยางสีสุราชและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตำบลยางสีสุราช

1.1 ด้านบริบทชุมชน ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า คนในชุมชนมีความเชื่อว่าการตายเป็นการสูญเสียพลัดพรากและเป็นสิ่งอัปมงคล การตายที่บ้านวิญญูณของผู้ตายจะวนเวียนอยู่คอยดูแลคุ้มครองลูกหลาน หากช่วงใกล้ตายนำผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลก็จะทุกข์ทรมานจากการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเครื่องมือทางการแพทย์และตายอย่างไม่สงบ ในชุมชนตำบลยางสีสุราชได้เริ่มต้นมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ปี 2553-2555 ซึ่งพบว่า มีผู้เข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีกิจกรรม การแวะเยี่ยมเยือน สร้างบรรยากาศที่เอื้อให้ใจสงบ แนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ชุมชนมีความพึงพอใจกับกิจกรรมที่ทำ

1.2 ด้านการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายชุมชนของโรงพยาบาล พบว่า 1) กำหนดให้เป็นนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยกำหนดทีมผู้ดูแลประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล ทีมอาสาสมัครในชุมชน และมีการกำหนดกิจกรรมของทีมผู้ดูแล และกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลครอบคลุมทุกโรค แต่ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการทำกิจกรรมดังกล่าว 2) ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน อีกทั้งขาดประสบการณ์ ทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เน้นดูแลด้านร่างกายขาดการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวยังไม่ ครอบคลุมผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านขาดความต่อเนื่องและล่าช้า 3) ด้านรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ยังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการดูแล ขาดการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนการทำงานแบบต่างคน ต่างปฏิบัติ ด้านการสนับสนุน เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ในชุมชน งบประมาณ ด้านผู้ดูแลพบว่าไม่มีความพร้อมต่อการดูแล ไม่มีความรู้ในการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวไปที่บ้าน การดูแลเมื่อมีอาการ เจ็บปวดตามภาวะของโรค และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย 4) การมีส่วนร่วมของทีม พบว่า การประสานการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 5) การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล พบว่า การสนับสนุน ความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีระบบที่ชัดเจน เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ การประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนยังน้อย เช่น ญาติผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเช่าเหมารถรับจ้างเพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้านในราคาแพง และเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล

ผู้ป่วย 6) การดูแลครอบครัวตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว พบว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ชัดเจน ไม่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาพยาบาล การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม การดูแลในขณะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และภายหลังการเสียชีวิตแล้วยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน 7) ความต่อเนื่องในการดูแลพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาพยาบาล การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ชุดให้ออกซิเจนเตียงผู้ป่วย เป็นต้น

2. การนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยจัดประชุมระดมความคิดเห็น ได้ข้อสรุปดังนี้ 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ประกอบด้วย ภาาภิเครือข่ายชุมชนได้แก่พระภิกษุ ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางสีสุราช 2) มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน หลักสูตร 2 วัน โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับ การประเมินร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ การใช้วัสดุอุปกรณ์ การให้ยา การทำแผลกดทับและการดูแลอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยวันแรกเป็นภาคทฤษฎี วันที่ 2 ฝึกภาคปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยให้เกิดการเรียนรู้จริง ผู้เข้าอบรม จำนวน 32 คน หลังจากนั้นมีการนำไปทดลองใช้จริงในชุมชน 3) มีโครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยภาาภิเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และทีมสหวิชาชีพโดยดำเนินการในพื้นที่ของตำบลยางสีสุราช เกอการเรียนรู้และการทำงานเป็นทีมร่วมกัน 4) มีโครงการดูแลด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วยและญาติ คือ การต่ออายุต่อชะตาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยภาาภิเครือข่ายชุมชน

3. ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ดังรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การ

ได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{x} = 4.52$) และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{x} = 4.56$)

3.2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมีความประทับใจในการดูแลและเกิดกำลังใจที่จะมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ และมีความสุขพ้องกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“ขอเช็ดตัวเปลี่ยนเสื้อผ้า ป้อนข้าวเช็ดให้นมให้ผลไม้มั”

“พอเหนื่อยน้อย...งูงเขาเข้าห้องน้ำ เวลาว่าถ่ายนั้นแหละ ถ้าเี่ยว(ปัสสาวะ)ให้เี่ยวใส่ปองบนนี้(บนเตียง) เขาช่วยตัวเองไม่ได้”

“ก็จะไปคุยแล้วบอกว่าพ่อเจ็บมากมัยจะหายากัปวดให้กิน ถ้าได้พูดคุยก็จะช่วยลิมความเจ็บปวดได้บ้าง”

3.3 ผลการสังเกตหลังการฝึกอบรมเสร็จเรียบร้อยแล้ว 2 เดือน ได้สังเกตตามประเด็น ดังนี้ ดูแลเรื่องความสบายทั่วไป เช่น การเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการนอนหลับพักผ่อน การช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากยิ่งขึ้น มีการดูแลด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยนำความเชื่อของบริบทชุมชนเข้ามาในการดูแล จนเกิดพิธีกรรมต่างๆ เกิดขึ้น เช่น พิธีต่อชะตา การทำพิธีค้าโพธิ์ ค้าไฮ เพื่อให้ชะตาชีวิตยืนยาวหรือพ้นจากชะตาขาด การนิมนต์พระมาเทศน์ เพราะเชื่อว่าเป็นการตัดบาปกรรมให้กับผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และการบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามความเชื่อ ขอให้หายจากการเจ็บป่วย

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช ที่ดำเนินการโดยทีมผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลในชุมชน ทีมสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีการดำเนินงานโดยชุมชนเกือบทั้งหมดโดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่บ้าน โดยการให้ความรู้และฝึกอบรมให้ผู้ดูแลเกิดทักษะจะส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของผดุงศิษฏ์ชำนาญบริรักษ์ (2557)⁴ พบว่า การฝึกอบรมและให้ความรู้จะ

ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะและเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ให้กรณีผู้ป่วยไม่ยากที่จะจากบ้านของตนไปไหน ทีมผู้ดูแลเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วมในการอยู่เป็นเพื่อนของผู้ป่วยที่บ้านหรือไปสลับกับญาติที่ดูแลประจำเข้าไปให้กำลังใจ รับฟังปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยอ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟังบ้าง สวดมนต์ การทำพิธีกรรมต่ออายุ คำโพธิ์ คำไฮ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจผู้ป่วย ซึ่งเป็น ภูมิปัญญาเดิมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ รวมถึงส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการประเมินผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ดูแลเพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จัดทำขึ้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับพระไพศาล วิสาโล (2547)² ที่กล่าวว่าระบบการดูแลในชุมชนน่าจะเป็นระบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการสาธารณสุขในประเทศไทย เพราะเข้าได้กับวัฒนธรรมของน้ำใจไมตรีของประชาชนได้เป็นอย่างดี และการศึกษาของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์(2550)¹ ที่กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของโรคนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนเองและให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการวางแผนการรักษาให้มากที่สุด มิฉะนั้นการรักษาพยาบาลก็จะเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานเหตผลจากความปรารถนาดีของผู้ดูแลคนไข้ แต่มิใช่

ความปรารถนาของผู้ป่วยเองกำลังใจของผู้ป่วยนั้นเป็นยาขนานวิเศษที่มีความจำเป็นที่สุดในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บทุกชนิด ในทางพระพุทธศาสนาถือว่าความสงบของจิตใจ คือยาอายุวัฒนะที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุปทิน รุ่งอุทัยศิริ (2551)⁷ และของกรมการแพทย์แผนไทย(2549) ที่พบว่าความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีหลายอย่างประกอบกัน เช่น การได้ฟังธรรมะในหมวดที่ตนเองสนใจ การได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ไม่มีสิ่งใดกวนจิตใจ การได้ใช้ชีวิตของตนอย่างที่ชอบ การที่ได้พูดคุยกับคนที่ตนเองอยากที่จะพูดคุยด้วย หรือการทำสมาธิจิตภาวนา ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม สภาพจิตใจ และอุปนิสัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ให้เกิดเป็นแหล่งเรียนรู้ และฐานการเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. องค์การส่วนท้องถิ่น ควรมีส่วนร่วมให้มีการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพกันเองเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือการเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร, 2550.
2. พระไพศาล วิสาโล. การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. เครือข่ายพุทธิกา. กรุงเทพฯ, 2549.
3. พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงศ์. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่. บริษัทจุดทองจำกัด. กรุงเทพฯ, 2558.
4. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. “การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม”. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 24 (3) : 132-142, 2557.
5. โรงพยาบาลยางสีสุราช. สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลยางสีสุราช (เอกสารอัดสำเนา). มหาสารคาม : (ม.ป.ป.)
6. สายพิณ หัตถิรัตน์. หลักการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังอย่างมีความหวัง. พิมพ์ครั้งที่ 2. หมอชาวบ้าน. กรุงเทพฯ, 2549.
7. อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2 (2) : 1021- 1030, 2551.

แนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน

สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

THE HAPPINESS DEVELOPMENT GUIDELINES IN PERFORMANCE OF NON-COMMISSIONED POLICE OFFICERS UNDER THE METROPOLITAN POLICE BUREAU, ROYAL THAI POLICE HEADQUARTERS.

ปิยวรรณ คิดการ¹, ศิวัช ศรีโกตางกุล²

Piyawan Kidkarn¹, Siwach Sripokangkul²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้รูปแบบการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความสุขในการปฏิบัติงาน 2) เพื่อศึกษาสาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน และ 3) เพื่อหาแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และมีอายุงาน 5 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ในการศึกษาเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์ ในการศึกษาเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีการถอดความจากการสัมภาษณ์และรายงานผลด้วยการพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71.9 และเพศหญิง ร้อยละ 28.1 ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 34.4 ปี สถานภาพส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 52.3 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 64.7 ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุงานเฉลี่ยอยู่ที่ 10.5 ปี ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดอยู่ในตำแหน่งผู้บังคับหมู่ (ผบ.หมู่) สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล กลุ่มงานส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติ คือ กลุ่มงานป้องกันและปราบปราม คิดเป็นร้อยละ 35.6 รายได้สุทธิต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 12,501 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.7 2) ระดับความสุขในการปฏิบัติงาน ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีระดับความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.42$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านความรักในงานมีค่ามากที่สุด และจากการสัมภาษณ์ข้าราชการตำรวจยังพอมีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่บ้างแต่ไม่มากเท่าใดนัก พอๆ กับความสะดวกราบรื่นในการปฏิบัติงานที่บ่อยครั้งเกิดความขัดข้องในการปฏิบัติงาน 3) สาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนมีระดับสาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$) โดยปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ ความไม่ชัดเจนในคำสั่งของผู้บังคับบัญชา ส่วนสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมาย และ 4) แนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มี 2 แนวทาง คือ แนวทางการพัฒนาด้วยตนเอง ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนร่วมงาน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การเรียนรู้และทำความเข้าใจในลักษณะงานใหม่ๆ การทำใจยอมรับกับแรงกดดันและผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น และการตั้งใจปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลงานอันเป็นที่พึงพอใจ ส่วนอีกแนวทางหนึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาที่ขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานและผู้บังคับบัญชา ได้แก่ การจัดสวัสดิการอย่างเหมาะสม จัดหาอุปกรณ์ที่พอเพียงและมีคุณภาพสำหรับการปฏิบัติงาน หน่วยงานควรสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้เกิดความสามัคคีในหมู่ผู้ปฏิบัติงาน ความเอาใจใส่และความชัดเจนในการสั่งการของผู้บังคับบัญชา

คำสำคัญ: แนวทางการพัฒนา, ความสุขในการปฏิบัติงาน, สาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด, ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน กองบัญชาการตำรวจนครบาล

¹ นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ประจำวิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract

This research emphasized on studying the happiness development guidelines in performance of non-commissioned police officers under the Metropolitan Police Bureau, Royal Thai Police Headquarters. This studying is survey research, the methods employed in this research were quantitative and qualitative analysis. The research had the objectives to: 1) study the level of satisfaction towards the work; 2) identify the causes and issues that contributed to the stress at work; 3) determine the framework for the development of the satisfaction of non-commissioned officers in the Metropolitan Police Bureau at the Royal Thai Police. The sample used in this research comprised of non-commissioned officers in the Metropolitan Police Bureau at the Royal Thai Police with at least five years of employment. Quantitative questionnaires and qualitative interviews were used as an instrument for data collection. Meanwhile, the quantitative analysis was conducted using descriptive statistics, including maximum value, minimum value, frequency, percentage, and mean. Alternatively, the qualitative analysis involved the transcription of interviews and provision of a descriptive report.

According to the results, it was evident that: 1) the majority of the respondents were male (71.9%) and the minority were female (28.1%). The respondents had an average age of 34.4 years old. Most of them were single (52.3%) and had completed a Bachelor's Degree (64.7%). Moreover, the average duration of employment across all respondents was 10.5 years. Meanwhile, all of the respondents were in the position of a squad leader in the Metropolitan Police Bureau. The most common unit of operations was the prevention and suppression sub-division (35.6%). Most of the respondents had a net monthly income in the range of 12,501-15,000 Baht (30.7%); 2) the non-commissioned officers in the Metropolitan Police Bureau at the Royal Thai Police had a high level of satisfaction towards the work ($\bar{X} = 3.42$). Upon consideration based on various aspects, it was apparent that the aspect of the love for their job had the highest value. According to the interview, the non-commissioned officers were satisfied with their work to some extent, which was similar to the aspect of the smoothness of the operations that were often hampered; 3) the non-commissioned officers had a moderate level in terms of the causes and issues that contributed to the stress at work ($\bar{X} = 3.28$). The most common issue that led to stress was the type of the assigned work. Meanwhile, the most common cause of stress was the ambiguity of the order instructed by the supervisor; and 4) the framework for the development of the satisfaction of non-commissioned officers in the Metropolitan Police Bureau at the Royal Thai Police can be categorized into two ways, comprising of self-development, such as participating in activities with colleagues, helping each other, learning and understanding new types of work, accepting pressure and the obtained work results, and committing to the work to attain satisfactory performance. Alternatively, the other developmental tool was based on requesting for the support from the unit and the supervisor, such as providing appropriate welfare, as well as adequate and quality equipment for the operations. The unit should instill morale in the operating officers and promote unity and teamwork. Likewise, the supervisor should be attentive and instruct clear orders.

Keyword: development guidelines, happiness in performance, causes and problems of stress, non-commissioned police officers under the Metropolitan Police Bureau.

บทนำ

ในปัจจุบันโลกาภิวัตน์ได้เข้ามามีบทบาทและความสำคัญเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียในหลายด้าน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง รวมไปถึงระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อม ผลของโลกาภิวัตน์ทำให้เขตแดนระหว่างพื้นที่สลายไปจนกลายเป็นพื้นที่ไร้พรมแดน หลายสิ่งหลายอย่างเกิดการพัฒนา ปรับตัว และเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต ทำให้เศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม

และสิ่งแวดล้อมเกิดการผสมผสานเชื่อมโยงกันอย่างไม่มีการสิ้นสุด และนำมาซึ่งความเอารัดเอาเปรียบเพื่อให้เกิดผลประโยชน์อย่างมหาศาล⁽¹⁾ โลกาภิวัตน์ Globalization เป็นกระบวนการภายในภาวะสังคมที่แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงและไหลเวียนอย่างมีความสัมพันธ์ และเกิดความสอดคล้องกับค่านิยมของปัจเจกบุคคลในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม⁽²⁾ ผลที่เกิดขึ้นจากการแพร่กระจายนอกจากจะส่งผลให้บริบทภายนอกต้องรับมือและเกิดความเปลี่ยนแปลงเพื่อความอยู่รอดแล้ว การประสานความ

ร่วมมือเชิงบูรณาการเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความยั่งยืนมากขึ้น มนุษย์ซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิตที่สำคัญที่สุดก็ต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงด้วยทั้งในสังคมและองค์กร ในองค์กรทรัพยากรมนุษย์ถือได้ว่าเป็นทรัพยากรทางการบริหารที่มีความสำคัญที่สุด สามารถพัฒนาได้ทั้งทักษะ สมรรถนะ และความรู้เพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรนอกจากจะเป็นผู้ปฏิบัติงานแล้ว ยังเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย วางแผน และสร้างสรรค์แนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ขององค์กร ดังนั้นการส่งเสริมและให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่ทุกองค์กรจำเป็นต้องดำเนินการ ผลของโลกาภิวัตน์ทำให้หลายองค์กรหันมาแข่งขันด้านทุนมนุษย์มากขึ้น แตกต่างจากอดีตที่องค์กรมุ่งพัฒนาและแข่งขันด้านเงินทุน อย่างดูเผินๆ การหันมาให้ความสำคัญและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรให้มีความสุขกับการทำงานเป็นสิ่งที่แต่ละองค์กรกำลังให้ความสนใจเพื่อส่งผลให้องค์กรเกิดความก้าวหน้าและการพัฒนา ซึ่งการพัฒนาให้ทรัพยากรมนุษย์มีความสุขกับการทำงานไม่ได้ทำให้เกิดภายในความคิดเท่านั้น แต่องค์กรต้องพัฒนาให้มีความสุขในการทำงานแทรกซึมลงไปจิตใจของบุคลากร และจะต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการและการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม⁽³⁾ การส่งเสริมให้ทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรเกิดความสุขในการปฏิบัติงาน และเมื่อทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรนั้นเกิดความสุขในการปฏิบัติงานแล้ว จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและอยากช่วยให้องค์กรปฏิบัติงานได้สำเร็จในระดับที่สูงขึ้น เกิดความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมใหม่ๆ และเกิดผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น วินโฮเฟิน (Veenhoven, 1997) ได้กล่าวว่า ความสุข (Happiness) หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือพึงพอใจในเกี่ยวกับชีวิต อันเป็นผลมาจากการประเมินว่ามีความชอบในการใช้ชีวิตของตนเองมากน้อยเพียงใด และผลที่เกิดขึ้นจากความสุขก็ยังส่งผลให้เกิดผลที่ดีต่อไปอีกในอนาคต⁽⁴⁾ ความสุขถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อทรัพยากรมนุษย์เป็นอย่างยิ่งและเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับการไม่มี

ความสุขหรือความเครียด แต่ในปัจจุบันทรัพยากรมนุษย์เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานในอัตราที่สูงขึ้นมากกว่าความสุข อันเป็นสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขันสูง การขาดการมีส่วนร่วมและสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การเอาเปรียบซึ่งผลประโยชน์ และในอนาคตคาดการณ์ว่าความเครียดในการปฏิบัติงานของมนุษย์จะเกิดอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นไปอีก อาชีพหนึ่งที่เกิดได้อย่างชัดเจนว่าบุคลากรเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน คือ อาชีพตำรวจ องค์กรตำรวจเป็นส่วนราชการหนึ่งที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของนายกรัฐมนตรี เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ในปัจจุบันปริมาณงานที่มีจำนวนเยอะและขอบเขตงานที่กว้างแต่ข้าราชการตำรวจมีปริมาณน้อย ทำให้การปฏิบัติงานไม่เกิดความครอบคลุม บ่อยครั้งเกิดความผิดพลาด เกิดการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อน ทำให้เกิดภาระงานในหน้าที่ที่หนักขึ้น เกิดความกดดันในการปฏิบัติงาน ทำให้ไม่ยอมรับผิดชอบงานที่เกินภาระหน้าที่สาเหตุและปัจจัยหลายประการทำให้ข้าราชการตำรวจผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียด ไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เกิดผลเสียและความบกพร่องในการปฏิบัติงานตามมา จากการเก็บสถิติการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีสาเหตุมาจากความเครียด พบว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2556 มีจำนวนมากถึง 155 นาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี ชั้นยศที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ชั้นนายดาบ สายงานที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ สายงานอำนวยและจราจร กองบัญชาการที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ กองบัญชาการตำรวจภูธรภาค 9 ตำรวจภูธรภาค 3 และกองบัญชาการตำรวจนครบาล นอกจากนี้อัตราการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ตำรวจยังถูกคาดการณ์ว่าจะมีอัตราที่เพิ่มสูงมากขึ้นทุกปี สาเหตุสำคัญที่เป็นเหตุให้เกิดการฆ่าตัวตายมาจากเรื่องงาน การเงิน และเรื่องส่วนตัว⁽⁵⁾ ตัวอย่างเหตุการณ์การฆ่าตัวตายจากหลายเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นให้เห็นบ่อยครั้งสามารถเป็นตัวชี้วัดได้ว่า ข้าราชการตำรวจเกิดความเครียดและไม่ได้มีความสุขทั้งในการปฏิบัติงานและในการดำเนินชีวิต การ

พัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุขในการปฏิบัติงานและเกิดแรงจูงใจอยากปฏิบัติงานมากขึ้น ส่งผลให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งไว้ ดังนั้นการศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางช่วยให้ข้าราชการตำรวจสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เกิดแนวคิด การสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน และเกิดการบรรลุผลตามเป้าหมายขององค์กรที่ตั้งไว้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
2. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัญหาที่มีผลให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
3. เพื่อหาแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเรื่อง แนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งเป็นการศึกษาโดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสม (Mixed Method) ทั้งการศึกษาในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อวัดระดับความสุขในการปฏิบัติงาน ระดับสาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน หาแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงาน และการศึกษาในเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อ

ความสุขในการปฏิบัติงาน สาเหตุและปัจจัยที่มีผลให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน และแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงาน การศึกษาทั้งสองแบบมุ่งให้ผลที่ได้รับสามารถตอบวัตถุประสงค์ในการศึกษาได้อย่างครอบคลุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวนทั้งสิ้น 13,813 นาย แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามการศึกษาได้ 2 แบบ คือ

การศึกษาในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) กลุ่มตัวอย่างในเชิงปริมาณมาจากประชากรจำนวน 13,813 นาย เมื่อนำมาคำนวณตามสูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาร์โรว์ ยามาเน่ แล้ว จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 388 นาย และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีอายุการทำงาน 5 ปีขึ้นไป

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) กลุ่มตัวอย่างในเชิงคุณภาพ คือ ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล ที่มีอายุงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 38 นาย โดยคิดมาจาก 10% ของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การศึกษาแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ

เชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 คำถามที่ใช้วัดระดับความสุขในการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 3 คำถามที่ใช้วัดระดับสาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงาน

เชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์ (Interview) เป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยเป็นการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face-to-face interview) และมีคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงาน สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน และแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงาน

โดยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดคำถามในแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เมื่อได้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้นแล้ว ผู้ศึกษานำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เสนออาจารย์และผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหาในการศึกษาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบกับข้าราชการตำรวจชั้นประทวนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และนำผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และจัดทำในรูปแบบสมบูรณ์เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS มาเป็นเครื่องมือ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean) ซึ่งในส่วนการวัดระดับความสุขสาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน เป็นการวัดความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถาม มีการแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและทำการหาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจออกมาแล้ว จะนำค่าเฉลี่ยที่ได้มาแปลความหมายกับเกณฑ์การให้คะแนนจากการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น คือ

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.8\end{aligned}$$

ซึ่งแปลความหมายในแต่ละช่วงค่าคะแนน ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 แปลว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 แปลว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 แปลว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 แปลว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 แปลว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

และมีการรายงานผลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบการอธิบาย

ส่วนเชิงคุณภาพมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถอดความจากบทสัมภาษณ์ และรายงานผลการศึกษาด้วยการพรรณนาออกมาเป็นความเรียง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 297 นาย คิดเป็นร้อยละ 71.9 และเพศหญิง จำนวน 109 นาย คิดเป็นร้อยละ 28.1 มีอายุเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 34.4 ปี อยู่ในสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 52.3 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 64.7 ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมีอายุงานเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 10.5 ปี ตำแหน่งและสังกัดของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดอยู่ในตำแหน่ง ผู้บังคับหมู่ (ผบ.หมู่) และสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล กลุ่มงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มงานป้องกันปราบปราม คิดเป็นร้อยละ 35.6 และส่วนใหญ่มีรายได้สุทธิต่อเดือนอยู่ที่ 12,501 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.7

2. การศึกษาระดับความสุขในการปฏิบัติงานพบว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการ

ตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก โดยในด้านความรักในงาน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านความสำเร็จในงาน การติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน การเป็นที่ยอมรับของผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และความสำคัญที่มีต่อผู้ปฏิบัติงานตามลำดับ ถึงแม้ว่าข้าราชการตำรวจชั้นประทวนจะมีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่บ้างแต่ก็ไม่ถึงกับมากนัก พอๆ กับความสะดวกราบรื่นในการปฏิบัติงาน บางครั้งเกิดความขัดข้องอยู่บ้าง ซึ่งส่วนที่ช่วยให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงานมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ความร่วมมือร่วมใจกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน การได้รับการดูแลและความเอาใจใส่จากผู้บังคับบัญชา

3. การศึกษาสาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน พบว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีสาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานมีค่ามากที่สุด เช่น ความไม่ชัดเจนในคำสั่งของผู้บังคับบัญชา ผลการปฏิบัติงานที่ไม่ประสบผลสำเร็จ และความกดดันในการปฏิบัติงาน ส่วนสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานมีค่ารองลงมา เช่น ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมาย สวัสดิการที่ได้รับ และความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน สังกัดได้ว่าในปัจจุบันข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน คือ กำลังพลที่ไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน ความไม่ชัดเจนและความซ้ำซ้อนในคำสั่งการของผู้บังคับบัญชา ความไม่พร้อมและไม่พอเพียงของอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน สวัสดิการที่ได้รับ และแรงกดดันจากภายนอกในการปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่ทำให้ข้าราชการตำรวจเกิดความเครียดและความกดดันในการปฏิบัติงาน

4. การศึกษาแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน พบว่า แนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีแนวทางการพัฒนาได้ 2 แนวทาง คือ แนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานด้วยตนเอง และแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานจากการขอรับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและหน่วยงาน แนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานด้วยตนเอง เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนร่วมงาน การเรียนรู้และทำความเข้าใจกับงานในลักษณะใหม่ๆ การทำใจยอมรับกับภาระงานและผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น และการตั้งใจปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ออกมาดีที่สุด เพื่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งต่อตนเองและผู้บังคับบัญชา ส่วนแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานจากการขอรับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและหน่วยงาน เช่น อยากให้มีการจัดสวัสดิการที่มีความเหมาะสม การจัดอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างพอเพียง มีคุณภาพ และมีความพร้อมใช้ในการปฏิบัติงาน การจัดกำลังพลให้มีความสอดคล้องกับปริมาณงาน และคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานจากความสามารถเป็นหลัก มีการจัดอบรมและฝึกทักษะในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ จัดให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามัคคีและสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และอยากให้มีความชัดเจนในการสั่งการ ซึ่งแนวทางการพัฒนาเหล่านี้จะเป็นส่วนช่วยให้ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เกิดความสุขในการปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

สรุปได้ว่าในปัจจุบันข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก แต่ความสุขที่ว่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยครั้งและไม่อยู่ในระดับที่มากนัก ซึ่งสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงาน คือ ความรักในงาน การติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่มีการช่วยเหลือกัน มีความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับการดูแลและความเอา

ใจใส่จากผู้บังคับบัญชา ส่วนสาเหตุและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ ความไม่ชัดเจนในคำสั่งของผู้บังคับบัญชา และสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน คือ ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมาย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานได้อีก เช่น กำลังพลที่ไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน ความไม่พร้อมและไม่พอเพียงของอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และแรงกดดันจากภายนอกในการปฏิบัติงาน และแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานที่สำคัญที่ได้ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานด้วยตนเอง ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนร่วมงาน การเรียนรู้และทำความเข้าใจในลักษณะงาน ปลอ่ยกวางและทำใจยอมรับกับผลที่เกิดขึ้น และตั้งใจปฏิบัติงานให้ดีที่สุด ส่วนแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานจากการขอรับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและหน่วยงาน ได้แก่ การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม การจัดอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานให้มีความพร้อมและเพียงพอ การบริหารจัดการกำลังพลให้สอดคล้องกับปริมาณงาน การจัดฝึกอบรม การจัดให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามัคคี และความชัดเจนในการสั่งการของผู้บังคับบัญชา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นการแสดงออกถึงความต้องการและเพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าว ส่งผลให้ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนเกิดความสุขในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น และสามารถเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้องค์กรเกิดการพัฒนาดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาพบว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนมีความสุขในการปฏิบัติงานในระดับมาก แต่บางครั้งก็ไม่ได้มีความสุขมากนัก สาเหตุของการมีความสุขในการปฏิบัติงานมาจากการร่วมมือร่วมใจกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน และปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงาน คือ ผู้นำหรือผู้บังคับบัญชา⁽⁶⁾ แต่จากการศึกษา

พบว่า ผู้นำหรือผู้บังคับบัญชาเป็นสาเหตุและปัจจัยส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานได้อีกด้วย ซึ่งการสั่งการที่ไม่มีความชัดเจนและเกิดความซ้ำซ้อน ทำให้ผู้บังคับบัญชาหรือผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดความพึงพอใจทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติงาน ส่วนแนวทางการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานที่พบจากการศึกษามี 2 แนวทาง คือ แนวทางที่สามารถพัฒนาได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนร่วมงาน การร่วมมือร่วมใจกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การเรียนรู้และทำความเข้าใจกับงานในลักษณะใหม่ๆ และการตั้งใจปฏิบัติงานให้เป็นอย่างดี และอีกแนวทางหนึ่งเป็นการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานและผู้บังคับบัญชา ได้แก่ การจัดสวัสดิการให้มีความเหมาะสม การจัดอุปกรณ์ที่มีความพร้อมและเพียงพอในการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการกำลังพลให้สอดคล้องกับปริมาณงาน มีการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานจากความรู้ความสามารถ มีการจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะในด้านต่างๆ ตามที่ วินโฮเฟิน (Veenhoven) ได้กล่าวไว้ว่า แนวทางการพัฒนาความสุขสามารถกระทำได้หลายวิธี ซึ่งวิธีการหนึ่งคือการนำวัฒนธรรมมาจัดกิจกรรมฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะและความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความต้องการของผู้ปฏิบัติงานทั้งสิ้นเพื่อที่จะได้รับการตอบสนอง และเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการแล้วจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจและความสุขตามหลักจิตทางเศรษฐศาสตร์⁽⁷⁾ แนวทางการพัฒนาความสุขเหล่านี้เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุขในการปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้น เกิดความพึงพอใจและขวัญกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน⁽⁸⁻⁹⁾

ดังนั้น แนวทางการพัฒนาความสุขของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเป็นแนวทางที่เป็นความต้องการของข้าราชการตำรวจและต้องการที่จะได้รับการตอบสนอง เพื่อให้ข้าราชการตำรวจผู้ปฏิบัติงานเกิดขวัญกำลังใจที่ดี เกิดความพึงพอใจ และเกิดความสุขใน

การปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้น อันจะส่งผลให้หน่วยงานเกิดการ พัฒนา และสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษพบว่าระดับความสุขในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนยังไม่มีความสุขในการปฏิบัติงานในระดับมากที่สุด เป็นผลเนื่องมาจากความพึงพอใจในสวัสดิการที่ได้รับ ความไม่เข้าใจในลักษณะของงานที่ได้รับมอบหมาย ความไม่ชัดเจนในคำสั่งการของผู้บังคับบัญชา ความไม่พร้อมและเพียงพอของอุปกรณ์และงบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุขในระดับที่สูงขึ้นผู้บังคับบัญชาควรให้ความสนใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นข้างต้น นอกจากนี้แนวทางการพัฒนาที่พบจากการศึกษาเป็นแนวทางอย่างหนึ่งที่หน่วยงานและผู้บังคับบัญชาควรให้ความสนใจ ซึ่งจะช่วยให้ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนสามารถปฏิบัติงานได้

อย่างมีความสุขมากขึ้น เกิดแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และส่งผลต่อผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร

2. จากผลการศึกษานักวิชาการและผู้บังคับบัญชาควรส่งเสริมให้สมาชิกผู้ปฏิบัติงานได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดความสามัคคี ร่วมมือร่วมใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะทำให้ผลของความสามัคคีนำการปฏิบัติงานไปสู่ความมีประสิทธิภาพได้มากขึ้น นอกจากนี้ หากสมาชิกในทีมมีความร่วมมือร่วมใจ เต็มใจที่จะช่วยเหลือกันในการปฏิบัติงาน สามารถส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุขในการปฏิบัติงานมากขึ้นอีกด้วย

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงานร่วมด้วย เพื่อเข้าถึงรายละเอียดของระดับความสุขในการปฏิบัติงานให้มากขึ้น

4. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในหน่วยงานอื่นขององค์กรตำรวจ เพื่อหาความแตกต่างของผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. เสกสรรค์ สนาว. การพัฒนาบุคลากรแนวใหม่ : ผลลัพธ์ที่มีต่อองค์กร. <http://www.stou.ac.th/study/sumrit/>. สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2559.
2. แมนเฟร็ด, สเตเกอร์. โลกาภิวัตน์ : ความรู้ฉบับพกพา. แปลจาก Globalization : a very short introduction. แปลและเรียบเรียงโดย วรพจน์ วงศ์กิจรุ่งเรือง. โอเพ่นบุ๊กส์ กรุงเทพฯ, 2555.
3. บำรุง สารบุตร. “พัฒนาคนในองค์กรให้มีความสุขกับการทำงาน”. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. 5 : 45-56, 2552.
4. ถักนาคัม มณีศรี, และวัชรารักษ์ เฟงจิตต์. นิยามความสุข. <http://www.stjohn.ac.th/University/Guidance/>. สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2559.
5. โรงพยาบาลตำรวจ. รายงานสถิติโรงพยาบาลตำรวจเกี่ยวกับความเครียดของข้าราชการตำรวจ. โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพฯ, 2557.
6. รวมศิริ เมนะโพธิ. เครื่องมือวัดการทำงานอย่างมีความสุขกรณีศึกษา นักศึกษาภาคพิเศษ ระดับปริญญาโทสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สารนิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพัฒนทรัพยากรมนุษย์และองค์กร, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2550.
7. นภาพรณ พิพัฒน์. เปิดโลกความสุข GNH. มติชน กรุงเทพฯ, 2550.
8. ปฎิภาณ บุญมั่งมี. ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจร ศูนย์การจราจร ตำรวจภูธรจังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.
พระราชบัญญัติตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2547.
9. รุ่งนภา ขุนหรรษชัย. แนวทางการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข “ศึกษาจากกรณีศึกษา”. การศึกษาอิสระบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต วิทยาลัยบัณฑิตศึกษากิจการ มหาววิทยาลัยขอนแก่น, 2556.

การพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใน จังหวัดบึงกาฬ

A Model for Development of Work Performance Efficiency of patient psychiatry superintendent in Beungkan Province

จริญญา สุรารักษ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1) แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4 ตัวแปร ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.46 ความสามารถในการทำงานเป็นทีมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.29 การรับรู้บทบาทมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -2.28 และการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.40 2) รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 10 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ กิจกรรมระดมสมองอย่างไม่แห่งความคิด การทำงานร่วมกันเป็นทีม เรียนรู้การพัฒนานักดูแลและทีมงาน บทบาทและหน้าที่ การแสดงบทบาทสมมติ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การแสดงพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร กิจกรรมพี่เลี้ยง และกิจกรรม 5 ส. 3) หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ แล้วเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความฉลาดทางอารมณ์ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การรับรู้บทบาท และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานโดยรวมและ เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ABSTRACT

This action research aimed to (1) study factors affecting work performance efficiency of patient psychiatry superintendent in Beungkan Province, (2) formulate a development model of work performance efficiency of patient psychiatry superintendent in Beungkan Province, and (3) implement and evaluate the developed model of work performance efficiency. The research procedures were divided into 3 stages. In the first stage, it was a quantitative research, The researcher investigated factors which directly and indirectly affected work performance efficiency of patient psychiatry superintendent in Beungkan Province. In the second stage, the researcher constructed the development model of work performance efficiency of patient psychiatry superintendent in Beungkan Province. In the third stage, the researcher implemented the model.

The major findings revealed the followings: 1) The developed causal factors showed harmony with the empirical data. Four causal factors with direct effects on work performance efficiency of the patient psychiatry superintendent in Beungkan Province were found including emotional intelligence, team working, role perception, and organizational citizenship behavior. 2) The development model of work performance efficiency consisted of 10 activities : emotional intelligence assessment, brainstorming, team working, life position, role and duty, role playing, organization citizenship, organization citizenship behavior, mentor s activity, and 5S activities 3) The patient psychiatry superintendent in Beungkan Province showed higher work performance efficiency as a whole and in 2 aspects : service and support than before implementation of model at the .05 level of statistical significance.

Keywords: A Model for Efficiency Practice Development of of patient psychiatry superintendent in Beungkan Province in Beungkan Province

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลปากคาด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

บทนำ

การทำงานด้านสุขภาพในปัจจุบันซึ่งเป็นยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) มีการแข่งขันใน การทำธุรกิจด้านสุขภาพด้วยองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และจากสภาพเศรษฐกิจและบริบทสังคมของทุกประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้มีการแข่งขันกันสูงทั้งในด้านธุรกิจสุขภาพ และด้านการบริการ โดยทุกองค์กรต่างเน้นการผลิตสินค้าและการให้บริการ ที่มีคุณภาพ อีกทั้งความรวดเร็ว และวิธีการของการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง ความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างสูงสุด ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐ หรือเอกชน ต่างเรียนรู้ที่จะพัฒนาและปรับตัวปรับปรุงองค์กรของตน ทั้งในด้านคุณภาพ และการจัดการเพื่อสร้างศักยภาพในการแข่งขันและการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน⁽¹⁾ ดังนั้น องค์กรธุรกิจเอกชนส่วนใหญ่ที่ประสบความสำเร็จในปัจจุบันล้วนเป็นผลจากการปรับปรุงองค์กรให้มีความยืดหยุ่น มีการเรียนรู้ถึงวิธีการทำงานแบบใหม่ ๆ ที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของลูกค้า หรือผู้รับบริการที่ปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา คุณภาพการบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญและถูกนำมากล่าวถึงอย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ⁽²⁾ และในหลาย ๆ วิธีที่นำมาสู่ความสำเร็จขององค์กร ก็คือ การอาศัยการทำงานเป็นทีมงานที่มีความพร้อมเพียง และประสานการทำงานเป็นอย่างดี เพื่อสร้างความพึงพอใจและตอบสนองความต้องการ ดังนั้น ผู้บริหารจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของผู้ให้บริการ โดยเน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อส่งมอบการบริการที่มีคุณภาพ การทำงานเป็นทีมจึงสามารถพัฒนาบุคลากรให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ตนเองปฏิบัติ ตลอดจนสนใจที่จะเป็น สมาชิกของหน่วยงาน อันจะทำให้หน่วยงานได้รับผลงานสูงทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ⁽³⁾ และการทำงานเป็นทีมยังช่วยให้งานดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป้าหมายได้จากการตกลงร่วมกันของสมาชิกทั้งหมดของทีม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในทีมสูงทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน สมาชิกมีส่วน

ร่วมในการตัดสินใจ สามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในการทำให้ทีมงานประสบความสำเร็จ⁽¹⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นด่านแรกสุดที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้องค์กรให้บริการด้านสุขภาพที่ได้รับผลความพึงพอใจสูงสุด และมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการด้านสุขภาพขององค์กรคุณภาพของการให้บริการจึงเป็นหัวใจหลักของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการให้บริการที่เป็นเลิศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนได้มีการพัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพให้กับองค์กรมาตลอด เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ที่มิชอบพบต่อการให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและโรงพยาบาลชุมชน ด้วยเหตุนี้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องมีความรู้ ความสามารถสูง มีการรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีความฉลาดทางอารมณ์ รู้เขารู้เรา เข้าใจเพื่อนร่วมงาน และลูกค้าหรือผู้มารับบริการ จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความสามารถในการทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท การมีความฉลาดทางอารมณ์ ตลอดจนการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร และมีบรรยากาศของหน่วยงานที่ดี จะส่งผลต่อคุณภาพในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ เพื่อนำข้อค้นพบดังกล่าวมาสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ตลอดจนนำรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้และประเมินผลการทดลองใช้ต่อไป เพื่อ

ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ให้ดีขึ้น ตลอดจนสร้างความเจริญต่อระบบสุขภาพ สังคม และระบบเศรษฐกิจของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อสร้าง “รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) พื้นที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ 8 อำเภอคือ อำเภอเมืองบึงกาฬ อำเภอปากคาด อำเภอโซ่พิสัย อำเภอพรเจริญ อำเภอศรีวิไล อำเภอเซกา อำเภอบึงโขงหลง อำเภอเบญจล้ำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 206 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เมษายน 2560 – สิงหาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มประชากรที่ใช้สำรวจหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 206 คน 2) ประชากรในพื้นที่ทดลอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอปากคาด จำนวน 23 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 206 คน⁽²⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิจัยระยะที่ 1 แบบสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ
2. การวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของร่างรูปแบบพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ สำหรับผู้เชี่ยวชาญ
3. การวิจัยระยะที่ 3 เครื่องมือวิจัย ได้แก่รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ และแบบสอบถามพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่ ด้านบริการ และด้านสนับสนุน

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ โดยการสร้างแบบจำลองผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ที่มีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเป็นตัวแปรผลลัพธ์ มีปัจจัยเชิงสาเหตุ 5 ปัจจัย คือความฉลาดทางอารมณ์ การทำงานเป็นทีม การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การรับรู้บทบาท และบรรยากาศของหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 206 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.80

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ โดยผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ไปสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 25 คนมาร่วมกันวิพากษ์ และนำผลการเสนอแนะมาปรับปรุง และประเมินรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในจังหวัดบึงกาฬ เป็นเวลา 3 เดือน กับกลุ่มทดลองคือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่ อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 23 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติ การวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างโดยใช้โปรแกรม LISREL

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใน จังหวัดบึงกาฬตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากที่สุด คือ ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.46 รองลงมา คือ ปัจจัยการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.40 ลำดับต่อมา ปัจจัยการทำงานเป็นทีม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.29 และ ปัจจัยการรับรู้บทบาท ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ -0.28

2. ผู้วิจัยได้นำเอาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยความสามารถในการทำงานเป็นทีม ปัจจัยการรับรู้บทบาท และปัจจัยการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มาพัฒนาเป็นรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

เวชในจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนา 10 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ กิจกรรมระดมสมองต้นไม้แห่งความคิด การทำงานร่วมกันเป็นทีม เรียนรู้การพัฒนาบุคคลและทีมงาน บทบาทและหน้าที่ การแสดงบทบาทสมมติ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การแสดงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร กิจกรรมพี่เลี้ยง และกิจกรรม 5 ส.

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบพัฒนาประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ เพื่อพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ โดยใช้ 10 กิจกรรม มีประสิทธิผล

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ จำแนกตามระยะเวลา

ประเด็น	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ความสามารถในการทำงานเป็นทีม	23	3.55	0.33	4.64	0.68
2. ความฉลาดทางอารมณ์	23	3.80	0.39	4.54	0.62
3. การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร	23	3.73	0.51	4.71	0.65
4. การรับรู้บทบาท	23	3.67	0.44	4.68	0.66
5. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน	23	3.65	0.49	4.60	0.61

ผลการทดสอบพบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความฉลาดทางอารมณ์ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การรับรู้บทบาท และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนตัวแปรก่อนและหลังการดำเนินการที่ละตัวแปรตามรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ

ตัวแปรตาม	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
1. ความสามารถในการทำงานเป็นทีม	13.609	1	13.609	58.358*	.000
2. ความฉลาดทางอารมณ์	6.260	1	6.260	17.986*	.000
3. การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร	10.869	1	10.869	30.247*	.000
4. การรับรู้บทบาท	11.570	1	11.570	44.264*	.000
5. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน	10.360	1	10.360	37.666*	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่าปัจจัยความสามารถในการทำงานเป็นทีม ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ปัจจัยการการรับรู้บทบาท และประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน มีค่า Significant ที่ระดับ .000 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่าการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ทั้ง 5 ด้าน ก่อนและหลังการดำเนินงานรูปแบบพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าตัวแปรที่ส่งผลต่อความสำเร็จการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากที่สุด คือ ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.46 รองลงมา คือ ปัจจัยการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.40 ลำดับต่อมา ปัจจัยการทำงานเป็นทีม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.29 และ ปัจจัยการรับรู้บทบาท ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวม เท่ากับ 0.28 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเอาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน มาพัฒนาเป็นรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนา 10 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินความฉลาดทางอารมณ์ กิจกรรมระดมสมอง ค้นหาแหล่งความคิด การทำงานร่วมกันเป็นทีม เรียนรู้การพัฒนาบุคคลและทีมงาน บทบาทและหน้าที่ การแสดงบทบาทสมมติ การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การแสดงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร กิจกรรมที่เลี้ยงและกิจกรรม 5 ส. และนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ผลจากการพัฒนาพบว่า

ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ สอดคล้องกับแนวคิดของ วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี

(2542 : 50) ⁽⁴⁾ ที่ได้กล่าวถึงความสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ว่า เป็นความสามารถทางอารมณ์ของบุคคลที่เป็นปัจจัยของการทำงานให้ประสบความสำเร็จอย่างมีความสุขและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดี ความฉลาดทางอารมณ์เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ตลอดชีวิต โดยหลักการสำคัญคือการพัฒนาจิตของตนให้มีสติ มีระบบ และมีพลังก่อนเมื่อบุคคลสามารถรู้จักตนเอง ควบคุมได้ พัฒนานตนเองอยู่เสมอ บุคคลจะสามารถพัฒนาความสามารถในการทำงานและสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น สอดคล้องกับ สุขสยาม อนันตสายนนท์ (2544 : 32-36) ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาอิทธิพลของลักษณะส่วนบุคคล เขวามารมณ์ระดับบุคคล และกลุ่มที่มีผลต่อประสิทธิภาพของทีม พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันจะมีประสิทธิภาพของทีมงานแตกต่างกัน โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ระดับบุคคลสูงมีประสิทธิภาพการทำงาน สูงกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ระดับบุคคลปานกลางและต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี สุกปลั่ง (2543 : 20-23) ⁽⁶⁾ ได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานส่วนหน้าในโรงแรม พบว่า พนักงานที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงจะมีโอกาสเป็นผู้ให้บริการที่ดีสูงเป็น 4.2 เท่า ของผู้ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ปานกลาง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน และในการศึกษาของ ไพบุญ อินทิสันท์ (2544 : 85) ⁽⁷⁾ พบว่า พนักงานที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีพฤติกรรมการทำงานบริการสูงกว่าพนักงานที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ

ปัจจัยความสามารถในการทำงานเป็นทีม มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณฤดี เชาวศรีกุล (2544 : 16-18) ⁽⁸⁾ ที่ พบว่า ความสามารถในการทำงาน ความยืดหยุ่นของทีม ความหลากหลายในบทบาทและบุคลิกภาพควบคุมตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล สอดคล้องกับ อัจฉรา สืบสงัด (2540 : 38) ⁽⁹⁾ ที่ได้สรุปปัญหาการทำงานเกี่ยวกับบุคลากรทางการพยาบาลไว้ ดังนี้ 1) ความไม่ชัดเจนในบทบาทของสมาชิกในทีม 2) ขาดเป้าหมายในการทำงาน 3) ขาดความร่วมมือในการทำงานของสมาชิกในทีม 4)

ขาดมนุษยสัมพันธ์ เมื่อมีปัญหาความขัดแย้งกัน ไม่มีการประชุมปรึกษาหารือกัน 5) ขาดความรู้ในการเป็นผู้นำทีม 6) ในการทำงานเป็นทีม ไม่มีการวางแผนการทำงาน และ 7) การประเมินผลและปรับปรุงงาน

การรับรู้บทบาทหน้าที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ สอดคล้องกับแนวคิดของ ยศวรรณ พิพัฒน์ศิริผล (2547 : 104)⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การรับรู้บทบาทเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับ ไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบ (2533 : 95)⁽¹¹⁾ หากบุคคลขาดความชัดเจนในการรับรู้บทบาท ก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของตนเองในการปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ อย่างมั่นใจ ด้วยขาดความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมที่ตนแสดงออกมานั้นเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายได้ ซึ่งเป็นผลให้บุคคลมีความพึงพอใจในงานลดลง ในที่สุดก็เบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับ กิบสัน ไอแวนชีวิช และ คอนเนลลี⁽¹²⁾ ได้จำแนกความขัดแย้งเกี่ยวกับบทบาทแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) ความขัดแย้งภายในผู้กำหนดบทบาท (Intersender Conflict) โดยมีผู้กำหนดบทบาทเพียงคนเดียว แต่มีพฤติกรรมสนองความต้องการจากงานที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งไม่สอดคล้องกัน 2) ความขัดแย้งระหว่างผู้กำหนดบทบาท (Intersender Conflict) เกิดขึ้นเมื่อพฤติกรรมการทำงานที่คาดหวังไว้ของผู้กำหนดบทบาทคนหนึ่งขัดหรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้กำหนดบทบาทอีกคนหนึ่ง 3) ความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่กำหนดให้ (Interrole Conflict) เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลหนึ่งมีอยู่หลายบทบาท แต่ละบทบาทที่มีอยู่นั้นจะเกี่ยวกับความคาดหวังที่แตกต่างกันของบุคคลหรือเพื่อนร่วมงาน 4) ความขัดแย้งในบทบาทของผู้ครองตำแหน่ง (Job Incumbent Role) เกิดขึ้นเมื่อผู้ครองตำแหน่งนั้น พยายามที่จะให้ผู้อื่นได้ปฏิบัติต่อตัวเอง ในลักษณะที่สอดคล้องกับภาพหรือสิ่งที่เขาคิดเกี่ยวกับตนเอง ถ้าพฤติกรรมที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับความคิดเกี่ยวกับตน บุคคลก็จะต่อต้านพฤติกรรมที่คนอื่นคาดหวัง หรือก่อให้เกิดความ

ขัดแย้งในบทบาทของบุคคลอื่นหรือในตำแหน่งของตนเองได้

พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดบึงกาฬ ผลของพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร มีความสำคัญทางบวกต่อความพึงพอใจในงาน ซึ่งส่งผลให้เกิดความเต็มใจที่จะร่วมมือกับระบบขององค์กร ด้านของผลการปฏิบัติงาน พบว่า พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และผลการปฏิบัติงาน และมีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลาวัลย์ พร้อมสุข (2544 : 33)⁽¹³⁾ ที่พบว่า พนักงานที่มีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรมีแนวโน้มที่จะถูกผู้บังคับบัญชาประเมินว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานได้ดีกว่า สอดคล้องกับแนวคิดของ ออร์แกน⁽¹⁴⁾ มีลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นบทบาทพิเศษ (Extra Role) นอกเหนือจากการทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เป็นการตัดสินใจกระทำด้วยตัวเอง ไม่ตระหนักถึงผลตอบแทนขององค์กร และสนับสนุนส่งเสริมให้การทำงานที่ในองค์กรมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร เป็นตัวแปรที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมตามบทบาท จึงควรมีการศึกษาวิจัยในการสร้างหลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร โดยอาจพัฒนาที่ตัวพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรโดยตรง หรือการพัฒนาทางอ้อม โดยผ่านตัวแปรเชิงสาเหตุ การรับรู้บทบาท และการทำงานเป็นทีม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.วิญญู วิทยาบำรุง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ดร.คำไฟ พลสงคราม ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ดร.ฉลอง นาคแสน สาธารณสุขอำเภอปากคาด นางสาววิไลลักษณ์ จำพันธ์นำ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลปากคาด ในการสนับสนุนการทำงานในครั้งนี้ และให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนทำให้ผลงานในครั้งนี้

สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย การสนับสนุน ทำให้ผลงานในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้
จิตเวชในอำเภอปากคาดทุกคนที่เป็นกลุ่มทดลองและให้ ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถพร นกราวงศ์. ผลของการใช้แบบจำลองในการพัฒนาการทำงานในทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการบริการของทีมการพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2546.
2. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทาง พยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
3. สุพล วิงสินธุ์. หลักในการพัฒนาบุคคล. ในวารสารแนะแนว; 2533.
4. วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี. การพัฒนาสติปัญญาทางอารมณ์เพื่อความสำเร็จในการทำงาน. ในวารสารพฤติกรรมศาสตร์; 2542.
5. สุสยาม อนันตสายนนท์. อิทธิพลของลักษณะส่วนบุคคล เชื้อชาติอารมณ์ระดับบุคคลและกลุ่มที่มี ผลต่อประสิทธิภาพของทีม. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2544.
6. ฉัตรฤดี สุกปลั่ง. ผลของบุคลิกภาพและเชื้อชาติ อารมณ์ที่มี ต่อคุณภาพของการให้บริการตามการ รับรู้ของ หัวหน้างานของพนักงานส่วนหน้า ของโรงแรมชั้นนำในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและ องค์การ บัณฑิต วิทยาลัย : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2543.
7. ไพบุญย์ อินทิสันห์. ความฉลาดทางอารมณ์ ค่านิยมใน การทำงานและลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานบนสายการ บินไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2544.
8. วรณฤดี เชาว์ศรีกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพความสามารถในการทำงานความหลากหลายในบทบาทและความยืดหยุ่นของทีมกับ ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
9. อัจฉรา สืบสงค์. ผลของกระบวนการกลุ่มต่อการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
10. ยศวรรณ พิพัฒน์ศิริผล. ปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักใน โรงพยาบาลของรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิต วิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2541.
11. ไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความท้าทายในการปฏิบัติงานของครูประถมศึกษาในภาคกลาง. ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ บัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการศึกษา : มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2533.
12. Gibson, James L., Lvankevich, John M., & Donnelly Jr, James H. (1991). **Organization : Behavior Structure and Processes**. Plano, Texas : Business; 1991.
13. ลาวัลย์ พร้อมสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีต่อการจัดการกับความ พึงพอใจในงานและผลการปฏิบัติงานของ พนักงานกลุ่มบริษัท มินิแบ(ประเทศไทย). วิทยานิพนธ์ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมบัณฑิต วิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2544.
14. Organ, Dennis W. **Organizational Citizenship Behavior : It's Construct Clean- Up Time**. Human Performance; 1997.

การพัฒนาารูปแบบพื้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นและเยาวชน

Development Area Model of Community Participation for prevention and solving of The Youths

วิริติ ปานศิลา¹Wirat Pansila¹

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการนี้ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบพื้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นและเยาวชน ดำเนินการวิจัยใน 2 พื้นที่ ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ ทำการศึกษารูปแบบพื้นที่ในตำบลโนนคูณ อำเภอโนนคูณ และจังหวัดมหาสารคาม ศึกษาในพื้นที่ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม ในระหว่างเดือน มกราคม 2558 – กันยายน 2559 ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการ เชิงปฏิบัติ (Practical Action Research) 5 ขั้นตอน และ 7 กิจกรรม ผู้ร่วมวิจัยได้แก่ ผู้มีส่วนได้เสียกับประเด็นวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่ เก็บข้อมูลเชิงคุณลักษณะจากกระบวนการถอดบทเรียนแต่ละกิจกรรม ทำการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปโดยวิธีอุปนัยและหลักสามเส้า

ผลการวิจัย พบว่า จังหวัดศรีสะเกษ มีรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม โดยเลือกใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) สถาบันพระปกเกล้า ในการดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้มีการพัฒนาหรือคิดค้นวิธีการใหม่ นำมาใช้ในการสร้างเสริมกระบวนการกลุ่ม โดยได้ผ่านการทดสอบและปรับปรุงให้ดีขึ้นจากวิธีการเดิม มีกิจกรรมในการวิจัยทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงจากการวิเคราะห์ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้พัฒนางานและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงมีการบูรณาการกิจกรรมร่วมกับบริบทของชุมชนเดิม ส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ และ มีการพัฒนาารูปแบบ ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน ขั้นตอนสังเกตและประเมินผล รวมทั้งการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) และการประเมินผล โครงการและการถอดบทเรียนตามแนวคิดเชิงระบบในขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ สำหรับจังหวัดมหาสารคาม มีรูปแบบการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม มาใช้ในการร่วมอภิปราย ประชุมเชิงปฏิบัติการ วางแผนเชิงปฏิบัติการ เปิดโอกาสให้เยาวชนและผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่กระบวนการตัดสินใจ กระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนโครงการ และวิธีการทำงาน ทำให้เยาวชนและผู้มีส่วนได้เสีย มีความสำคัญ ยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เกิดความตระหนักในการร่วมรับผิดชอบร่วมกัน ทำให้เกิดรูปแบบการแก้ปัญหาที่ยอมรับร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: วิจัยปฏิบัติการ วัยรุ่นและเยาวชน การมีส่วนร่วม เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม

Abstract

This Action research was study on the development model of community participation areas in preventing and solving problems of adolescents and youth. Research in two areas, Sisaket Province in Tambon Non Ko, Amphoe Non Koon and Maha Sarakham province in Tambon Chuenchom, Amphoe Chuenchom. The study was conducted during the period from January 2015 to September 2016, using 5 types of practical action research and 7 research activities. Joint researcher was stakeholders on youth and youth issues in the area. Characteristic data collected from each lesson-taking process. Content analysis Conclusions by inductive and triangulation methods.

The result showed that the Province. There is a pattern of engagement creation. By using Technology of Participation, King Prajadhipok's Institute to carry out community involvement. Have developed or invented a new way. Used in group reinforcement. It has been tested and improved from the original method. There are research activities that address the real problems of data analysis. It is an opportunity for researchers to develop their work and to find solutions to problems that exist on the basis of reality, integrating activities with the context of the original community. This resulted in the successful operation and development of the model, including the planning stage. Planned Action Stage Observation and evaluation Including the After Action Review (AAR) and project evaluation, and lesson learned as a systematic approach to reflection. For Maha Sarakham. There is a model for using community participation processes by applying participatory technology. Used to discuss the problem. Workshop, Action plan, opportunity for stakeholders to be involved. Since the decision-making

process Policy process Project planning and how it works make communities and stakeholders important to be happy to participate. Feel ownership Raise awareness of shared responsibility. This leads to a continuously accepted solution model.

Keywords: Action research, Teenagers and youth, Participation, Technology of Participation

บทนำ

เยาวชนเป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาประเทศชาติที่มีความสำคัญยิ่ง ในปัจจุบันปัญหาของวัยรุ่นและเยาวชนที่มีความรุนแรงมากขึ้น วัยรุ่นและเยาวชนถือว่าเป็นช่วงวัยที่สำคัญช่วงหนึ่งของทุกคนเนื่องจากเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กมาเป็นผู้ใหญ่ หากวัยรุ่นดังกล่าวมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีก็จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีอนาคตและประสบความสำเร็จในการเรียน การงานและชีวิตต่อไป แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสียหาย ก็มักจะส่งผลกระทบต่ออนาคตในวัยผู้ใหญ่เช่นกัน ในปัจจุบันปัญหาของวัยรุ่นและเยาวชนที่มีความรุนแรงมากขึ้น เช่น อุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของวัยรุ่นเป็นอันดับแรก ซึ่งคร่าชีวิตของวัยรุ่นประมาณ 4,000 คนต่อปี การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นชายเท่ากับ 12.2 ปี วัยรุ่นหญิงเท่ากับ 12.3 ปี และมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคูรักโดยไม่มีการป้องกัน ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ และในกลุ่มนี้มีร้อยละ 30 จบการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง ร้อยละ 14 รายงานว่าเป็นการแท้งเอง ร้อยละ 56 มีการคลอดบุตร ร้อยละ 25 มีการตั้งครรภ์ซ้ำภายในสองปี แม้วัยรุ่นคิดฆ่าตัวตายระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดร้อยละ 12⁽¹⁾ นอกจากนี้ การใช้เวลากับสื่อมากเกินไป 6-7 ชั่วโมงต่อวัน โดยใช้เพื่อการศึกษาเพียงร้อยละ 14 ก็ทำให้เกิดปัญหาเด็กติดเกม เข้าเว็บไซต์ไป ดูสื่อลามก เข้าถึงการบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือยและวัตถุอันตราย⁽²⁾

การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาในเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้ต้องให้ชุมชนพึ่งพาตนเองในด้านต่าง ๆ ได้ ซึ่งจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนาให้มากที่สุด การมีส่วนร่วมควรด้วยความสมัครใจและตั้งอยู่บนพื้นฐานความเสมอภาค ทำให้บุคคลชุมชน เกิดความรู้สึกว่าตนเองได้ลงทุน มีความผูกพัน และอุทิศพลังทุกอย่างเพื่อให้งานประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ความเข้มแข็งของชุมชน สามารถทำให้คนในชุมชน รวมทั้งองค์กรทุกภาคส่วนในชุมชน ได้ร่วมคิด ร่วมทำร่วมแก้ปัญหา

โดยชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน ได้อย่างแท้จริง⁽³⁾

พื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดศรีสะเกษ ต่างมีปัญหาระบาดของวัยรุ่นและเยาวชนไม่ต่างจากพื้นที่อื่น ๆ^(4,5) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้รับการประสานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส) ให้เป็นที่เลี้ยง หรือที่ปรึกษาให้กับโครงการที่ได้รับทุนในการแก้ปัญหาวัยรุ่นและเยาวชนในสองจังหวัดนี้ จึงได้ลงพื้นที่และเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยปฏิบัติการในฐานะผู้สนับสนุนภายนอก ได้ทำการออกแบบและร่วมกิจกรรมวิจัย ประกอบด้วย การประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียกับเด็กและเยาวชนทั้งสองพื้นที่ มีการร่วมกิจกรรมทำความเข้าใจในปัญหา กิจกรรมการวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และร่วมปฏิบัติการพิจารณาหา รูปแบบที่เหมาะสม และกิจกรรมการสรุปและประเมินผล รวมทั้งการรวบรวมผลวิจัยทั้งสองแห่งเข้าด้วยกัน และทำการเปรียบเทียบเชิงคุณลักษณะของทั้งสองพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพัฒนารูปแบบพื้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นและเยาวชน ในอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ และอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เชิงปฏิบัติ (Practical Action Research)⁽⁶⁾ (Kemmis, Stephen, McTaggart, Robin, Nixon, Rhonda, 2014) ในพื้นที่ 2 จังหวัด คือ จังหวัดศรีสะเกษ ทำการศึกษารูปแบบในตำบลโนนคูณ อำเภอโนนคูณ และจังหวัดมหาสารคาม ศึกษาในพื้นที่ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มกราคม 2558 – กันยายน 2559 **ผู้ร่วมวิจัย** ประกอบด้วย นักวิจัยหลัก ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยคือนักวิจัยในพื้นที่ ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ คือ นางกมลรัตน์ จูมลีมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.โนนคูณ อำเภอโนนคูณ และคณะ ซึ่งประกอบด้วยเยาวชนและผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ สำหรับจังหวัดมหาสารคาม คือ นายชาติ ยะวร

นักวิชาการสาธารณสุข รพสต.ชั้นชม อำเภอชั้นชม และคณะ ซึ่งประกอบด้วยเยาวชนและผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ เช่นเดียวกัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เชิงปฏิบัติ (Practical Action Research) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน และ 7 กิจกรรมการวิจัย ดังนี้

ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย (1) กิจกรรมการร่วมพิจารณาความสมบูรณ์ของโครงการทั้งสองพื้นที่ เพื่อให้สามารถสร้างการมีส่วนร่วมสำหรับผู้มีส่วนได้เสียและเยาวชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง (2) กิจกรรมการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) และการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ให้ทีมวิจัยและคณะทั้ง 2 ทีม (3) กิจกรรมการติดตามเข้าร่วมประชุมกับผู้มีส่วนได้เสียทั้งสองพื้นที่

ขั้นวางแผน ประกอบด้วย กิจกรรมการติดตามสนับสนุนการทำแผนแบบมีส่วนร่วมทั้งสองพื้นที่

ขั้นปฏิบัติการ ประกอบด้วย กิจกรรมการร่วมปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม

ขั้นสังเกต ประกอบด้วย กิจกรรมการติดตามการสรุปผลกิจกรรมการปฏิบัติ

ขั้นสะท้อนผล ประกอบด้วย กิจกรรมการสัมมนาสรุปผลของรูปแบบทั้งสองพื้นที่

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้เทคนิคการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติ (AAR) การสนทนอย่างมีส่วนร่วม (ORID Method) และการประยุกต์การประเมินผลโครงการเชิงระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) และการสรุปแบบอุปนัย (Inductive) และยืนยันความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ด้วยหลักสามเส้า (Triangulation Technique)

ผลการวิจัย

1. ผลการร่วมพิจารณาความสมบูรณ์ของโครงการทั้งสองพื้นที่ เพื่อให้สามารถสร้างการมีส่วนร่วมสำหรับผู้มีส่วนได้เสียและเยาวชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง พบว่า แต่ละพื้นที่มีวิธีการพัฒนา หรือขึ้นโครงการที่เหมือนและต่างกันในบางประเด็น กล่าวคือ พื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ได้ความสมบูรณ์

ของโครงการออกมาใน เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชน กรณีศึกษา : บ้านโนนคูณ-โนนคำ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ขณะที่พื้นที่จังหวัดมหาสารคามได้ความสมบูรณ์โครงการออกมาใน เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ตำบลชั้นชม อำเภอชั้นชม จังหวัดมหาสารคาม ที่เหมือนกันคือ ทั้งสองโครงการมีกิจกรรมตั้งแต่ขึ้นโครงการ ในลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เชิงปฏิบัติ (Practical Action Research) และมีความต่างในเนื้อหาของกิจกรรมที่เน้นเป้าหมายเฉพาะที่แตกต่างกัน

สำหรับกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) และการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ให้ทีมวิจัยและคณะทั้ง 2 ทีม พบว่า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ได้ให้ทุนสนับสนุนการอบรม โดยเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นเวลา 3 วัน (2-4 มีค.58) ซึ่งทำให้ทีมวิจัยทั้งสองทีมได้เรียนรู้เทคนิคการมีส่วนร่วมด้วยการลงมือปฏิบัติอย่างมีปฏิสัมพันธ์ ตลอดการอบรม (Interactive Learning Through Action) ประกอบด้วยการเรียนรู้เทคนิคการสนทนอย่างมีส่วนร่วม (Discussion or ORID Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Workshop) การวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Planning) และกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ เชิงปฏิบัติ (Practical Action Research) ได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมการติดตามเข้าร่วมประชุมกับผู้มีส่วนได้เสียทั้งสองพื้นที่ (ช่วง มีค.-พค.58) พบว่า ทั้งสองพื้นที่สามารถใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม คือ เทคนิค ORID ในการสร้างความเข้าใจกับเยาวชนและผู้มีส่วนได้เสีย ในการเริ่มต้นวิเคราะห์ตนเองและชุมชนทำให้เกิดการมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับฟังและการให้ข้อมูลต่อที่ประชุมได้อย่างอิสระและค้นพบความจริงที่เป็นปรากฏการณ์ของปัญหาของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่ได้อย่างรอบด้านกิจกรรมการติดตามสนับสนุนการทำแผนแบบมีส่วนร่วมทั้งสองพื้นที่ พบว่า พื้นที่จังหวัดศรีสะเกษมีคณะทำงานแกนนำที่อยู่ในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียสามารถใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม เทคนิคการวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้อย่างลื่นไหล ทำให้ได้แผนปฏิบัติการที่เกิดจาก

การคิดและตัดสินใจร่วมกันของวัยรุ่นและเยาวชนได้เป็นอย่างดี ในขณะที่พื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ได้กิจกรรมการแก้ปัญหาจากการเรียนรู้ร่วมกันจากเทคนิคเดียวกัน และมีแผนปฏิบัติการที่ทุกคนร่วมกันรับผิดชอบได้อย่างแท้จริง

ผลรวมกิจกรรมการร่วมปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อหา รูปแบบที่เหมาะสม กิจกรรมการติดตามการสรุปผลกิจกรรม การปฏิบัติ และ กิจกรรมการสัมมนาสรุปผลของรูปแบบในพื้นที่ จังหวัดศรีสะเกษ⁽¹⁾ พบว่า ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนในครั้งนี้ คือระยะ 1) ศึกษาบริบท/สภาพการณ์ ประกอบไปด้วย ทบทวนวรรณกรรม การแต่งตั้งทีมวิจัย การประชุมคณะทำงานในการวิจัย ศึกษาบริบทชุมชนและวิเคราะห์ สภาพปัญหาสภาพการณ์ การมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การพัฒนารูปแบบ ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการวางแผน โดยการวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(ใช้เทคนิค TOP) คือ การถกปัญหาอย่างมีส่วนร่วม (ORID Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Action Planning Method) โดยได้แผนปฏิบัติการ 6 แผนคือ การประชุมคณบดีข้อมูล/สนทนากลุ่มย่อย การประชาสัมพันธ์ การสร้างการมีส่วนร่วมเป็นหุ้นส่วนของกิจกรรมชุมชน การสร้างครอบครัวอบอุ่น การสร้างบุคคลต้นแบบ/แบบอย่างที่ดี จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา ขั้นการปฏิบัติการตามแผน ขั้นการสังเกตและประเมินผลประกอบไปด้วยการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) การประเมินผลโครงการและการถอดบทเรียนใช้แนวคิดเชิงระบบ ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวส่งผลให้ผู้มีส่วนได้เสียหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง ในชุมชน ทั้งเด็กและผู้ใหญ่เข้าร่วมในกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนในพื้นที่มากขึ้น สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกิจกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับที่ 4 ซึ่งที่สูงขึ้นจากเดิมเนื่องจากผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม มีส่วนร่วมในการดำเนินการ การรับผลประโยชน์ มีการร่วมมือแบบ Active มากขึ้น

ผลรวมกิจกรรมการร่วมปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อหา รูปแบบที่เหมาะสมกิจกรรมการติดตามการสรุปผลกิจกรรม การปฏิบัติ และกิจกรรมการสัมมนาสรุปผลของรูปแบบในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม⁽⁵⁾ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนใน

การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ทีมวิจัยได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการประชุมตัวแทนแกนนำชุมชนก่อนการสร้างการมีส่วนร่วม ถึงสภาพการณ์ที่ผ่านมาของการดำเนินการแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น จากตัวแทนแกนนำ ซึ่งได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่วัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ทั้งวัยรุ่นในระบบโรงเรียนและวัยรุ่นนอกระบบโรงเรียน ตั้งแต่ปี 2556-2557 ซึ่งรูปแบบกิจกรรมเป็นเพียงการให้ความรู้ ส่วนแกนนำชุมชนแกนนำครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นได้ พบว่ายังมีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นทุกปี และแกนนำได้ร่วมแสดงความคิดเห็นว่า เป็นปัญหาเรื้อรัง คงแก้ไขไม่ได้ หรือยากที่จะแก้ไข

ภายหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตำบลชื่นชม โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย โดยแกนนำชุมชนที่เกิดจากการคัดเลือกมาเข้าร่วมประชุม ด้วยกระบวนการถกปัญหาแบบมีส่วนร่วม ซึ่งแกนนำได้ให้ความสนใจและตระหนักว่าปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นปัญหาร่วมกันที่คนในชุมชนต้องแสดงความรับผิดชอบในการดูแลร่วมกัน และมีความเชื่อมโยง โยโย่ของเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน มีการสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชุมชนได้รับทราบ นำไปสู่การมีจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เกิดแผนการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชน และมีการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน นำผลที่ได้จากการบูรณาการแผนปฏิบัติการและการทำงานร่วมกัน มีการประชุม และแต่งตั้งคณะทำงานที่มาจากทุกภาคส่วนซึ่งถือเป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วม

สรุปและอภิปรายผล

ตามจุดมุ่งหมายข้อที่ 1 และ ข้อที่ 2 ในการศึกษาสภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และ การพัฒนารูปแบบพื้นที่ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นและ

เยาวชน ในอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ และอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

ส่วนของจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการสร้างการมีส่วนร่วม โดยเริ่มจาก ขั้นตอนการวางแผน ระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม การแต่งตั้งทีมวิจัยการประชุมคณะทำงานในการวิจัย ศึกษาบริบทชุมชนและวิเคราะห์ สภาพปัญหาสภาพการ การมีส่วนร่วมของชุมชน การทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี เทคนิควิธีการในการสร้างการมีส่วนร่วม โดยเลือกใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) สถาบันพระปกเกล้าซึ่งสอดคล้องกับ ในการดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น ได้มีการพัฒนาหรือคิดค้นวิธีการใหม่นำมาใช้ในการสร้างเสริมกระบวนการกลุ่ม ซึ่งได้ผ่านการทดสอบและปรับปรุงให้ดีขึ้นจากวิธีการเดิมอยู่เสมอ เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) จึงวิธีการสำคัญที่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายของชุมชนแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ที่มาจากความร่วมมือของเครือข่ายหลายภาคส่วน กิจกรรมการประชุมคณะทำงานในการวิจัยทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงจากการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้พัฒนางานและหาแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่มีอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงมีการบูรณาการกิจกรรมร่วมกับบริบทของชุมชนเดิม รูปแบบการดำเนินงานทุกขั้นตอน จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ระยะที่ 2 การพัฒนา ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน ขั้นตอนสังเกตและประเมินผลประกอบไปด้วยการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) การประเมินผลโครงการและการถอดบทเรียนใช้แนวคิดเชิงระบบ ขั้นตอนสะท้อนผลการปฏิบัติในขั้นการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นได้นำเทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) สถาบันพระปกเกล้ามาใช้ในการพัฒนาโดยเริ่มจากการการแก้ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม (ORID Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Action Planning Method) กระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม ORID Method ช่วยให้ตั้งศักยภาพความคิดของชุมชนทำให้เข้าใจและเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ ทำให้รู้จักและเข้าใจบริบทชุมชนมากขึ้น ได้เรียนรู้มุมมองข้อคิดที่หลากหลาย

หลายกลุ่มวัยเพื่อปรับใช้ในการทำงานร่วมกัน ชุมชนเข้าใจวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานและร่วมกันตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ บริบท และคณะ. (2548 : 7) และวิรัตน์ ปานสิลา (2554:20) ที่กล่าวไว้วิธีการแก้ปัญหา จะช่วยให้เรามีโครงสร้าง สำหรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีส่วนร่วมและเสนอความเห็น เปิดให้แสดงมุมมองหลากหลายในหัวข้อที่กำหนดอย่างไม่เผชิญหน้ากัน ทำให้เกิดความรู้แจ้ง โดยองค์รวมของกลุ่มซึ่งมากขึ้นเป็นการลงมติดำเนินการและได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการกระทำที่มุ่งมั่นชัดเจนซึ่งวิธีการแก้ปัญหาจะทำให้เกิด กำกับความคิดของกลุ่ม ใช้คำถามที่เรียงตามลำดับโดยเฉพาะ เริ่มจากคำถามที่ง่ายที่สุด (วัตถุดิบ) จนถึงยากที่สุด (ตัดสินใจ) ปลดปล่อยจิตสำนึกโดยองค์รวมก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างระมัดระวังปรับตัวได้กับทุกสถานการณ์ และกลุ่ม การจัดโครงสร้างการแก้ปัญหากลุ่ม จะทำให้กลุ่มมีโอกาสสำรวจความสำคัญของหัวข้อ ประเด็น หรือประสบการณ์ร่วมกัน วิธีการแก้ปัญหาช่วยให้กลุ่มเข้าใจหัวข้อที่ถกเถียงในมุมมองที่ถูกต้อง จนสามารถตอบสนองได้อย่างสร้างสรรค์ ได้แลกเปลี่ยนและทำให้ข้อมูลและความคิดกระจางชัดในระดับความลึกที่ไม่เพียงแต่เข้าใจผิวเผิน แต่ยังช่วยทำให้เกิดความกลมเกลียวเป็นหนึ่งเดียวที่แนบแน่นภายในกลุ่ม ที่ดีที่สุดก็คือ วิธีการแก้ปัญหาจะช่วยให้สมาชิกทั้งหมดของกลุ่ม ได้ริเริ่มและเข้าร่วมในกระบวนการสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างแท้จริง ส่วนกระบวนการ TOP Model ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) โดยเริ่มจากการสนทนาก่อน การทำข้อตกลงกฎการร่วมกัน ก่อนเริ่มกิจกรรม วิทยากรกระบวนการมีการย้ำข้อตกลงกฎการแสดงความคิดเห็นบ่อยๆ โดยพบบทเรียนว่า การทำกระบวนการสนทนาก่อนเริ่มกิจกรรมทำให้เกิดความคุ้นเคยกันในกลุ่ม มีพื้นที่ปลอดภัยมากขึ้น กล้าคิด กล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้นและการทำข้อตกลงกฎการร่วมกัน ก่อนเริ่มกิจกรรมทำให้ผู้เข้าร่วมกล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น เช่น ทุกความคิดมีคุณค่า หรือ ไม่มีความคิดใดถูกหรือผิด การย้ำข้อตกลงกฎการแสดงความคิดเห็นบ่อยๆทำให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นมากขึ้น พบว่ากิจกรรมที่เกิดจากความคิดของชุมชนทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของที่ต้องรับผิดชอบและเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ปกครองมองเห็นและชื่นชม

ลูกหลาน ผู้ปกครองรู้สึกภาคภูมิใจในตัววัยรุ่นและเยาวชนเห็นศักยภาพและการพัฒนาในการตัดสินใจในของเด็ก มีการปรับวิธีการพูดคุย ทำให้เข้าใจลูกหลาน และตนเองสบายใจ ไม่เครียด ชุมชนรู้สึกว่ามีที่พึ่งในยามที่มีปัญหาในครอบครัวหรือเรื่องวัยรุ่นและเยาวชนและรู้สึกว่าทุกปัญหาที่มีทางออกเสมอ เกิดการสานต่อคุณค่าในการทำงาน เป็นแรงบันดาลใจ ในการรักษาด้านแบบที่ดี ในชุมชน สอดคล้องกับ ผลการศึกษา ของ ขนิษฐา พุ่มประดับและคณะ (2553 : 84)⁽⁷⁾ และเพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ และคณะ (2554 : VIII)⁽⁸⁾ ที่พบว่ากระบวนการระดมความคิดเห็นในการแก้ปัญหาในชุมชนโดยชุมชน ความสามัคคีในชุมชน การคืนข้อมูลสู่ชุมชน นอกจากนี้ทุกคนในชุมชนเข้าใจในกิจกรรมที่ทำได้ขึ้น มีความรู้และเกิดการแลกเปลี่ยนกันมากขึ้น ด้วย ได้เรียนรู้และได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เพราะต้องช่วยกันระดมความคิดเห็น ใช้เวลาในการดำเนินงาน ทำให้มีความรู้ใหม่ ๆ และมีประสบการณ์ จากการร่วมถอดบทเรียน ซึ่งความรู้ที่ได้รับนี้นำไปใช้ในการพัฒนาตนเองและพัฒนาชุมชนเพื่อจะได้เป็นประโยชน์ และสอดคล้องกับ วิรติ ปานศิลา (2558 : 16)⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า กระบวนการถอดบทเรียน หากยังทำยังถอดบทเรียนซ้ำในทุกกิจกรรมที่เราคิดขึ้นมาอีกส่งผลต่อระดับการพัฒนาที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่ทำให้คนได้เรียนรู้ว่าจะทำอะไรจึงจะดีกว่าเดิม ซึ่งมันก็คือการพัฒนาที่เริ่มจากภายในของคน อย่างไรก็ตามการถอดบทเรียนเป็นการค้นหาความรู้และการสร้างความรู้ รวมทั้งการนำความรู้ไปใช้หรือการขยายผลนั่นเอง ส่วนการประเมินผลโครงการและการถอดบทเรียนเชิงระบบในการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดซึ่งเป็นการค้นหาความรู้จากการทำงานของระบบหรือความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ จากนั้นนำความสัมพันธ์ที่เป็นจุดเด่น/ข้อดีมาเป็นบทเรียนในการทำงานหรือเผยแพร่ต่อไปหรือนำความสัมพันธ์ที่เป็นจุดด้อยมาสรุปเป็นบทเรียนเพื่อปรับปรุงงานในครั้งต่อไป เสถียร เชื้อลีและคณะ (2553)⁽¹⁰⁾ และวิรติ ปานศิลา (2558 : 16)⁽⁹⁾ พบว่าการสกัดความรู้ เพื่อถอดบทเรียนหลังจากการดำเนินกิจกรรมเสร็จแล้ว โดยทำเป็นระบบ ก็จะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปขยายผลหรือเผยแพร่ต่อไป โดยอาจจะสรุปเป็นข้อเสนอแนะว่าสิ่งที่จะดำเนินการต่อไปคืออะไร และจะต้องมีข้อระมัดระวัง ข้อจำกัด หรืออุปสรรคตรงไหนบ้าง ทั้งนี้ถือเป็นองค์ความรู้ที่สกัดออกมาจากผู้คนและทำให้ทุกคน

ภาคภูมิใจ โดยองค์ความรู้ที่ได้นั้นอาจมีการสกัดความรู้ออกมาในหลายๆรูปแบบ

ในส่วนของจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผลการศึกษาสภาพการณ์มีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม พบการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม มาใช้ในการร่วมแก้ปัญหา ประชุมเชิงปฏิบัติการ วางแผนเชิงปฏิบัติการ เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่กระบวนการตัดสินใจ กระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนโครงการ และวิธีการทำงาน ทำให้ชุมชนมีความสำคัญ ยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เกิดความตระหนักร่วมรับผิดชอบร่วมกัน ส่งผลให้เกิดแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พลมีศักดิ์ (2556)⁽¹¹⁾ ศึกษาการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาบ้านดัดเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งความสอดคล้องผลการวิจัยนี้ มีความสอดคล้องในประเด็นการใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม เหมือนกัน ศึกษาในบริบทพื้นที่ชนบทเหมือนกัน เกณฑ์ที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นเกณฑ์ชุมชนเหมือนกัน นอกจากนี้การศึกษานี้ยังสามารถก่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานของพื้นที่ได้เช่นกัน รวมทั้งยังพบปัจจัยศักยภาพของเกณฑ์ที่เข้มแข็ง เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงและเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องของกิจกรรมจะช่วยสร้างความตระหนักให้ชุมชนเห็นความสำคัญ เพราะเกณฑ์ชุมชนมีผลต่อความน่าเชื่อถือ ความศรัทธาของชาวบ้านในชุมชน ดังนั้นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้ตำบลชื่นชม มีการพัฒนาและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาตั้งครกก็ไม่พร้อมในวัยรุ่น คือตัวผู้นำหรือเกณฑ์ที่เป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน และยังพบว่าแนวคิดของผู้นำชุมชนนั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่เป็นตัวจักรที่สำคัญของการขับเคลื่อนกระบวนการทุนทางสังคม ให้เกิดพลังในการดำเนินกิจกรรม โครงการที่มีในชุมชน รวมทั้งการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายในของสังคมคือผู้นำและเกณฑ์

ที่จะส่งผลให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ร่วมมือร่วมใจ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ผู้นำมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน การค้นหากฎเกณฑ์บุคคลในชุมชนให้พบจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่การทำงานในชุมชนให้สำเร็จ และจินตนา พลมีศักดิ์ (2556)⁽¹¹⁾ ยังพบอีกว่ารูปแบบการพัฒนากิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จนั้นชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของศักรินทร์ ทองภูธรณ์ (2553)⁽¹²⁾ ซึ่งพบว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมโดยการนำเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้ามาประยุกต์ใช้ทำให้ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ในด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมวางแผนและตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการ และด้านการร่วมประเมินผลมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น ซึ่งความสอดคล้องของผลการวิจัยนั้นเกิดจากการที่มีการชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหา กระตุ้นให้เห็นความสำคัญที่จะต้องดำเนินการแก้ไข มีการสะท้อนปัญหาการตั้งครกไม่พร้อมในวัยรุ่นที่เกิดขึ้นให้ชุมชนได้รับทราบ ชี้ให้ชุมชนได้เห็นชัดว่าเป็นปัญหาร่วมกันที่คนในชุมชนต้องแสดงความรับผิดชอบในการดูแลร่วมกันและมีความเชื่อมโยง โยงใยของเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน เมื่อเครือข่ายทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เยาวชน ได้รับทราบและนำข้อมูลที่ได้ไปจัดทำแผนด้วยวิธีวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) เป็นวิธีการรวมเอาวิธีการสนทนาและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเข้าด้วยกัน จนเกิดเป็นโครงการที่ช่วยผลักดันกลุ่มให้เคลื่อนจากการมีความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรมภายในกรอบเวลาที่แน่นอน พร้อมกับการกำหนดภารกิจและความรับผิดชอบที่วางโครงร่างไว้อย่างชัดเจน ซึ่งพบว่าแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาตั้งครก ดังนั้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาตั้งครกไม่พร้อมในวัยรุ่นตำบลชื่นชม เป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาในชุมชนอย่างยั่งยืนและเป็นการสร้างชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งยืนยันได้ว่าชุมชนแห่งนี้เกิดการเรียนรู้และขับเคลื่อนการแก้ปัญหา โดยมีรูปแบบการมีส่วนร่วมที่เกิดจากประชาชนจริง ๆ ที่สำคัญคือ ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระดมความคิดร่วมกันตัดสินใจร่วมกัน จัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และมีส่วนร่วมในการประเมินผลร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบพื้นที่ที่เหมาะสมต้องเป็นพื้นที่ของชุมชนที่เปิดกว้างและเป็นอิสระสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมที่เป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทุกระดับโดยมีผู้มีส่วนได้เสียที่เป็นผู้ใหญ่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนในกิจกรรมต่าง ๆ

2. ควรมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) ให้ครบถ้วนทุกเทคนิค เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง และทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาร่วมกันได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโครงการพื้นที่เยาวชนฯ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์งบประมาณสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณคณะเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ทั้ง 2 โครงการที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการจัดสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนด้วยการให้โอกาสในการดำเนินการวิจัยอย่างตลอดโครงการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการจัดบริการที่เป็นมิตร สำหรับเยาวชน พนักงานบริการหญิงและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2555.
2. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2558.
3. ถิลาวัณ บุรีกุล และคณะ. เอกสารชุดธรรมภิบาล เรื่อง เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม: ; วิธีการเอื้ออำนวยการใช้กระบวนการกลุ่มขั้นพื้นฐาน. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า, 2551.

4. กมลรัตน์ จูมสีมา และคณะ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนกรณีศึกษา : บ้านโนนคูณ-โนนคำ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. รายงานวิจัย โรงพยาบาลโนนคูณ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ , 2558.
5. ชาลี ชะวร และคณะ. รูปแบบการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม, 2558.
6. Kemmis, Stephen, McTaggart, Robin, Nixon, Rhonda. **The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research.** Springer Singapore, 2014.
7. ขนิษฐา พุ่มประดับและคณะ. การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาสุราในชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน หมู่ที่ 1 บ้านเหนือ ตำบลคลองท่อมใต้ อำเภอลงท่อม จังหวัดกระบี่. กระบี่ : โรงพยาบาลกระบี่, 2553.
8. เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ และคณะ. รูปแบบการจัดการทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงในเด็กและเยาวชนในชุมชนทั้งหมด 10 แห่งจาก 4 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์, 2554.
9. วิรติ ปานศิลา. เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการ “โครงการวิจัยรูปแบบพื้นที่สำหรับเยาวชน” ครั้งที่ 1 วันที่ 9-11 มีนาคม 2558 ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ, 2558.
10. เสถียร เชื้อลีและคณะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพื่อสุขภาพชุมชนโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษา ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ .วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี 18 (กุมภาพันธ์ 2554) : 37.
11. จินตนา พลมีศักดิ์. กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแล ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกรณีบ้านต้า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2556.
12. ศักรินทร์ ทองภูธร. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2553.

รูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ด ในภาคตะวันออกของไทย

Model of knowledge transfer development in environmentally friendly organic mushroom cultivation of the mushroom farm in eastern Part of Thailand

อนุสรณ์ ส่องทิพย์เจริญกุล¹, สุวารี ศรีปฐมา², ผมหอม เชิดโกทา³, อนันญา โพธิ์ประดิษฐ์⁴

Anusong Songtipcharoenkul¹, Suwaree Sripoonsa², Pomhom Cherdgota³, Ananya Popradit⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อร่างรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ด 2) เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ด 3) ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ด โดยการวิจัยดำเนินการในฟาร์มเห็ดทั้ง 3 แห่งในภาคตะวันออกของประเทศไทย คือ 1) ฟาร์มเห็ดชัยนิม อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก 2) สมจิตร์ฟาร์ม อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี และ 3) วิสาหกิจชุมชนฟาร์มเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว กลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่มีประสบการณ์มีฟาร์มเห็ดทั้ง 3 แห่ง ๆ ละ 3 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา 2 คน เกษตรจังหวัด 2 คน ตัวแทนหน่วยงาน 1 คน รวมทั้งหมด 12 คนและผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เครื่องมือที่ใช้เป็น 1) ประเด็นในการสนทนากลุ่มและแบบบันทึก 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงบรรยาย และใช้สถิติค่า IOC ผลการวิจัยของรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดโดยมีหลักการอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมีกระบวนการในการถ่ายทอด 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการทำความเข้าใจ (2) ขั้นตอนการเปิดดอกและเก็บเกี่ยว (3) ขั้นตอนการแปรรูป และ (4) ขั้นตอนการจัดการก่อนเห็ดหลังการเก็บเกี่ยวให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยมีวิธีการถ่ายทอดในแต่ละขั้นตอน 3 วิธีการ ได้แก่ (1) การให้ความรู้ด้วยการบรรยาย ศึกษาจากสื่อ วิดีทัศน์ (2) การสาธิต (3) การฝึกปฏิบัติจริง โดยการสนับสนุนโดยวิทยากรถ่ายทอดให้เกิดความรู้ความตระหนักและสามารถนำไปปฏิบัติในการประกอบอาชีพการเพาะเห็ดที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของการประเมินพบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ปฏิบัติการเพื่อการอนุรักษ์ดิน น้ำ อากาศ และพืช ให้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ถ่ายทอดความรู้ แหล่งเรียนรู้ การเพาะเห็ดอินทรีย์

ABSTRACT

The research aimed to 1) to develop a model for the development of the mushroom-friendly culture knowledge transfer 2) To evaluate the development model of organic mushroom propagation 3) Improve the environmentally friendly mushroom cultivation model of the mushroom farm. The research was conducted in three mushroom farms in eastern Thailand: 1) Yay-Chim mushroom farm, Banna District, Nakhon Nayok Province. 2) Somkid mushroom farm, Kabinburi District. Prachin Buri Province and 3) Community Enterprise mushroom farm, Muang District, Sa Kaeo Province. The target group is experienced. There are 3 mushroom farms, 3 environmental experts, 2 agricultural educators, 2 agriculturists, 1 representative, 12 people, and 5 experts. Groups and recordings; 2) an appropriate assessment of the format; Analysis of data by descriptive analysis. The results of the research on the development of propagation of knowledge of mushroom culture with organic principles are environmentally friendly. There is four stages of the process: (1) mushroom slicing (2) Open flower and harvest (3) processing stage; and (4) post-harvest mushroom management to be environmentally friendly. There are three methods of transmission: (1) education through lectures, (2) demonstrations, (3) By supporting any trainer to convey knowledge, awareness, and practice

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

³ อาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

⁴ อาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

in environmentally friendly mushroom cultivation, the results of the evaluation indicated that the model was suitable for use in soil conservation practices. Water, air, and vegetation keep on standing.

Keywords: Knowledge Transfer, Learning Center, Organic mushroom cultivation,

บทนำ

ประเทศไทยนับว่าเป็นประเทศที่เหมาะสมอย่างยิ่งต่อการเพาะเห็ดเนื่องจากสภาพอากาศเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเห็ดเกือบทุกชนิด⁽¹⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีการเพาะเห็ดในถุงพลาสติก เช่น เห็ดหอม เห็ดฟางเห็ดนางรม เห็ดนางฟ้าและเห็ดหลินจือ กันอย่างแพร่หลายการเพาะเห็ดสามารถสร้างรายได้หลักและรายได้เสริมให้แก่ผู้ประกอบการและเป็นกิจการหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจจากประชาชนทั่วไป เนื่องจากสามารถสร้างรายได้ในระยะสั้น มีการลงทุนไม่สูงมากนักและสามารถจำหน่ายได้ในท้องถิ่น วัสดุหลักในการเพาะเห็ดในถุงพลาสติกส่วนใหญ่เป็นขี้เลื่อยไม้เนื้ออ่อน เช่น ไม้ยางพารา ฟางหมัก และไม้ฉำฉา ซึ่งสามารถเพาะเห็ดได้หลายชนิด⁽²⁻³⁾ ในปัจจุบันวัสดุหลักในการเพาะเห็ดเช่นขี้เลื่อยไม้ยางพาราซึ่งใช้ในการเพาะเห็ดถุง มีราคาแพงขึ้นอย่างมาก โดยมีสาเหตุมาจากพื้นที่ปลูกลดลง ผู้เพาะเห็ดจึงต้องสั่งซื้อและขนส่งขี้เลื่อยมาจากแหล่งอื่นซึ่งจะทำให้มีต้นทุนสูงขึ้น เกษตรกรผู้เพาะเห็ดจึงหาวิธีการเร่งการเจริญเติบโตโดยใช้สารเคมีต่างๆ และใช้เพื่อรักษาความสดของเห็ดระหว่างการขนส่ง จึงทำให้ผู้ผลิตเห็ดจำเป็นต้องหันมาพึ่งสารเคมีโดยปราศจากความรู้ความตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพ⁽⁴⁾ ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจในด้านการเพาะเห็ดอย่างถูกต้องย่อมเป็นผลดีต่อการเพิ่มผลผลิต ลดต้นทุน ตลอดจนการขนส่งไปยังตลาดอย่างถูกวิธี ทำให้ต้นทุนในกระบวนการผลิตลดลง และยังทำให้ผู้ประกอบการทั้งรายเล็กและรายใหญ่มีความรู้ความตระหนักถึงผลเสียของการใช้สารเคมีอีกด้วย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่เน้นศึกษาถึงรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออกของไทย เพื่อพัฒนากระบวนการถ่ายทอดความรู้ในรูปแบบเดิมให้เป็นรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมให้เกษตรกรผู้เข้ารับการอบรม เกิดความเข้าใจและพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การเพาะเห็ดสามารถเป็น

อาชีพเพิ่มรายได้ให้แก่ครัวเรือนและเพื่อการบริโภคอย่างปลอดภัย และยังสามารถจัดการวัสดุเหลือจากกระบวนการเพาะเห็ดด้วยกระบวนการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อร่างรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออก
2. เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออก
3. ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออก

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนา รูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ด โดยดำเนินการวิจัยในภาคตะวันออกในฟาร์มเห็ด 3 แห่ง ได้แก่ 1) ฟาร์มเห็ดชายฉิม อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก 1) สมจิตร์ฟาร์ม อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี และ 3) วิสาหกิจชุมชนฟาร์มเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างรูปแบบ ได้จัดสนทนากลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เกี่ยวข้อง รวมจำนวน 12 คน ประกอบด้วยผู้ดูแลฟาร์มเห็ด 3 แห่งๆ ละ 3 คน รวมเป็น 9 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน 3 คน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา 2 คน ด้านการเพาะเห็ดอินทรีย์ 1 คน และตัวแทนสำนักงานเกษตรจังหวัด 2 คน เพื่อร่วมกันร่างรูปแบบการถ่ายทอดใช้เวลา 2 วัน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นประเด็นคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.8 - 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ขั้นที่ 2 ประเมินรูปแบบ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนประกอบด้วย นักวิชาการสิ่งแวดล้อมศึกษา 2 คน ผู้เชี่ยวชาญการเพาะเห็ด 1 คน และนักวิชาการด้านการถ่ายทอดความรู้ 2 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่มีค่าความสอดคล้อง 0.80 ทุกข้อ การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติค่า IOC

ขั้นที่ 3 การพัฒนารูปแบบได้ใช้กลุ่มเป้าหมายและเครื่องมือเก็บข้อมูลชุดเดียวกันกับขั้นที่ 1 โดยปรับปรุงรูปแบบต่างข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากขั้นที่ 2 และทำแผนการปฏิบัติตามรูปแบบต่อไป โดยเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนใช้เวลาในการดำเนินการ 6 เดือนผลการวิจัยปรากฏโดยสรุปดังนี้

1. การสร้างรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออก มีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เกี่ยวข้องรวมสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 20 ผู้เข้ารับการถ่ายทอดส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมามีอายุ 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับที่ 3 ของผู้เข้ารับการถ่ายทอดคือผู้มีอายุมากกว่า 51 ปี คิดเป็นร้อยละ 24 และผู้มีอายุ 21 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 4 สถานภาพส่วนใหญ่ สมรสแล้วคิดเป็นร้อยละ 62 รองลงมาก็คือโสดคิดเป็นร้อยละ 22 และหม้าย หย่าและแยกกันอยู่คิดเป็นร้อยละ 16 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 46 เจ้าของฟาร์มทำการเพาะเห็ดมานาน 5 ปีขึ้นไป เห็ดที่เพาะส่วนใหญ่เป็นเห็ดนางฟ้าคิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาก็คือเห็ดนางรมฮังการี เห็ดขอนขาว เห็ดหลินจือแดง และเห็ดนางนวล มีการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดแก่คนทั่วไป มานาน 3 ปีขึ้นไป ทั้ง 3 แห่งมีการจัดหลักสูตรอบรมเป็น 3 แบบ ได้แก่แบบ 1 วัน แบบ 2 วัน และแบบ 40 วัน จากการติดตามผลผู้ผ่านการถ่ายทอดส่วนใหญ่สามารถนำความรู้ไปทำการ

เพาะเห็ดเอปรีโกลในครัวเรือน และพัฒนาอาชีพการเพาะเห็ดให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

จากการจัดสนทนากลุ่มเป้าหมายใช้เวลา 2 วัน เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ได้ข้อสรุปองค์ประกอบของรูปแบบดังนี้

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างรูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยี (Saylor, Alexander, & Lewis, 1981) แนวคิดเกี่ยวกับการเพาะเห็ดอินทรีย์ แนวคิดเกี่ยวกับความตระหนักแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติแนวคิด และทฤษฎีของการเรียนรู้ (Bloom et al.) ซึ่งมีสาระสำคัญที่สอดคล้องกับการถ่ายทอดความรู้ด้านการเพาะเห็ดอินทรีย์มาเป็นกรอบคิด และใช้ข้อมูลที่เป็นผลจากการศึกษาสภาพการเพาะเห็ดอินทรีย์ที่ประสบความสำเร็จและความต้องการถ่ายทอดความรู้ของเจ้าของฟาร์ม รวมทั้งความรู้ความและความตระหนักต่อการเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของผู้เข้ารับการอบรมในแต่ละฟาร์มที่ผ่านมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวในการจัดสร้างรูปแบบ ผลจากการสนทนากลุ่มร่วมกันสังเคราะห์เนื้อหาสาระและนำมาจัดทำร่างรูปแบบ ได้รูปแบบที่มีองค์ประกอบ 6 ส่วนคือ

1.1 แนวคิดของรูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ได้ข้อสรุปว่าต้องสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่บูรณาการความรู้ในการเพาะเห็ดกับการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมควบคู่กันไปอย่างได้ผล

1.2 หลักการของรูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมีหลักการสำคัญคือ ต้องมีองค์ประกอบในจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมต่อการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์เพื่อสร้างอาชีพได้ควบคู่กับการรักษาคุณภาพดิน น้ำ อากาศ และพืช โดยใช้กิจกรรมและสิ่งเหลือใช้จากการเพาะเห็ดอินทรีย์ในการฟื้นฟูคุณภาพสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 เป้าหมายของรูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมุ่งให้ฟาร์มเห็ด

สามารถจัดกระบวนการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ของฟาร์มเห็ดโดยบูรณาการกับการรักษาฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบและให้ผู้เข้ารับการถ่ายทอดเกิดความเกิดความรู้ ความตระหนัก และสามารถนำไปปฏิบัติในการประกอบอาชีพการเพาะเห็ดอินทรีย์ที่ส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมควบคู่กันไปอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพ

1.4 องค์ประกอบที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เนื้อหา สถานที่ สื่อและวัสดุอุปกรณ์ วิทยากร ระยะเวลาในการฝึกอบรม ดังนี้

1.4.1 เนื้อหา ได้ทำการพัฒนาเนื้อหา ฟาร์มนั้นมีข้อมูลที่ต้องการ เพาะมีองค์ความรู้ นักวิจัยได้ทำการเรียบเรียงให้เป็นลำดับขั้นตอนให้ถูกต้อง

1.4.2 สถานที่ ในฟาร์มมีสถานที่ที่เหมาะสมอยู่แล้วแต่ทำการแบ่งสัดส่วนให้เหมาะสม ทำการติดตั้งป้ายแสดงสถานที่ในแต่ละฐาน ให้ทราบว่าในแต่ละฐานมีบทบาทและหน้าที่อย่างไร

1.4.3 สื่อและวัสดุอุปกรณ์ ทำการพัฒนาสื่อเนื่องจากทางฟาร์ม ยังไม่มีสื่อที่แสดงให้เห็นชัดเจนทั้งขั้นตอน วิธีการ ผู้วิจัยจึงได้เข้าไปทำการพัฒนา โดยจัดแสดงด้วยโทรศัพท์แท่นการบรรยายปากเปล่า มีการการพัฒนา PowerPoint และฉายผ่านโทรทัศน์เพื่อให้ได้ภาพ

ตาราง 1 การจัดการฝึกอบรม

วันที่ 1		วันที่ 2	
ช่วงเช้า	ช่วงบ่าย	ช่วงเช้า	ช่วงบ่าย
ถ่ายทอดโดยการบรรยายเนื้อหาความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนกระบวนการผลิตก้อนเห็ดในถุงพลาสติก กระบวนการจัดการสิ่งแวดล้อม อธิบายผล และ ตอบคำถาม	ทำ การ สาธิต การ ปฏิบัติ กระบวนการผลิตก้อนเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ในถุงพลาสติก	ปฏิบัติการผลิตก้อนเห็ดผลิตก้อนเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมในถุงพลาสติก	ปฏิบัติการกระบวนการจัดการสิ่งแวดล้อม

ปฏิบัติการกระบวนการจัดการสิ่งแวดล้อมในช่วงบ่าย วันที่ 2 มุ่งเน้นกระบวนการเรียนรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการวัสดุที่เหลือจากกระบวนการเพาะเห็ดให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมในประเด็นต่างๆต่อไปนี้

และเสียงที่เหมือนของจริงทำความเข้าใจได้ง่ายและน่าสนใจยิ่งขึ้น ส่วนสื่อที่ใช้ได้แก่ (1) ทำการพัฒนา PowerPoint ให้เข้าใจง่ายเห็นภาพชัดเจน (2) ป้ายฐานการเรียนรู้การเพาะเห็ด (3) ป้ายไวนิล แสดง ขั้นตอน วิธีการ ส่วนผสม (4) วิดีทัศน์

1.4.4 วิทยากร พัฒนาวิทยากร โดยใช้หลักการหาเนื้อหาการนำเสนอ (Content) ที่เหมาะสมว่าควรนำเสนออย่างไรจึงมีสาระและน่าสนใจ รวมไปถึงการสร้างเนื้อหา (Context) ของการจัดอบรมสัมมนาให้มีความเหมาะสมการเรียนรู้ติดตาม สร้างกระบวนการ Cone of Experience คือ การศึกษานอกสถานที่ ซึ่งหมายถึงกระบวนการที่ผู้วิทยากรใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยวิทยากรและผู้เรียนร่วมกันวางแผนและเดินทางไปศึกษาเรียนรู้ ณ สถานที่อันเป็นแหล่งความรู้ในเรื่องนั้น ซึ่งอยู่นอกสถานที่ที่เรียนกันอยู่เป็นปกติ โดยมีการศึกษาสิ่งต่างๆ ในสถานที่นั้นตามกระบวนการหรือวิธีการที่ได้วางแผนไว้ และมีการอภิปรายสรุปการเรียนรู้จากข้อมูลที่ได้ศึกษา โดยเน้นทักษะสำคัญของวิทยากรให้ผู้เรียนมีความสนุกและได้รับเนื้อหาข้อมูลอย่างครบถ้วน

1.4.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรม โดยแบ่งเป็น 2 วันในช่วงเช้าและช่วงบ่ายดังตาราง 1

น้ำ: การให้น้ำเห็ดในโรงเรือนเป็นการให้น้ำในปริมาณน้อยไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อมเพาะน้ำที่ใช้ในการให้น้ำเห็ดเป็นน้ำสะอาดและปริมาณในการให้อยู่ในปริมาณที่ซึมลงผิวดินได้ ดังนั้นการ

เพาะเห็ดไม่ก่อให้เกิดผลกระทบแม้จะมีการชะล้างลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ

อากาศ: ทำการปลูกต้นไม้บริเวณโดยรอบฟาร์มกันไม่ให้กลิ่นกระทบต่อชุมชน การจัดการกลิ่นที่แหล่งกำเนิดมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดี ข้อด้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้ประกอบการสามารถเลือกวิธีต่างๆ ตามความเหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อควบคุมหรือลดกลิ่นให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ หรือความรำคาญ เช่น การใช้ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบสกริปเปอร์แบบชีวภาพและเคมี ระบบการกรองชีวภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม อีกวิธีที่สามารถลดกลิ่นได้และมีประโยชน์ในด้านทัศนียภาพ การลงทุนที่ไม่แพงมากนัก และมีความยั่งยืน ก็คือการปลูกต้นไม้ (shelterbelt)⁽⁵⁾

ดิน: ในกระบวนการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านดินนั้นจะเกี่ยวข้องกับกลิ่นเห็ดโดยตรง โดยเริ่มจาก นำก้อนเชื้อเห็ดที่หมักจนสุกแล้วทำปุ๋ยหมัก สามารถสร้างรายได้ให้กับฟาร์มรีไซเคิลก้อนเห็ดเก่า นำมาทำก้อนเห็ดใหม่ ในอัตรา 1 กิโลกรัมเก่ากับเชื้อใหม่ในอัตราไม่เกิน 30 – 50 เปอร์เซ็นต์ นำไปทำการเพาะเห็ดฟางกองเดียว⁽⁶⁾ นำก้อนเชื้อเห็ดที่หมักจนสุกแล้วมาประยุกต์ใช้เป็น ปิ่นอัดแท่งเพื่อนำมาเป็นเชื้อเพลิงในการนึ่งก้อนเชื้อเห็ด หรือทำการจำหน่าย สร้างรายได้ให้กับฟาร์ม

นอกจากดังกล่าวมาแล้วนั้น ยังได้มีการเสนอองค์ความรู้ในการจัดการวัสดุเหลือทิ้งจากกระบวนการเพาะเห็ดด้วยระบบเทคโนโลยีการไพโรไลซิส เป็นวิธีการที่ทันสมัยในรูปแบบหนึ่งที่มีการศึกษาการผลิตน้ำมันจากเศษวัสดุเหลือใช้

ของกลุ่มอาชีพการเพาะเห็ดซึ่งเสนอไว้เป็นความรู้และทางเลือกในอนาคตที่สามารถพัฒนาได้หากการเพาะเห็ดอินทรีย์ขยายออกในวงกว้างและมีก้อนเห็ด และวัสดุเหลือทิ้งจากกระบวนการในปริมาณมาก ยากต่อการกำจัดด้วยวิธีพื้นฐานดังกล่าวมาแล้วข้างต้น⁽⁷⁾

1.5 กระบวนการและวิธีการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมีขั้นตอนในการดำเนินการ

1.6 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินการตามรูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมได้แก่

1.6.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่ องค์ความรู้เดิมผู้ประกอบการฟาร์มเพาะเห็ดอินทรีย์ ความพร้อมของอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน

1.6.2 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ทุนส่งเสริมการเกษตรด้านการเพาะเห็ดอินทรีย์ และนโยบายการสนับสนุนอย่างครบวงจร จากภาครัฐในด้านตลาด การจัดส่ง การควบคุมราคา

2. ผลการประเมินรูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออกจากรูปแบบที่สร้างขึ้นเมื่อทำการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษา ด้านการเพาะเห็ด และด้านการถ่ายทอดความรู้รวมทั้งหมด 5 คน พบว่ารูปแบบมีความสอดคล้องเหมาะสม โดยทุกรายการโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 (IOC = 0.80 – 1.00)

ตาราง 2 ผลการประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

องค์ประกอบของรูปแบบ	การประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ					Σ R	ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
1. แนวคิดของรูปแบบการถ่ายทอดความรู้	1	1	1	1	1	5	1.00	สอดคล้อง
2. หลักการของรูปแบบการถ่ายทอดความรู้	1	1	1	1	1	5	1.00	สอดคล้อง
3. เป้าหมายของรูปแบบการถ่ายทอดความรู้	1	1	1	1	1	5	1.00	สอดคล้อง
4. องค์ประกอบที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้	1	1	1	1	1	5	1.00	สอดคล้อง
5. กระบวนการและวิธีการถ่ายทอด ความรู้	1	1	1	0	1	4	0.80	สอดคล้อง
6. ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินการตามรูปแบบการถ่ายทอดความรู้	1	0	1	1	1	4	0.80	สอดคล้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้มีข้อเสนอให้ปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบ โดยสรุป ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ถึง 4 ไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง องค์ประกอบที่ 5 กระบวนการและวิธีการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์มีข้อเสนอแนะและปรับปรุงการถ่ายทอดความรู้ให้มีความชัดเจนและกระชับมากขึ้นเนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมอาจมีข้อจำกัดในด้านการศึกษาดังนั้นจึงหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางวิชาการที่มีความสับสนเข้าใจยาก

องค์ประกอบที่ 6 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินการตามรูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมีข้อเสนอแนะและปรับปรุง ควรมีนโยบายการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกอย่างเหมาะสมและตระหนักถึงความสำคัญ โดยเฉพาะความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

3. พัฒนารูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออก การพัฒนารูปแบบการถ่ายทอดการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินการเป็น 2 ขั้น ขั้นแรก ทำการปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ขั้นที่ 2 จัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดความรู้ตามรูปแบบที่ปรับปรุงแล้ว โดยมีผลการพัฒนาดังนี้

3.1 การปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ดำเนินการจัดสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มเป้าหมายจำนวน 12 คน กลุ่มเดียวกับกลุ่มที่รวมกันสร้างรูปแบบ ใช้เวลาสนทนากลุ่ม 1 วัน โดยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองปฏิบัติการ องค์ประกอบของรูปแบบที่ได้รวมกันปรับปรุงมี 2 รายการ ได้แก่ ซึ่งผลการสนทนากลุ่มได้แก่องค์ประกอบที่ 5 และ 6 โดยมีสาระการปรับปรุงดังนี้

องค์ประกอบที่ 5 กระบวนการและวิธีการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ได้ปรับปรุงโดยใช้การถ่ายทอดความรู้ให้มีความชัดเจนและกระชับมากขึ้นเนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมอาจมีข้อจำกัดใน

ด้านการศึกษา ดังนั้นจึงหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางวิชาการที่มีความสับสนเข้าใจยาก เน้นกระบวนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยไม่ต้องมีการบรรยายมากนัก ด้านที่ปรับปรุงคือ 1) รายละเอียดการผลิตก้อนเห็ด 2) ด้านการเปิดดอกและการเก็บเกี่ยวผลผลิต โดยให้มีลำดับชัดเจน การจัดทำรูปภาพประกอบคำอธิบายและการปฏิบัติจริง ให้ผู้รับการอบรมได้มีส่วนร่วมในการฝึกจริงมากขึ้น ตลอดจนการพัฒนาการจัดการเรียนรู้เป็น 4 ฐาน คือ (1) ฐานการเรียนรู้การทำหัวเชื้อเห็ด (PDA) (2) การผลิตก้อนอาหารเห็ดในถุงพลาสติก (3) การแปรรูปและการถนอมอาหารจากเห็ด (4) การจัดการการเพาะเห็ดให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบที่ 6 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินการตามรูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ได้ปรับปรุงโดยเพิ่ม การบริหารทางด้านวัสดุในการดำเนินงาน (Materials) ให้เกิดประโยชน์สูงสุดคือการนำก้อนเห็ดที่ใช้แล้วไปผลิตเป็นปุ๋ยอินทรีย์ ตลอดจนการถ่ายทอดองค์ความรู้ทางด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมในด้านต่างๆ เช่น การดูแลคุณภาพน้ำที่เกิดจากการให้น้ำเห็ด

3.2 การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินการจัดสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มเป้าหมายจำนวน 12 คน กลุ่มเดียวกับกลุ่มที่รวมกันปรับปรุงรูปแบบ โดยดำเนินการต่อเนื่องใช้เวลาสนทนากลุ่มอีก 1 วัน ได้แผนทดลองปฏิบัติการ ตามรูปแบบการถ่ายทอดความรู้โดยใช้เวลาปฏิบัติการ 2 วัน เนื้อหาการถ่ายทอดประกอบด้วย ความรู้และความตระหนักต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมในกระบวนการเพาะเห็ดอินทรีย์ในขั้น (1) การทำก้อนเห็ด (2) การเปิดดอกและเก็บเกี่ยว (3) การแปรรูปและการจัดการก้อนเห็ดหลังการเก็บเกี่ยวให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมส่วนขั้นตอนและวิธีการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ได้แบ่งขั้นตอนการถ่ายทอดเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นการทำก้อนเห็ด (2) ขั้นการเปิดดอกและเก็บเกี่ยว (3) ขั้นการแปรรูป และ (4) ขั้นการจัดการก้อนเห็ดหลังการเก็บเกี่ยวให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยมีวิธีการถ่ายทอดในแต่ละขั้นตอน 3

วิธีการ ได้แก่ (1) การให้ความรู้ด้วยกาบรรยาย ศึกษาจากสื่อวีดิทัศน์ (2) การสาธิต (3) การฝึกปฏิบัติจริง

สรุปและอภิปรายผล

1. ผู้ประกอบอาชีพการเพาะเห็ดได้รับการถ่ายทอดความรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้สามารถใช้ในการเพาะเห็ดเพื่อเป็นอาชีพควบคู่กับการใช้กระบวนการเพาะเห็ดเพื่อการอนุรักษ์ ฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมทั้ง ดิน น้ำ อากาศ และพืช ให้เกิดความยั่งยืน โดยมีความรู้ในการจัดการของวัสดุและอุปกรณ์ที่เป็นของเสียจากกระบวนการเพาะเห็ดให้ไม่เป็นพิษกับสิ่งแวดล้อมและยังอาจเป็นประโยชน์กับสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ก้อนเห็ดที่ใช้แล้วเป็นปุ๋ยหมัก หรือปรับปรุงคุณภาพดินในนาข้าว⁽⁸⁾ หรือการใช้กระบวนการไพโรไลซิสเพื่อผลิตน้ำมัน⁽⁷⁾

2. การขยายผลการถ่ายทอดความรู้แบบบูรณาการกับการรักษาฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบและให้ผู้เข้ารับการถ่ายทอดเกิดความเกิดความรู้ ความตระหนัก และสามารถนำไปปฏิบัติในการประกอบอาชีพการเพาะเห็ดอินทรีย์ที่ส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมควบคู่กันไปได้อย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างรูปแบบการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนการเรียนรู้ เกี่ยวกับการเพาะเห็ด ควรมีการสนับสนุนผลิตสื่อถ่ายทอดความรู้ให้แก่

ฟาร์มที่เป็นแหล่งเรียนรู้การเพาะเห็ดให้มีสื่อใช้อย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับการส่งเสริมการเพาะเห็ดที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมโดยมีการปรับปรุงพัฒนากระบวนการส่งเสริมความรู้ในด้านการเพาะเห็ดอย่างต่อเนื่องและพัฒนาเทคนิคกระบวนการใหม่ที่มีความทันสมัยและได้ผลผลิตสูงสุด⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของฟาร์มเห็ดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือควรวิจัยเชิงปฏิบัติการในการนำรูปแบบไปทดลองปฏิบัติการจริงเพื่อตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. การพัฒนาการถ่ายทอดความรู้การเพาะเห็ดอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเมื่อขยายผลรูปแบบให้สามารถนำไปใช้ถ่ายทอดให้กว้างขวางต่อไป

3. การวิจัยต้องการผลที่ได้รับการพัฒนาการถ่ายทอดเมื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาการถ่ายทอดต่อไปอย่างยั่งยืน

4. ต้องการการสนับสนุนของนักวิชาการสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาสื่อเพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมและนำไปใช้ในฟาร์มเห็ดที่เป็นแหล่งเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

1. ภัทธ หาทวยการ และอัมพัน ห่อนาค. กลยุทธ์การตลาดเพื่อเพิ่มยอดขายฟาร์มเห็ดเกษตรฮั่วน อำเภอ พระยืนจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตศึกษากิจการมหาวิทยาลัย ขอนแก่น (MBA-KKU Journal), 7(2), 80-92; 2557.
2. พรวิภา สะนะวงศ์และสุพุมวัฒน์ พิระพันธุ์. เปรียบเทียบวัสดุเพาะที่เหมาะสมในการเพาะเห็ดตระกูล นางรม. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยสุรนารี; 2550.
3. ณัฐพงษ์ สิงห์ภูษา. การเพาะเห็ดนางรมจากวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตรที่แช่น้ำผสมด่างแทนการนึ่งฆ่าเชื้อ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีชีวภาพ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีญาญา โษธิ์จิรัตน์. 2532. เทคโนโลยีการเพาะเห็ด. กรุงเทพฯ : สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง; 2550.
4. สมาคมนักวิจัยและเพาะเห็ดแห่งประเทศไทย. เห็ดไทย 2554. กรุงเทพฯ; 2554.
5. วิมลน แก้วทอง. การลดกลิ่นจากฟาร์มปลูสดักด้วยการปลูกต้นไม้. สำนักจัดการคุณภาพน้ำกรมควบคุมมลพิษ 2555. กรุงเทพฯ; 2555.
6. ดิพร้อม ไชยวงศ์เกียรติ. เห็ด: การเพาะเห็ดฟางแบบกองเดี่ยว; 2555.
7. รวิภา ขงประยูร และกาญจนา นาคี คงสวัสดิ์. การบริหารจัดการเทคโนโลยีไพโรไลซิสกับเศษวัสดุเหลือใช้ ของกลุ่มอาชีพการเพาะเห็ดตำบลปลงยางคก อำเภอห้วยฉัตร จังหวัดลำปาง ด้วยองค์ความรู้ใน รายวิชาฟิสิกส์. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร (Naresuan University Journal), 18(3), 14-19; 2556.
8. บัญชา รัตนภู. ปุ๋ย อินทรีย์ ฟื้นฟู สภาพ ดิน. วารสาร มหาวิทยาลัย นราธิวาส ราชนครินทร์ 1.2 (2554).
9. สืบศักดิ์ นวนิจดา สำภา ภักธเกษวิทย์ และเสียงทอง นุดาลัย. การศึกษาเบื้องต้นเรื่องการเพาะ เห็ดหอมในประเทศไทย; 2554.

การปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

The Roles of Sub-district Administrative Organizations of Communicable Disease Prevention and
Control Case Study of Amphoe Chonnabot , Khonkaen Province.

คมกริช สิริภักย์โสภณ¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ประชากรที่ใช้ศึกษาคือบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากประชากร 155 คน และแบบสนทนากลุ่มจากกลุ่มตัวอย่าง 10 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ F- test และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ส่วนแบบสนทนากลุ่มวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนมากเป็นเพศชายร้อยละ 77.42 อายุเฉลี่ย 44.37 ปี (S.D=9.14) สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 55.48 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 4.76 ปี (S.D=2.66) ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อ ร้อยละ 83.87 และเคยได้รับการอบรมโรคติดต่อเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 61.94 ส่วนการปฏิบัติงานตามบทบาทของอบต. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยรวมและรายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการควบคุมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำและพบว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การรับทราบข้อมูลเรื่องโรคติดต่อ และการได้รับการอบรม ที่แตกต่างกัน การปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คำสำคัญ : องค์การบริหารส่วนตำบล, การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ABSTRACT

This descriptive research was aimed to study sub – district administrative organization staff's performance in communicable disease prevention and control action. 155 sub – district administrative organization staffs in Chonnabot District Khonkaen were addressed as research populations. The questionnaire and focus group were used as data collection methods whereas Percentages, Means, Standard Deviation, Medians, and Max – Min were gradually employed to describe the population characteristic. ONE WAY ANOVA and Independent t – test were to be inferential Statistics to compare the studied variables. Content analysis and summarizing were employed as focus group data analysis method used.

The research results were, most of the population were male as a percentage of 72.42, the average age was 44.37, the study background was lower than bachelor degree with the percentage of 55.48. The average work - experience was 4.76 (S.D. = 2.66). The percentages of 73.73 of population had been informed about communicable diseases and most of them had participated in communicable disease training course with the percentages of 61.94. According to the communicable disease prevention and control action of sub – district administrative organization staffs, both total and each item was at the moderated level. Except the prevention performance item was at low level. Moreover the study found that the staff, with different education background, position, experiences, communicable diseases informed, and training course participated, had statistically significant different performance in communicable disease prevention and control (P-Value<.05)

Keywords: Sub-district Administrative Organizations, Communicable Disease Prevention and Control

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

บทนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบใหม่ ที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายการกระจายอำนาจของรัฐบาล ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 ซึ่งบทบาทในการระงับและป้องกันโรคติดต่อ เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญที่กล่าวไว้ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ตามมาตรา 16(19) โดยให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รับผิดชอบด้านการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล ส่วนบทบาทที่ 3 คือ บทบาทตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 (แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2546) กำหนดหน้าที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลต้องทำด้านสาธารณสุข หมวด 2 มาตรา 67 (2) การรักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลและ(3)ป้องกันและระงับโรคติดต่อ⁽¹⁻²⁾

การป้องกันและระงับโรคติดต่อที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินการอยู่ปัจจุบันยังเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกาย และจิตใจโดยตรงของประชาชน เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2556 - 2558 ที่ผ่านมามีอำเภอชนบท พบอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 29.78, 95.12 และ 159.56 รายต่อแสนประชากร และโรคเลปโตสไปโรซิส(โรคฉี่หนู) 28.95, 15.37 และ 13.99 รายต่อแสนประชากร อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 21.99, 16.10 และ 11.05 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดขอนแก่น⁽³⁾

จากสภาพการณ์โรคติดต่อที่เพิ่มสูงขึ้น และยังมีข้อจำกัดเงื่อนไขในเรื่องงบประมาณสนับสนุนดำเนินกิจกรรม ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สามารถป้องกันและระงับโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ให้ลดน้อยลงหรือหมดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 7 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 7 คน เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 7 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 134 คน รวม 155 คน

กลุ่มเป้าหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้แทนประชากร ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดทำแผน เห็นชอบและควบคุมกำกับแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบลได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน และเจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผนขององค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ในเขตอำเภอชนบท รวม 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างและพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลการปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประเด็นตามกรอบ 3 ด้านคือ การแสดงความคิดเห็นในการวางแผน การพิจารณาให้ความเห็นชอบร่าง

ข้อบัญญัติ และควบคุมการบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุด เพื่อคุณแนวโน้มและการกระจายของข้อมูล สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ F-test และ Independent t-test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร ประชากรที่ศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.42) มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี (ร้อยละ 39.20) มีอายุเฉลี่ย 44.37 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.14 สำเร็จการศึกษาค่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 55.48) สถานภาพทางสังคมเป็นผู้นำชุมชน (ร้อยละ 47.74) ส่วนมากปฏิบัติงานในตำแหน่งสมาชิกอบต. (ร้อยละ 80.00) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 6 ปี ถึง 10 ปี (ร้อยละ 63.23) โดยมีประสบการณ์ต่ำสุด 2 ปี มากที่สุด 16 ปี ได้รับทราบข้อมูลเรื่องโรคติดต่อ (ร้อยละ) และผ่านการอบรมหรือศึกษาดูงาน โรคติดต่อ (ร้อยละ 61.94)

2. การปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมประชากรที่ศึกษามีการปฏิบัติงานตามบทบาท ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.79, S.D = 0.61$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์สุภาภรณ์ งามสุวรรณ (2555)⁽⁴⁾ ได้ศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อขององค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางและสอดคล้องกับชานัญ มีมูล (2557)⁽⁵⁾ ที่พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.70, S.D = 0.60$) ส่วนด้านการแสดงความคิดเห็นต่อ

การจัดทำแผนพัฒนาตำบล โดยที่ด้านการแสดงความคิดเห็นต่อการจัดทำแผนพัฒนาตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.81, S.D = 0.63$) ด้านการแสดงความคิดเห็นต่อพิจารณา และให้ความเห็นชอบร่างข้อบัญญัติส่วนด้านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบร่างข้อบัญญัติตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.89, S.D = 0.73$) และ ด้านการแสดงความคิดเห็นต่อการควบคุมการปฏิบัติงาน ของคณะผู้บริหารด้านการควบคุมการปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.65, S.D = 0.68$) ซึ่งสอดคล้องกับชานัญ มีมูล (2557) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อำเภอคำชะอี จังหวัดเลย โดยพบว่าด้านการแสดงความคิดเห็นต่อการจัดทำแผนพัฒนาตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.80, S.D = 0.60$) ด้านการแสดงความคิดเห็นต่อพิจารณา และให้ความเห็นชอบร่างข้อบัญญัติส่วนด้านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบร่างข้อบัญญัติตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.86, S.D = 0.70$) และ ด้านการแสดงความคิดเห็นต่อการควบคุมการปฏิบัติงาน ของคณะผู้บริหารด้านการควบคุมการปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.60, S.D = 0.65$)

3. เปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น จากการเปรียบเทียบตัวแปรต้น 5 ตัวแปร ที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล กับการปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อพบว่า การศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน การรับทราบข้อมูลโรคติดต่อ และการได้รับการอบรมหรือศึกษาดูงาน ที่แตกต่างกัน การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยรวมพบว่าการศึกษาที่แตกต่างกัน การแสดงความคิดเห็นการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value < 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับชานัญ มีมูล (2557)⁽⁵⁾ พบว่า การศึกษา

ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน การรับทราบข้อมูล โรคติดต่อ และการได้รับการอบรมหรือศึกษาดูงาน ที่แตกต่างกัน การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยรวม พบว่าการศึกษาที่แตกต่างกัน การแสดงความคิดเห็นการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้มีมาตรการส่งเสริม สร้างเสริมกลไก ขบวนการในการประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เช่น เปิดโอกาสให้บุคคลภายนอกหรือผู้แทนภาคประชาชนการเข้ามามีส่วนร่วม ประเมินผล ร่วมกับคณะกรรมการหน่วยงานของภาครัฐที่จัดตั้งขึ้น
2. ควรให้มีจัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ และควบคุมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและประชาชนและมีการเปิดเผยข้อมูลในที่สาธารณะ
3. ควรให้สร้างรูปแบบการติดต่อประสานงาน ทั้งในและนอกเวลา ตลอดจนเปิด ช่องทางการสื่อสาร และประสานงานหลายรูปแบบ แล้วแต่ความสะดวกของผู้ประสานงานได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และควรเปิดช่องทางให้มีการแสดงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
4. หน่วยงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการประสานข้อมูลเรื่องโรคติดต่อ สถานการณ์สุขภาพ

สภาพปัญหา ความรุนแรง เพื่อให้บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลรับทราบข้อมูลสามารถเข้าใจและนำมาแก้ปัญหา ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

5. องค์การบริหารส่วนตำบลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดให้มีการฝึกอบรมหรือศึกษาดูงานในเรื่องโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ทุกปีและต่อเนื่อง อย่างน้อย 1-2 วัน

6. องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ตลอดจนภาคีสุขภาพควรมีการประชุม หรือสัมมนาเพื่อทำแผนร่วมกัน เริ่มตั้งแต่ส่วนกลางคือระดับกระทรวง กรม กองต่าง ๆ จนถึงหน่วยงานย่อยของแต่ละส่วน ที่มีภารกิจสอดคล้องกัน ด้วยเป้าหมายอย่างเดียวกัน

7. องค์การบริหารส่วนตำบลควรสนับสนุนส่งเสริม ให้บุคลากรทุกคน ได้ศึกษาต่อและเรียนรู้เพิ่มเติมให้มากที่สุด เช่น ให้ทุนเรียนต่อปริญญาตรี ปริญญาโท หรือ ปริญญาเอก โดยเฉพาะสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

8. องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ควรเปิดรอบอัตรากำลังรองรับ ในส่วนสาธารณสุข เนื่องจากงานสาธารณสุข เป็นงานจำเพาะที่ต้องอาศัยผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะด้าน หรือโดยวิธีการโอนย้าย เปิดสมัครสอบผู้มีคุณสมบัติ หรือการส่งลูกหลานในพื้นที่ไปเรียนต่อยังแหล่งผลิตด้านสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น กรมการปกครอง, 2540.
2. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537. เล่มที่ 111 ตอนที่ 53 ก. (วันที่ 2 ธันวาคม 2537).
3. สำนักงานจังหวัดขอนแก่น. รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2558. ขอนแก่น . สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.2558 (เอกสารอัดสำเนา)
4. ทิพย์สุภาภรณ์ งามสุวรรณและคณะ. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาสารคาม.มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2555.
5. ชำนาญ มีมูล. การปฏิบัติงานตามบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ปี พ.ศ.2557. เลย, 2557.

ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Effect of Development of Chronic Kidney Disease Surveillance System in Diabetic Patients

Nonghan District, Udon Thani Province

หทัย ธาดุมลาย¹

Hathai Thadtumlay¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ เพื่อศึกษา 1)การบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน 2)เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมเสี่ยง การปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกับอัตราการกรองไต (Estimated glomerular filtration rate: EGFR) และ 3)ศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น ประยุกต์ใช้การประเมิน CIPP Model กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 130 คน ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 315 คน และเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 132 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามลักษณะผู้ป่วยและพฤติกรรมเสี่ยง (alpha 0.85), แบบสอบถามการปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง (alpha 0.90), แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (alpha 0.89), แบบสอบถามบุคลากร (alpha 0.91), แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น (alpha 0.84) สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ ไคสแควร์ ทดสอบค่าที และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า (1) สถานการณ์และสภาพแวดล้อม ด้วยสังคมที่เปลี่ยนแปลง ภาวะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องอยู่เพียงลำพัง ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน กำหนดมาตรการดำเนินงานแบบ Plan-Do-Check-Act และมีเครือข่ายท้องถิ่นร่วมดำเนินการแบบบูรณาการถึงชุมชน ทั้งนี้บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 83.1 (2) กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ร้อยละ 78.4 อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 95.1 ระยะเวลาป่วยเบาหวานต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 86.6 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระดับดี ได้แก่ BMI ร้อยละ 90.3 ความดันโลหิตตัวบน ร้อยละ 60.7 โปรตีนในปัสสาวะ ร้อยละ 96.0 เครียดในในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 96.6 ไขมันรวม ร้อยละ 88.3, LDL ร้อยละ 81.4, HDL ร้อยละ 90.7, HbA1C ร้อยละ 72.9 และ EGFR ร้อยละ 85.8 โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 81.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ EGFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ (p-value<.001) ระยะเวลาป่วยเบาหวาน (p-value<.001) BMI (p-value<.001) ความดันโลหิตตัวบน (p-value<.001) Microalbuminuria (p-value=.017) Serum creatinine (p-value<.001) ไขมันรวม (p-value<.001) LDL (p-value<.001) HDL (p-value=.006), HbA1C (p-value<.001) พฤติกรรมเสี่ยง (p-value=.047) การปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง (p-value=.044) และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (p-value<.001) ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไต (3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.6 และมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 82.6 สรุป การพัฒนาโดยใช้โปรแกรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงครั้งนี้สามารถชะลอไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง, ระบบเฝ้าระวัง

ABSTRACT

This a cross-sectional analytical research aimed to study of 1) development of chronic kidney disease (CKD) surveillance system in diabetic patients, 2) to analyze the relationship between patient characteristics, laboratory test, risk behavior, practice of risk control program, patient quality of life with estimated glomerular filtration rate (EGFR) and 3) to study the participation of local networks. This study was applied CIPP Model among three sample groups were 130 of public health personnel, 315 of diabetic patients, 132 of local networks. Data was collected from June to August 2017, tools used include: patient characteristics, risk behavior questionnaire (alpha 0.85), practice of risk control program questionnaire (alpha 0.90), patient's quality of life questionnaire (alpha 0.89), public health personnel questionnaire (alpha 0.91), the participation of local networks questionnaire (alpha 0.84). Descriptive statistics used percentages and standard deviations, inferential statistics used Chi-square Independent t-test and Pearson product moment correlation coefficient.

¹ พบ., วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์, แพทย์ประจำโรงพยาบาลหนองหาน

MD., Thai Board of International Medicine, physician in Nonghan hospital

Results shown that evaluation of Context, Input, Process improvement, Product were as follow (1) Situation of context and input with a changing society and the burden of caring for not self-help diabetics was alone, so that should be development of a chronic kidney disease surveillance system in diabetic patients to planned Set measures operation model of Plan-Do-Check-Act and the participation of local networks with integrated in the community. Public health personnel satisfaction was moderate level 83.1%. (2) These results after one year found that patients could control of risk factors 78.4%, during age 41-60 years 95.1%, diabetic duration lower than 10 years 86.6%. Laboratory test at good level were as follow BMI 90.3%, systolic blood pressure 60.7%, Microalbuminuria 96.0% Serum creatinine 96.6%, Blood cholesterol total 88.3%, LDL-Cholesterol 81.4%, HDL-Cholesterol 90.7%, HbA1C 72.9%, EGFR 85.8% and patient satisfaction was moderate level 81.9%. Relationship factors to eGFR with statistically significant at the 0.05 level were as follows age (p-value<.001), diabetic duration (p-value<.001), BMI (p-value<.001), systolic blood pressure (p-value<.001), Microalbuminuria (p-value=.017), Serum creatinine (p-value<.001), Blood cholesterol total (p-value<.001), LDL-Cholesterol (p-value<.001), HDL-Cholesterol (p-value=.006), HbA1C (p-value<.001), risk behavior (p-value=.047), practice of risk control program (p-value=.044), patient's quality of life (p-value<.001), but alcohol drink was no relationship to eGFR. (3) The participation of local networks was high level 85.6% and local networks satisfaction was moderate level 82.6%. Conclusion: these practices of risk factors control of CKD on type2 diabetic patients could be slowdown of CKD with statistically significant.

Key words: Diabetic Patient, Chronic Kidney Disease, Surveillance system

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง⁽¹⁾ จากรายงานการศึกษาพบว่า ร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังร่วมด้วย และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับต้นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งในประเทศแถบยุโรปและในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁾ นอกจากนี้การศึกษาภาวะไตเรื้อรังในประเทศไทยยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเพิ่มขึ้น⁽³⁾ ภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดจากลักษณะส่วนบุคคล สาเหตุจากมีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมาจากภาวะความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรองไต (Glomerular Filtration Rate: eGFR) เป็นภาวะเสี่ยงต่อหลอดเลือดหัวใจตีบ⁽⁴⁾ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานพบมากขึ้นทุกปีในจังหวัดอุดรธานี ปี 2557 มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 51,418 คน พบผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง จำนวน 2,699 คน คิดเป็นร้อยละ 50.5 ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต ไตเท้าหลอดเลือดสมองและหัวใจ ทั้งหมด 5,340 คน ในอำเภอหนองหาน พบปัญหาของการป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2557 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลหนองหาน จำนวน 13,964 คน อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปี 2554-2557 เท่ากับ

1.37, 1.60, 1.87, 1.88 (จำนวน 191, 223, 262, 263 คน) ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 19.65, 21.1, 23.5, 37.8 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี⁽⁵⁾

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาที่เกิดจากบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เขตอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ในปี 2557 มีลักษณะคล้ายกัน คือ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีน้อย ประกอบกับมีภาระงานมาก เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาและมีภาวะแทรกซ้อนและไม่สามารถจัดการปัญหาให้ผู้ป่วยได้ จะต้องส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบซึ่งมีความยุ่งยากและซับซ้อนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาและไม่ต้องการเสียเวลานั่งรอคิว เพื่อรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการมีความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น จึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ในปี 2558 เป็นต้นมาและทำการวิจัยประเมินผลการพัฒนาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินเปรียบเทียบความแตกต่างด้านการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของบุคลากร ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา

2. เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมเสี่ยง การปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย กับอัตราการครองตัวของผู้ป่วยเบาหวาน

3. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นในการเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน หลังการพัฒนาระบบในปี 2560 ดีกว่าระบบเดิมปี 2558

2. ลักษณะผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมเสี่ยง การปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับอัตราการครองตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นในการเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับสูง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross – sectional analytical research) ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model⁽⁶⁾ ประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทและสภาพแวดล้อม (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) ประเมินผลการพัฒนากระบวนการ (Process improvement) ผลผลิต (Product output) และ 4) ผลลัพธ์การพัฒนา (Product outcome) ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น

ประชากรที่ศึกษา 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 130 คน ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 315 คน และ เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 132 คน (ตาราง 1) มาจากการคำนวณด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁽⁷⁾ ดังนี้

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

ตาราง 1 การจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลำดับ	ประชากรที่ศึกษา	ประชากรทั้งหมด (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
1	ผู้ป่วยเบาหวาน	13,964	315
2	บุคลากร สำหรับตอบแบบสอบถาม	200	130
	บุคลากร สำหรับสนทนากลุ่ม	200	30
3	เครือข่ายท้องถิ่น สำหรับตอบแบบสอบถาม	2,673	132
4	ผู้บริหารท้องถิ่น สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก	12	8

การพัฒนาระบบงาน (Process improvement)

มีการตั้งเป้าหมาย การวางแผนและสร้างโปรแกรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง มีการพัฒนาให้บุคลากรทุกระดับได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการเชิงรุกถึงระดับพื้นที่ตำบล 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความตระหนักโดยให้ความรู้ด้านบวก โดยการเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน และให้ชมวีดิทัศน์โมเดลด้านลบของไตเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกชนิดอาหารและกำหนดปริมาณที่เหมาะสม การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ปรุงรส การฝึกคำนวณปริมาณ โซเดียมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย การเลือกประเภทการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม การประเมินความสามารถในการออกกำลังกาย แบบง่าย ที่สามารถกลับไปฝึกปฏิบัติได้เองที่บ้าน ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับนักกายภาพบำบัดและฝึก จนท. รพสต.

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา เป็นการแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาตามหลักที่ถูกต้อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการสอนร่วมกับเภสัชกร

กิจกรรมที่ 5 การประเมินวิธีการเผชิญปัญหา การพัฒนาตามวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ดังนี้

Plan มีการวางแผน กำหนดมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยมีการวางแผนเกี่ยวกับการใช้งบประมาณ เทคโนโลยี และทีมสหวิชาชีพ

Do ตั้งทีมงานเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายท้องถิ่นร่วมดำเนินการแบบบูรณาการเชิงรุกถึงระดับพื้นที่ตำบลและชุมชน

Check พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและรายงาน พัฒนาระบบการจัดการข้อมูล (Data Management) ป้อนข้อมูลสุขภาพที่ครบถ้วน ถูกต้อง และตรวจสอบงาน (Check) เพื่อทำการประสานงาน (Coordinator) นำข้อมูลไปใช้ในการควบคุม (Control) ให้ผลงานเป็นไปตามแผน และติดตาม การตรวจสอบงาน และควบคุมผลงานอย่างต่อเนื่อง (Continue)

Act โดยการพัฒนาระบบศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายท้องถิ่น กำกับติดตาม การปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานให้ดีขึ้น (Action to improvement) ก่อนการเริ่มดำเนินงานรอบใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ชุดที่ 1 แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เป็นแบบวิเคราะห์บริบทสภาพแวดล้อมและปัจจัยนำเข้า (Context and input) โดยใช้ SWOT Analysis⁽⁸⁾ นำไปกำหนดมาตรการพัฒนาและนำไปใช้ในกระบวนการเฝ้าระวังโรคไคเรื้อรังจากเบาหวาน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ค่าเชื่อมั่น 0.91) จำนวน 30 ข้อ เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินการ (Process improvement) ตามแบบ PDCA เป็นคำถามความคิดเห็นของบุคลากรต่อการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังโรคไคเรื้อรังจากเบาหวานและความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับประเมินผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 90 ข้อ เพื่อศึกษาผลผลิตการพัฒนา (Product output) เปรียบเทียบระหว่างปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย ลักษณะของผู้ป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อไคเรื้อรัง (ค่าเชื่อมั่น 0.85) แบบสอบถามการปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ค่าเชื่อมั่น 0.90)⁽⁹⁾ และความพึงพอใจของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 มิติฯ ละ 5 คำถาม ซึ่งเป็นคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตที่ประชาชนได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวด ความไม่สบาย ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แต่ละมิติจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับโดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คือ ไม่มีปัญหา - มีปัญหารุนแรง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น (ค่าเชื่อมั่น 0.84) สำหรับสอบถามสมาชิก อบต. และอสม. จำนวน 20 ข้อ เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนา (Product outcome) เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างระบบเดิมในปี 2558 กับระบบพัฒนา ในปี 2560 ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น และความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังโรคไคเรื้อรังจากเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าเชื่อมั่น โดยใช้วิธี KR-20 Kuder-Richardson หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ที่เกณฑ์มาตรฐาน ระหว่าง .20-1.0⁽¹⁰⁾ จากนั้นหาค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)

2. แนวทางการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง ผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบด้านภาษาและเนื้อหา แล้วปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variables) ที่มีการ

กระจายแบบปกติ วิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test, วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูล Continuous data หรือ rating scale ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

3. ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเ้า (Triangulation) ได้แก่ ข้อมูลจากเอกสาร แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และสภาพแวดล้อม ด้วยสังคมที่เปลี่ยนแปลง ภาระในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงเป็นปัญหาที่ยิ่งใหญ่ต่อไปสำหรับประเทศไทย และอีกไม่นานลูกหลานอาจเป็นแบบนี้ได้เช่นกัน เพราะพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป ดังนั้น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

โดยมีการวางแผน กำหนดมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ดำเนินงานด้วยเทคนิค Plan-Do-Check-Act พัฒนาบุคลากรในการจัดบริการ และมีเครือข่ายท้องถิ่นร่วมดำเนินการแบบบูรณาการเชิงรุกถึงระดับพื้นที่ตำบลและชุมชน ความพึงพอใจของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.1

2. กลุ่มที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ร้อยละ 78.4 อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 95.1 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 86.6 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในระดับดี ได้แก่ BMI ร้อยละ 90.3 ความดันโลหิตตัวบน ร้อยละ 60.7 โปรตีนในปัสสาวะ ร้อยละ 96.0 เครียดน้อยในชีร์ม ร้อยละ 96.6 ไขมันรวม ร้อยละ 88.3 LDL ร้อยละ 81.4 HDL ร้อยละ 90.7 HbA1C ร้อยละ 72.9 EGFR ร้อยละ 85.8 และความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.9 (ตาราง 2)

ตาราง 2 ลักษณะผู้ป่วยและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ กับกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ (n=315)

ปัจจัย	กลุ่มที่ควบคุมได้ จำนวน(ร้อยละ) 247(78.4)*	กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน(ร้อยละ) 68(21.6)	t	p-value
อายุ (mean ± standard deviation)	53±5.51**	54±5.72**	2.10	.04 ^β
อายุ 20-40 ปี	12(4.9)	4(5.9)		
อายุ 41-60 ปี	235(95.1)	64(94.1)		
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน	7.27±2.21	8.42±2.80	4.79	<.001 ^α
ต่ำกว่า 10 ปี	214(86.6)	18(26.5)		
ป่วย 10 ปีขึ้นไป	33(13.4)	50(73.5)		
BMI (mean ± standard deviation)	25.22±4.20	28.04±5.87	6.84	<.001 ^α
ค่าไม่ดี BMI ≤18/≥23	24(9.7)	58(85.3)		
ค่าดี BMI >18/< 23	223(90.3)	10(14.7)		
ความดันโลหิตตัวบน (mean ± standard deviation)	133.37±24.44	144±25.8	2.13	.03 ^β
ค่าไม่ดี >130 mmHg	97(39.3)	42(61.8)		
ค่าดี ≤130 mmHg	150(60.7)	26(38.2)		
ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ (mean ± standard deviation)	19.43±12.41	26.0±22.3	2.46	.014 ^β
ดี <30	237(96.0)	58(85.3)		
ไม่ดี >30	10(4.0)	10(14.7)		
เครียดน้อยในชีร์ม (mean ± standard deviation)	1.40±1.03	2.0±2.1	0.11	.002 ^β
ดี (ช่วง 0.5 - 1.2 mg/dl)	225(96.6)	31(47.0)		
ไม่ดี (ช่วง <0.5 /> 1.2 mg/dl)	8(3.4)	35(53.0)		

ตาราง 2 ลักษณะผู้ป่วยและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ กับกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ (n=315)

ปัจจัย	กลุ่มที่ควบคุมได้ จำนวน(ร้อยละ) 247(78.4)*	กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน(ร้อยละ) 68(21.6)	t	p-value
ไขมันรวมในเลือด (Cholesterol) (mean ± standard deviation)	187.38±55.5	205±15.5	1.46	.057
ดี < 200 mg/dl	218(88.3)	36(52.9)		
ไม่ดี ≥ 200 mg/dl	29(11.7)	32(47.1)		
LDL-Cholesterol (mean ± standard deviation)	130.02±35.14	143±7.6	4.22	<.001 ^α
ดี < 100 mg/dl	201(81.4)	0		
ไม่ดี ≥ 100 mg/dl	46(18.6)	68(100)		
HDL-Cholesterol (mean ± standard deviation)	45.42±2.0	50.78±3.4	5.67	.791
ดี ≥ 40 mg/dl	224(90.7)	19(27.9)		
ไม่ดี < 40 mg/dl	23(9.3)	49(72.1)		
HbA1C (mean ± standard deviation)	9.39±5.03	10.62±0.5	1.04	<.001 ^α
HbA1c ดี <7%	180(72.9)	8(11.8)		
HbA1c ไม่ดี ≥ 7% ขึ้นไป	67(27.1)	60(88.2)		
ผลตรวจการทำงานของไต (eGFR) (mean ± standard deviation)	65.71±11.2	45.57±12.84	8.58	<.001 ^α
ไม่ดี (eGFR<60 ml/min)	35(14.2)	49(72.1)		
ดี (eGFR≥60 ml/min)	212(85.8)	19(27.9)		

*significant at .05 level

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับอัตราการกรองไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ (p-value<.001) ระยะการป่วยเบาหวาน (p-value<.001) BMI (p-value<.0 01) systolic blood pressure (p-value<.0 01) Microalbuminuria (p-value=.017) Serum creatinine (p-value<.001) ไขมันรวม (p-value<.001) LDL (p-value<.001) HDL (p-value=.006), HbA1C (p-value<.001) พฤติกรรมเสี่ยง (p-value=.047) การปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง (p-value=.044) และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (p-value<.001) โดยพบปัจจัยด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลร่างกายตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวดไม่สบาย และความวิตกกังวลและซึมเศร้า ส่วนเครื่องดัดแปลงท่อไตไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไต (ตาราง 3)

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการกรองไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	r	p-value
อายุ	.585	<.001*
ระยะการป่วยเบาหวาน	.419	<.001*
BMI	.334	<.001*
ความดันโลหิต	.132	<.001*
Microalbuminuria	.500	.017*
Serum creatinine	.118	<.001*
ไขมันรวมในเลือด	.841	<.001*
LDL-Cholesterol	.773	<.001*
HDL-Cholesterol	.005	.006*
HbA1C	.879	<.001*
พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม	.454	.047*
การออกกำลังกาย	.581	<.001*
การบริโภคอาหาร	.219	.008*
สุขภาพจิต	.134	<.001*
การสูบบุหรี่	.032	<.001*

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับอัตรา
การกรองไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	r	p-value
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	.334	.101
การปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยรวม	.036	.044*
การรับประทานอาหาร	.166	<.001*
การออกกำลังกาย	.038	.008*
การส่งเสริมอารมณ์	.887	<.001*
การงดสูบบุหรี่	.453	<.001*
การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	.011	<.001*
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยรวม	.056	<.001*
ความสามารถในการเคลื่อนไหว	.139	.002*
การดูแลร่างกายตนเอง	.151	.046*
การทำกิจวัตรประจำวัน	.239	.013*
ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย	.123	.003*
ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	.578	<.001*

* significant at .05 level

3. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.6 และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.6 (ตาราง 4)

ตาราง 4 ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น (n=132)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น		
- ระดับสูง (7 – 15 คะแนน)	113	85.6
- ระดับปานกลาง (6 – 10 คะแนน)	19	14.4
- ระดับต่ำ (1 – 5 คะแนน)	0	0.0
ความพึงพอใจของเครือข่ายท้องถิ่น		
- ระดับต่ำ	109	82.6
- ระดับปานกลาง	23	17.4
- ระดับสูง	0	0.0

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ร้อยละ 78.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ EGFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาป่วยเบาหวาน BMI ความดันโลหิตตัวบน Microalbuminuria Serum creatinine ไขมันรวม LDL, HDL, HbA1c พฤติกรรมเสี่ยง การปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับ EGFR ส่วนกลุ่มที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ได้นั้น อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน มีอาการเหนื่อยจากน้ำหนักร่างกายมาก หรือการรับประทานอาหารที่หาซื้อได้ง่าย สะดวก และราคาถูก จึงต้องรับประทานอาหารตามที่มันั้น โดยไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากสารอาหารเหล่านั้นและอาจเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของการป่วยเบาหวานหรือเกิดโรคไตเพิ่มขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจเนื่องมาจากการป่วยเบาหวานมานาน ทำให้ภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงขึ้น ตลอดจนมีโปรตีนหรือไขมันรั่วออกมาในปัสสาวะจากการที่ไตทำงานหนักและไตเสื่อมจึงทำให้มีค่าอัตรากรองไตต่ำหรือไตเสื่อมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ หากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังที่ถูกต้อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มที่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จะมีค่าความดันโลหิต ระยะเวลาป่วยเบาหวาน HbA1c, serum creatinine ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการควบคุมและพบค่า eGFR สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการควบคุม⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาป่วยเบาหวานมากกว่า 10 ปี จะปรากฏค่า serum creatinine, proteinuria, systolic blood pressure > 130 mm Hg มีความสัมพันธ์กับไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน⁽¹²⁾

ผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.6 และความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.6 ซึ่งจะส่งผลให้เกิด Outcome คือ สุขภาพดีขึ้น (Improve health) ของผู้ป่วยเบาหวาน และมีกระบวนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ

การที่ชัดเจน โดยใช้หลักการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDCA: Plan, Do, Check, Action)⁽⁶⁾ การใช้คำอัตรการกรองไตเพื่อประเมินระยะการป่วยโรคไตจากเบาหวานตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1-2 จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของไตให้ดีขึ้น

สรุป ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงได้ว่า การปฏิบัติตนตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงมีผลทำให้อัตราการกรองไตเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการชะลอการเสื่อมของไตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญต่อกระบวนการกำหนดนโยบายและกระบวนการวางแผน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ถึงระดับตำบล

2. การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังจากเบาหวาน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต การงดสูบบุหรี่และงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะสามารถลดอัตราการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ จากโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ไต ตา ขา เท้า หัวใจและหลอดเลือดสมอง และช่วยชะลออัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลงได้

3. หากให้ความสำคัญอย่างมากในด้านจัดการอารมณ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะช่วยชะลอไตเสื่อมเรื้อรังได้มากขึ้น ดังนั้นควรดำเนินการเชิงรุกและ

ดำเนินการอย่างใกล้ชิด ตลอดจนการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยตามโปรแกรมโดยเคร่งครัด เพื่อลดภาวะการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาโรคเบาหวาน โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง โดยติดตามและคอยเตือนผู้ป่วยให้มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง

5. การให้ความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง จะสามารถลดอัตราการล้มเหลวของอวัยวะจากโรคแทรกซ้อน เช่น ไต ตา ขา เท้า หัวใจและหลอดเลือดสมอง และช่วยชะลออัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลงได้

6. ทำการศึกษาที่มีการเก็บข้อมูลแบบ prospective study และทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก นายแพทย์วีรชัย ทีหลวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน ที่ให้การปรึกษาแนะนำ ตลอดจนทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามที่กรุณาให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. **Media centre.** Fact sheets no 312 . Diabetes 2010 . [cited 2015 November 9] . Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312_2010.pdf
2. American Diabetes Association. **Standards of Medical Care in Diabetes 2010 (Position statement).** Diabetes Care; 33: S11-61, 2010.
3. พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงค์สาธิต และ อัมรินทร์ ทักสินเสถียร. การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์,โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล. ทู่นสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: 2-45, 2557.
4. Parving H, Osterby R, Ritz E. **Diabetic nephropathy in The Kidney.** edited by Brenner BM, Levine S, Philadelphia, W.B. Saunders: 1731, 2000.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557. กลุ่มงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ, 2557.

6. Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, (Eds.). **Evaluation models.** (2nd ed). Boston: Kluwer Academic Publishers : 1-16, 2000.
URL: <http://www.wiley.com>. Cited in 5 April 2016.
7. Daniel WW. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences.** (6th ed). John Wiley & Sons Singapore, 1995.
8. ประกาศ อนันตา และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา. ศึกษารูปแบบการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติและประเมินผลแผนเชิงกลยุทธ์หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเกษตรวิสัย. วารสารการจัดการสมัยใหม่; 11 : 9-18, 2556.
9. วิรัช เกษมทรัพย์ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง กนกพร ปุฒ่า. การประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: 41-42, 2551.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น, 2545.
11. Dodhia SS, Vidja K, Bhabhor M, Kathrotia R, Vala N, Joshi V. **Factors Affecting Progression of Nephropathy in Type 2 Diabetes Mellitus.** Department of Physiology, Shri. M. P. Shah Medical College (Gujarat). India: AIIMS, Rishikesh : 1-6, 2554.
12. Alwakeel JS, Isnani AC, Alsuwaida A, AlHarbi A, Shaikh SA, AlMohaya S, Ghonaim MA. **Factors affecting the progression of diabetic nephropathy. Single-center experience.** Ann Saudi Med; 31: 236-42, 2011. [cited 2017 Feb 2]. Available from URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

ระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน ตำบลนามนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

The Noise Level of Rice Milling Machine at Ban Namon, Namon District, Kalasin Province

อนุรักษ์ ปิ่นทอง¹, พงศกร ชาวเชียงตุง¹ อนงค์นารถ โรจนกร วังคำหาญ¹ และ กาญจนา สนอุทา¹Anurak Pintong¹, Pongsakorn Chaochiantung¹ Anongnart Rotjanakorn Wangchamhan¹ and Kanjana Sonouta¹,

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดระดับเสียงรบกวนและประเมินระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดกลางและเครื่องสีข้าวขนาดเล็ก ชุมชนบ้านนามน ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีมาตรฐานของการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน ซึ่งทำการตรวจวัดระดับเสียงในช่วงวันที่ 12 - 25 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา พบว่าการตรวจวัดระดับเสียงรบกวน พบว่า ระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดกลางเท่ากับ 32.49 เดซิเบลเอ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87 และระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดเล็กเท่ากับ 27.59 เดซิเบลเอ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.79 2) การประเมินระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดกลางและเครื่องสีข้าวขนาดเล็ก โดยการเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของเสียง พบว่า ค่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดกลางมีค่า p-value เท่ากับ 0.00 และเครื่องสีข้าวขนาดเล็กมีค่า p-value เท่ากับ 0.00 ซึ่งระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดกลางและเครื่องสีข้าวขนาดเล็กมีความแตกต่างกับค่ามาตรฐาน นั้นแสดงให้เห็นว่าการทำงานของเครื่องสีข้าวทั้ง 2 ประเภทปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน

คำสำคัญ : ระดับเสียงรบกวน, เครื่องสีข้าว

Abstract

The objectives of this research were to measure and evaluate of noise levels in small and medium milling machines at Ban Namon, Namon district, Kalasin province. Standard methods were used available to measure the noise levels following by the national environmental Board no. 29 (BE.2550) with noise levels measurements of noise levels were on the 12th - 25th December 2016.

The findings were as follows. Measurement of noise levels were founded that noise levels of medium milling machines were 32.49 d(B)A and standard deviation was 1.87, small milling machines were 27.59 d(B)A and standard deviation was 4.79. The noise level evaluation of small and medium rice milling machines in compared with according to the noise standard that was not exceeded 10 d(B)A in the one 0.05 level. The noise levels of medium rice milling machines were analyzed in statistically significant as $p < 0.05$. The noise levels of small rice milling machines were analyzed in statistically significant as $p < 0.05$. The noise levels evaluation of small and medium milling machines were measured differently from the noise level standards showed that working for both the small and medium milling machines were caused of high levels of noise exceeded the standards.

Keyword : Noise Level, Rice Milling Machine

¹ สาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

¹ Environmental Science Program, Faculty of Liberal Art and Science, Kalasin University

บทนำ

ปัจจุบัน มลพิษจากเสียง เป็นปัญหาที่พบใน เขตชุมชนและพื้นที่ต่าง ๆ ที่มีการขยายตัวของการคมนาคมขนส่งอุตสาหกรรม ที่เป็นแหล่งกำเนิดเสียง⁽¹⁾ โดยเสียงรบกวนเป็นปัญหาที่ประชาชนได้รับจากการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีแหล่งกำเนิดเสียงรบกวนจนเป็นเหตุเดือดร้อนรำคาญ⁽²⁾ ซึ่งมลพิษทางเสียง เป็นปัญหามลพิษประเภทหนึ่งที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในเมืองใหญ่หรือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีเสียงดังในปัจจุบัน⁽³⁾ โดยถือว่ามลพิษทางเสียงเป็นภัยใกล้ตัวที่มองไม่เห็นจับต้องไม่ได้แต่สามารถรับรู้ได้ด้วยความรู้สึกเท่านั้น มลพิษทางเสียงแม้จะไม่เป็นภัยถึงแก่ชีวิตในทันทีแต่เสียงที่ดังอาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานสูญเสีย สมรรถภาพการได้ยินไปชั่วขณะหรืออาจสูญเสียการได้ยินแบบถาวร นอกจากนี้ยังมีผลอื่น ๆ ต่อร่างกายได้คือ พบว่ามีความสัมพันธ์กับ โรคความดันโลหิตสูง และผลต่อจิตใจคือทำให้เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงาน ลดลงและเสียงต่อการเกิด อุบัติเหตุจากการทำงานได้ด้วย⁽⁴⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งในบริบทของชุมชนบ้านนามนเป็นหมู่บ้านที่มีการทำนาเป็นอาชีพหลัก โรงสีข้าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการแปรรูปข้าว ชุมชนบ้านนามนเป็นชุมชนที่มีการใช้เครื่องสีข้าวเข้ามาในกระบวนการแปรรูปข้าวเปลือกเป็นข้าวสารแทนการตำด้วยครกจึงทำให้เกิดมลพิษทางเสียงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลด้านสาธารณสุขแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงสีข้าวและประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อประเมินระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาบริบทโรงสีข้าว โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของโรงสีข้าว
2. การดำเนินการตรวจวัดระดับเสียงรบกวน โดย 1) การเตรียมเครื่องมือวัดเสียง ยี่ห้อ RION รุ่น NL-22 2) ทำการเปรียบเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดระดับเสียงด้วยอุปกรณ์ตรวจสอบความถูกต้อง อะคูสติก คาลิเบรเตอร์ (Acoustic Calibrator) และ 3) ปรับมาตรฐานระดับเสียงไว้ที่วงจรถ่วงน้ำหนัก "A" (Weighting Network "A") และที่ลักษณะความไวต่อรับเสียง "Fast" (Dynamic Characteristics "Fast")
3. การตั้งเวลาการเก็บข้อมูล ได้แก่ ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด (LAeq) 1 ชั่วโมง ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน (LAeq) 5 นาที และ ระดับเสียงพื้นฐาน (LA90) 5 นาที
4. การตรวจวัดระดับเสียงรบกวน ทำการตรวจวัด 3 พารามิเตอร์ ได้แก่ ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด (LAeq) ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน (LAeq) ระดับเสียงพื้นฐาน (LA90)
5. ระยะเวลาการตรวจวัดระดับเสียงรบกวน 14 วัน ในช่วงวันที่ 12 – 25 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การประมวลผลข้อมูลระดับเสียงรบกวนใช้วิธีมาตรฐานของการตรวจวัดเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550)⁽⁵⁾ เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน
2. การประเมิน ระดับเสียงรบกวน โดยการเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของเสียงรบกวน มีค่าเท่ากับ 10 เดซิเบลเอ โดยใช้สถิติ One Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

1. ระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าว ระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนและได้ผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าว

ขนาดกลาง				
ครั้งที่	ระดับเสียง พื้นฐาน (LA90) ,dBA	ระดับเสียงขณะ ไม่มีการรบกวน (LAeq) ¹ ,dBA	ระดับเสียงของ แหล่งกำเนิด (LAeq) ² ,dBA	ระดับเสียง ขณะมีการ รบกวน (dBA)
1	36.70	46.70	70.20	33.50
2	40.00	47.70	70.5	30.50
3	39.90	48.00	71.20	31.30
4	40.00	50.10	72.00	32.00
5	39.10	46.00	71.70	32.60
6	37.70	42.90	70.30	32.60
7	35.20	44.30	70.10	34.90
8	36.40	46.50	70.10	33.70
9	37.40	55.00	72.30	34.90
10	42.80	50.30	71.70	28.90
11	41.00	55.00	74.30	33.30
12	43.10	49.90	73.70	30.60
13	35.70	41.50	70.70	35.00
14	40.50	48.10	71.50	31.00

หมายเหตุ : LAeq¹ คือ ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวนLAeq² คือ ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด

1.1 ระดับเสียงรบกวนเครื่องสีข้าวขนาดกลาง การตรวจวัดระดับเสียงรบกวน และการคำนวณระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดกลาง โดยใช้เทคนิคการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 พ.ศ. 2550⁽⁵⁾ เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน โรงสีข้าวขนาดกลาง ตั้งอยู่บ้านนามน หมู่ 7 ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เริ่มเปิดกิจการตั้งแต่ พ.ศ. 2557 – ปัจจุบันเป็นเวลา 2 ปี มีการสีข้าวเพื่อการพาณิชย์เป็นโรงสีข้าวรุ่น 4 หินขัดข้าวเครื่องจักรมีขนาด 50 แรงม้า มีคนทำงานทั้งหมด 4 คน ซึ่งโรงสีข้าวขนาดกลางนั้นตั้งอยู่บริเวณพื้นที่เกษตรกรรม

ผลระดับเสียงรบกวนดังแสดงในตาราง 1 พบว่า มีระดับเสียงรบกวน 33.50, 30.50, 31.30, 32.00, 32.60, 32.60, 34.90, 33.70, 34.90, 28.90, 33.30, 30.60, 35.00 และ 31.00 เดซิเบลเอ ตามลำดับ ซึ่งระดับเสียงรบกวนต่ำสุด คือ 28.90 เดซิเบลเอ และระดับเสียงรบกวนสูงสุด คือ 35.00 เดซิเบลเอ ซึ่งผลจากการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดกลาง

มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.49 เดซิเบลเอ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87

1.2 ระดับเสียงรบกวนเครื่องสีข้าวขนาดเล็ก การตรวจวัดระดับเสียงรบกวน และการคำนวณระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดเล็ก โดยใช้เทคนิคการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 พ.ศ. 2550 เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน โรงสีข้าวขนาดเล็ก ตั้งอยู่บ้านนามน หมู่ 9 ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เริ่มเปิดกิจการตั้งแต่ พ.ศ. 2537 – ปัจจุบันเป็นเวลา 23 ปี มีการสีข้าวเพื่อบริโภคในครัวเรือน เป็นโรงสีข้าวรุ่น 3 หินขัดข้าวเครื่องจักรมีขนาด 15 แรงม้า มีคนทำงานทั้งหมด 2 คน ซึ่งโรงสีข้าวขนาดเล็กนั้นตั้งอยู่ในบริเวณพื้นที่ชุมชน

ผลระดับเสียงรบกวนดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่า มีระดับเสียงรบกวน 29.80, 28.10, 24.00, 29.70, 20.0, 22.90, 24.50, 28.90, 29.70, 32.70, 19.40, 27.10, 35.70 และ 33.10 เดซิเบลเอ ตามลำดับ ซึ่งระดับเสียงรบกวนต่ำสุด คือ 19.40 เดซิเบลเอ และระดับเสียงรบกวนสูงสุด คือ 35.70 เดซิเบลเอ ซึ่งผลการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดเล็กมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.59 เดซิเบลเอ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.79

ตาราง 2 แสดงระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดเล็ก

ครั้งที่	ระดับเสียง พื้นฐาน (LA90),dBA	ระดับเสียงขณะ ไม่มีการรบกวน (LAeq) ¹ ,dBA	ระดับเสียง ของ แหล่งกำเนิด (LAeq) ² ,dBA	ระดับเสียง ขณะมีการ รบกวน (dBA)
1	38.70	48.20	68.50	29.80
2	39.30	47.80	67.40	28.10
3	39.50	48.10	63.50	24.00
4	38.80	49.30	68.50	29.70
5	51.00	53.90	71.60	20.60
6	49.80	52.20	72.70	22.90
7	48.70	51.60	73.20	24.50
8	38.60	47.90	67.50	28.90
9	37.80	46.70	67.50	29.70
10	38.70	47.60	71.40	32.70
11	49.50	52.70	68.90	19.40
12	37.80	47.90	64.90	27.10
13	38.70	48.40	74.40	35.70
14	36.80	46.70	69.90	33.10

หมายเหตุ : LAeq¹ คือ ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน

LAeq² คือ ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด

2. การประเมินระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าว การประเมินระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน ตำบลนามน อำเภอนาหมื่น จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ทำการประเมินระดับเสียงรบกวนเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานโดยใช้เทคนิคการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 พ.ศ. 2550⁽⁵⁾ เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวนซึ่งได้กำหนดไว้ไม่เกิน 10 เดซิเบลเอ และได้ผลการศึกษาดังนี้

2.1 การประเมินระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดกลาง การประเมินระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดกลางพบว่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 32.49 เดซิเบลเอ) ที่ทำการตรวจวัดมีความแตกต่างกับค่ามาตรฐาน (10 เดซิเบลเอ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องสีข้าวขนาดกลางปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การประเมินระดับเสียงรบกวนเครื่องสีข้าวขนาดเล็ก การประเมินระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดเล็กพบว่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 27.59 เดซิเบลเอ) ที่ทำการตรวจวัดมีความแตกต่างกับค่ามาตรฐาน (10 เดซิเบลเอ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องสีข้าวขนาดเล็กปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การตรวจวัดระดับเสียงรบกวน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดกลาง เท่ากับ 32.49 ± 1.87 เดซิเบลเอ และค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดเล็กเท่ากับ 27.59 ± 4.79 เดซิเบลเอ แสดงให้เห็นว่าโรงสีข้าวทั้ง 2 ประเภทปล่อยเสียงรบกวน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของดวงใจ ปุราถาณัง และอุทัยวรรณ บุญมีศรี (2545)⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษาเสียงรบกวนจากโรงสีข้าวบริเวณตำบล

หลุม อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการตรวจวัดระดับเสียงต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ในระยะ 30 เมตร จากแหล่งกำเนิดเสียงจำนวน 3 จุด พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยเสียงรบกวน จุดที่ 1 เท่ากับ 7.4 เดซิเบลเอ ระดับค่าเฉลี่ยเสียงรบกวน จุดที่ 2 เท่ากับ 17.1 เดซิเบลเอ และระดับค่าเฉลี่ยเสียงรบกวน จุดที่ 3 เท่ากับ 5.4 เดซิเบลเอ แสดงให้เห็นว่าเครื่องสีข้าวปล่อยเสียงรบกวน

การประเมินระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดกลาง และเครื่องสีข้าวขนาดเล็ก โดยการเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของเสียงรบกวน มีค่าเท่ากับ 10 เดซิเบลเอ พบว่าค่าระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดกลางมีค่า p-value เท่ากับ 0.00 และเครื่องสีข้าวขนาดเล็กมีค่า p-value เท่ากับ 0.00 ซึ่งระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวขนาดกลางมีค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวน เท่ากับ 32.49 ± 1.87 เดซิเบลเอ และเครื่องสีข้าวขนาดเล็กมีค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวน เท่ากับ 27.59 ± 4.79 เดซิเบลเอ มีค่าความแตกต่างกับค่ามาตรฐานที่กำหนดระดับเสียงรบกวนต้องไม่เกิน 10 เดซิเบลเอ แสดงให้เห็นว่าการทำงานของเครื่องสีข้าวทั้ง 2 ประเภทปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของดวงใจ ปุราถาณัง และอุทัยวรรณ บุญมีศรี (2545)⁽⁶⁾ ทำการศึกษาเสียงรบกวนจากโรงสีข้าวบริเวณตำบลหลุม อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งทำการตรวจวัดระดับเสียงต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง 32 ในระยะ 30 เมตร จากแหล่งกำเนิดเสียงจำนวน 3 จุด โดยค่าระดับเสียงรบกวน เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน 10 เดซิเบลเอ จุดที่ 1 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวน เท่ากับ 7.4 เดซิเบลเอ จุดที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวน เท่ากับ 17.1 เดซิเบลเอ และจุดที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวน เท่ากับ 5.4 เดซิเบลเอ พบว่าจุดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวนเกิน 10 เดซิเบลเอ แสดงให้เห็นว่าเครื่องสีข้าวปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือ มาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม. (พิมพ์ครั้งที่ 4) สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. ส่วนมลพิษทางเสียงและความสั่นสะเทือน สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ. (2550). คู่มือวัดเสียงรบกวน. กรุงเทพฯ : บริษัทไอซีปรีนท์ จำกัด.
3. ศิวพันธุ์ ชูอินทร์. (2556). ความรู้เบื้องต้นด้านมลพิษทางเสียง : กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

4. ภูมิต เพื่องฟู, ช่อจิต หรั่งศิริ, วิโชติ บุญเปลี่ยน, สมถวิล นุกิจ, ศุภดิศ สงวนนวน, พงษ์เทพ หารชุมพล, สันตนิษฐ์ ผาสุข, ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์, และ บุญเต็ม แสงดิษฐ์. (2556). “การสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงในโรงซักรีด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และการจัดการด้านอาชีวอนามัย,” *เวชสารแพทย์ทหารบก.* 66(4) : 161-168.
5. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ.2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน. (2550, 16 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนพิเศษ 98 ง. หน้า 23
6. ดวงใจ ปุราถานัง และอุบลัยวรรณ บุญมีศรี. (2545). การศึกษาเสียงรบกวนจากโรงสีข้าวบริเวณตำบล หลุบ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. สาขาวิชาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม คณะเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

การพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ

Developing a Model cause of Deaths out Hospital in Amnatcharoen Provincial

อัญชลี หน่อแก้ว¹, วุฒิพงษ์ สิ้นทรัพย์², และ นัฐวุฒิ พัวพิทยาลิณี³

Anchalee Norkaew¹, Wuttiphong Sinsap², and Nattawut Puapittayalert³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล และ 3) ศึกษาสภาพปัญหาของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล โดยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – กันยายน 2559 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) วางแผนเตรียมการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาลย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างปี 2555 – 2557 จัดทำแผนอบรมและแผนเก็บข้อมูล 2) ปฏิบัติตามแผนโดยอบรมเชิงปฏิบัติการนายทะเบียนอำเภอ และผู้ช่วยนายทะเบียนอำเภอ (กำนันและผู้ใหญ่บ้าน) 3) สอนงานโดยติดตามตรวจสอบผลการลงข้อมูลสาเหตุการตายให้แก่นายทะเบียนอำเภอและผู้ช่วยนายทะเบียนอำเภอ ส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) รายอำเภอทุก 3 เดือน และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ ทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายรายอำเภอ ทุก 3 เดือน โดยจัดสนทนากลุ่มแล้วนำผลไปปรับปรุงแผนปฏิบัติงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2558 – 2559 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 112 คน ได้แก่ นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ 7 อำเภอละ 4 คน นายทะเบียนอำเภอทุกอำเภอ 7 คน ผอ.รพ.สต.ทุกแห่ง 77 คน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานด้วยแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล จังหวัดอำนาจเจริญไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่เกิน ร้อยละ 25) โดยปี พ.ศ.2557 มีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุและการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน (Ill Defined) ร้อยละ 23.95 และปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 22.16 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล คือ 1) ด้านบุคลากร นายทะเบียนอำเภอมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักในการสัมภาษณ์ข้อมูลผู้มาแจ้งการตาย ระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$) และ ผอ.รพ.สต.มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนัก ระดับมาก ($\bar{X}=3.65$) ผอ.รพ.สต.เป็นคนที่อยู่ในพื้นที่ตำบล/อำเภอนั้นนานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 85.71 นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่เป็นคนอยู่ในพื้นที่ตำบล/อำเภอนั้นนานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 90.25 2) ด้านอุปกรณ์ งานทะเบียนราษฎรมีโปรแกรมที่สามารถสืบค้นข้อมูลบุคคลได้ทั่วประเทศทุกอำเภอ 3) ด้านกระบวนการ มีการติดตามสอนงานที่สม่ำเสมอทุก 3 เดือน ทุกอำเภอ ร้อยละ 100

คำสำคัญ: คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล, ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุและการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน

Abstract

This research aims 1) to study the result of the cause of deaths outside hospital model development in Amnatcharoen Province, 2) to study factors related to the successful of the cause of deaths outside hospital model development and 3) to study the cause of deaths outside hospital model development provisions in Amnatcharoen Province. The research was conducted by purposive sampling selected 112 participants from 7 districts including District Registrar 7 officers, Director of District Health Promotion Hospital 77 officers and District Registrar Assistances 4 officers from each of district during October 1st, 2014 to September, 2016. A Mixed Methodology was completed by interviewing, observation and focus group. Descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation were used for data analysis. The Action Research was consisting 4 steps; 1) Plan, by compile and analyze the data of cause of deaths outside hospital from 2012 to 2014, prepare the training program and data collecting timeline 2) Action, an Action Research was conducted with District Registrar and District Registrar Assistances (village headman) 3) Coaching, follow up the result of cause of deaths outside hospital record and report to District Registrar and Director of District Health Promotion Hospital every 3 months 4) Reflect, by using quality inspection the district cause of deaths data every 3 months by focus group then develop an improve plan for fiscal year 2015-2016.

Results: The results showed that the quality of cause of deaths outside hospital data was under the Ministry of Public Health standard (less than 25%), 23.95 % in 2014 and 22.16 % in 2016 for the data of unknown and ill-defined cause of deaths. Factors that related to

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

the successful of the cause of deaths outside hospital model development are 1) Personnel, District Registrars had moderate level ($\bar{X} = 3.40$) of knowledge and awareness for interviewing the cause of deaths. Otherwise, Director of District Health Promotion Hospital had high level ($\bar{X} = 3.65$) and 85.71% of them had worked in the area for more than 10 years. 2) Instruments, the Civil Registration Section had program that can access to investigate the country personal data and 3) Process, should be follow up every 3 months in all districts regularly.

Key Word: the cause of deaths outside hospital model development, the data of unknown and ill-defined cause of deaths.

บทนำ

ระบบทะเบียนราษฎร์เป็นบริการภาครัฐที่สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย จัดให้บริการประชาชนทางด้านทะเบียนราษฎร์และบัตรประชาชนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เป็นระบบที่ทำการบันทึกเหตุการณ์ชีพในรูปของทะเบียนชีพต่างๆ ได้แก่ การเกิด การตาย การสมรส เปลี่ยนชื่อ ย้ายที่อยู่ เป็นต้น ซึ่งระบบทะเบียนราษฎร์ของไทยเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมสูงถึงร้อยละ 95 ของประชากรทั้งหมด พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร์ พ.ศ.2534 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 ได้กำหนดให้กรณีที่มีคนตายในบ้านหรือพบคนตายนอกบ้านให้เข้าบ้านหรือบุคคลที่พบศพมีหน้าที่ต้องแจ้งการตายต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ภายใน 24 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่บุคคลนั้นตายหรือเวลาที่พบศพ หากไม่แจ้งถือว่ามีความผิดและมีโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท โดยนอกเขตเทศบาลให้แจ้งที่สำนักทะเบียนตำบล ซึ่งได้แก่บ้านของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เมื่อมีการแจ้งตาย กรณีเป็นการตายนอกสถานพยาบาลและไม่ใช้การตายผิดธรรมชาติให้นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ ได้แก่ กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ออกใบรับแจ้งการตาย (ท.ร.4 ตอนหน้า) แต่ไม่ต้องลงสาเหตุการตาย และให้ผู้แจ้งการตายนำใบรับแจ้งการตายไปพบนายทะเบียนอำเภอหรือนายทะเบียนท้องถิ่นเพื่อสัมภาษณ์หาสาเหตุการตายจากผู้แจ้งก่อนลงสาเหตุการตาย และออกใบมรณะบัตรให้กับผู้แจ้งตายต่อไป⁽¹⁾

จากการสำรวจประชากรระหว่างปี พ.ศ.2548 – 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าข้อมูลสาเหตุการตายของประเทศไทยมีคุณภาพต่ำ และสัดส่วนสาเหตุการตายไม่ชัดเจนสูงเป็นอันดับต้นของโลก คือ ปี พ.ศ.2546 มีข้อมูลสาเหตุการตายไม่ชัดเจน ร้อยละ 45 และร้อยละ 57.2 ในปี พ.ศ.2552 โดยร้อยละ 60 – 70 ของการตายทั้งหมดเกิดนอกสถานพยาบาลและถูกระบุสาเหตุการตายโดยญาติผู้แจ้งตาย

หรือกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ไม่มีความรู้ทางการแพทย์ ทั้งนี้กฎหมายได้กำหนดให้แจ้งการตายเป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ⁽²⁾

ข้อมูลสาเหตุการตายเป็นฐานข้อมูลที่มีความสำคัญในการสะท้อนปัญหาสุขภาพ การป่วย การตายและการเกิดโรค นำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างตรงประเด็น ข้อมูลสาเหตุการตายที่ถูกต้องเป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพได้ดีที่สุด⁽³⁾

การประเมินคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายของจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ปี พ.ศ.2556 – 2558 มีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุและการระบุสาเหตุการตายไม่ชัดเจนมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 23.52 ในปี พ.ศ.2558 และพบว่ามีบางอำเภอยังใช้ระบบการแจ้งตายแบบเดิมก่อนปี พ.ศ.2553 โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นผู้สันนิษฐานสาเหตุการตายในใบรับแจ้งการตายก่อนให้ผู้แจ้งตายนำไปพบนายทะเบียนอำเภอหรือนายทะเบียนท้องถิ่น เพื่อสัมภาษณ์และออกใบมรณะบัตรให้กับผู้แจ้งตาย⁽⁴⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะศึกษาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายกรณีนอกสถานพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการสันนิษฐานสาเหตุการตายในใบรับแจ้งการตาย ให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่มีคุณภาพนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย นอกสถานพยาบาล กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ

3. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – กันยายน 2559 โดยมีขั้นตอนในการศึกษา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างปี 2555 – 2557 และจัดทำแผนอบรม แผนการเก็บข้อมูล 2) การปฏิบัติงานตามแผน โดยอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพส่วนขาดและเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการข้อมูลสาเหตุการตายให้กับนายทะเบียนอำเภอ นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ (กำนันและผู้ใหญ่บ้าน) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน 3) สอนงาน (Coaching) โดยติดตามตรวจสอบผลการลงข้อมูลสาเหตุการตายให้กับนายทะเบียนอำเภอ นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ และ ผอ.รพ.สต. รายอำเภอทุก 3 เดือน และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายรายอำเภอทุก 3 เดือน โดยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) และศึกษาสภาพปัญหา ความสำเร็จจากการดำเนินงาน ในประเด็นความถูกต้องของการให้ข้อมูลพื้นฐานสาเหตุการตายแล้วไปปรับปรุงรูปแบบการแจ้งตายที่ให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่มีคุณภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2558 – 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ (กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน) นายทะเบียนอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.)

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 112 คน ได้แก่ นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ 7 อำเภอๆละ 4 คน นายทะเบียนอำเภอทุกอำเภอ 7 คน ผอ.รพ.สต.ทุกแห่ง 77 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรงตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ทั้งนี้ในขั้นตอนการวางแผนใช้แบบบันทึกเก็บข้อมูล ขั้นตอนปฏิบัติงานใช้แบบสังเกตการฝึกอบรม ส่วนขั้นตอนสอนงานและสะท้อนผลการปฏิบัติงานใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามและแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 สอบถาม ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย เป็นข้อคำถามแบบไลเคิร์ตสเกล (Likert Scale) โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวในช่องที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็น คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับมากที่สุด	= 5 คะแนน
ระดับมาก	= 4 คะแนน
ระดับปานกลาง	= 3 คะแนน
ระดับน้อย	= 2 คะแนน
ระดับน้อยที่สุด	= 1 คะแนน

การแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) พิจารณาจากระดับคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ ซึ่งจัดขึ้นเท่ากันเป็น 5 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านอุปกรณ์ 3) ด้านกระบวนการ 4) ด้านปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จัดเก็บโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มจากนายทะเบียนอำเภอทุก

อำเภอ นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ และผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง รวม 112 คน

ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ผู้วิจัยได้
ทำการศึกษาจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
รวมถึงการสืบค้นจาก Internet และ Website

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

1. ความเที่ยง (Validity) การตรวจสอบความ
เที่ยงตรงของเนื้อหาในแบบสอบถามทุกข้อคำถาม ในด้าน
ความสอดคล้องของเนื้อหา กับหัวข้อการวิจัยจาก
ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน นำมาคำนวณหาค่าโดยวิธี Item
Objective Congruence Index (IOC) ข้อคำถามที่มีค่า IOC
> 0.5 แสดงว่าสามารถนำไปใช้งานจริง

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) การทดสอบความ
เชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการ ทดลอง (Trial) ใช้
กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์
Alpha (Alpha Coefficient) ด้วยวิธีการของ Cranach's
Alpha ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์
พบว่า แบบสอบถามฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ Alpha =
0.842 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ (0.7) แสดงว่าแบบสอบถามมีความ
น่าเชื่อถือสามารถนำไปใช้งานได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะประชากรของกลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 112 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุระหว่าง 41 – 50 ปี
ร้อยละ 36.7 อายุเฉลี่ย 47.3 ปี (S.D. = 10.3) อายุน้อยที่สุด
22 ปี อายุมากที่สุด 56 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 95.7
จบการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรี ร้อยละ 82.5 ระยะเวลาการ
ดำรงตำแหน่ง 1 – 5 ปี ร้อยละ 38.5 ระยะเวลาเฉลี่ย 8.8 ปี
(S.D. = 5.7) ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งน้อยสุด 1 ปี
ระยะเวลาดำรงตำแหน่งสูงสุด 25 ปี

2. ผลของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการ
นอกสถานพยาบาล จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างปี พ.ศ.

ความรู้เรื่องขั้นตอนการแจ้งตาย กรณีนอกสถานพยาบาล
แก่นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน)
นายทะเบียนอำเภอ และ ผอ.รพ.สต.ทุกคนปีละ 1 ครั้งโดย
มีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้แจ้งตายไปพบและให้ข้อมูลกำนันหรือ
ผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่พบศพ 2) กำนันหรือผู้ใหญ่บ้านออกไป
รับแจ้งการตาย แต่ไม่ต้องลงข้อมูลสันนิษฐานสาเหตุการ
ตาย 3) ผู้แจ้งตายนำใบรับแจ้งตายไปให้ ผอ.รพ.สต.
สอบถามและลงข้อมูลสันนิษฐานสาเหตุการตาย 4) ผู้แจ้ง
ตายนำใบรับแจ้งตายไปให้นายทะเบียนอำเภอพิจารณา
สาเหตุการตายจากข้อสันนิษฐานของ ผอ.รพ.สต. 5) นาย
ทะเบียนอำเภอออกใบมรณบัตรให้กับผู้แจ้งตาย และกรอก
ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร คณะทำงาน
รับผิดชอบงานข้อมูลสาเหตุการตาย และผู้วิจัยได้ ติดตาม
สอนงาน (Coaching) แก่นายทะเบียนอำเภอ และ ผอ.รพ.
สต.ทุกคน เป็นรายอำเภอ 3 เดือนต่อครั้ง ส่งผลให้
ภาพรวมคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายของจังหวัด
อำนาจเจริญไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
(ไม่เกิน ร้อยละ 25) โดยในปี พ.ศ.2557 มีข้อมูลสาเหตุการ
ตายที่ไม่ทราบสาเหตุและการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน (Ill
Defined) ร้อยละ 23.95 และปี พ.ศ.2559 ร้อยละ 22.16 ตาม
ตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุและ
การระบุสาเหตุไม่ชัดเจน (Ill Defined)
ปี พ.ศ.2557 – 2559

ปี พ.ศ.	จำนวนตาย ทั้งหมด (ราย)	จำนวนสาเหตุการตายที่ ไม่ทราบสาเหตุและ การระบุสาเหตุไม่ชัดเจน (ราย)	ร้อยละ
2557	2,134	511	23.95
2558	2,156	507	23.52
2559	2,171	481	22.16

ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่
31 ธันวาคม 2559

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนา
คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย พบว่า 1) ด้านบุคลากร
นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ มีความรู้ ความเข้าใจและ

น้อยที่สุด ($\bar{X}=1.40$) นายทะเบียนอำเภอมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักในการสัมภาษณ์ข้อมูลผู้มาแจ้งการตาย ระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$) และผอ.รพ.สต.มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักฯ ระดับมาก ($\bar{X}=3.65$) ผอ.รพ.สต.เป็นคนอยู่ในพื้นที่ตำบล/อำเภอนั้นนานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 85.71 นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่เป็นคนอยู่ในพื้นที่ตำบล/อำเภอนั้นนานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 90.25 2) ด้านอุปกรณ์ งานทะเบียนราษฎรมีโปรแกรมที่สามารถสืบค้นข้อมูลบุคคลได้ทั่วประเทศทุกอำเภอ 3) ด้านกระบวนการ มีการติดตามสอนงานที่สม่ำเสมอทุก 3 เดือน ทุกอำเภอ ร้อยละ 100

4) สภาพปัญหาของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล พบว่า จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในขั้นตอนการติดตามสอนงาน พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร ผู้มาแจ้งตายไม่ใช่คนดูแลใกล้ชิดของผู้ตาย ร้อยละ 33.50 นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ไม่มีมีความรู้ และขาดความมั่นใจในการลงข้อมูลสาเหตุการตาย ร้อยละ 25.05 ผอ.รพ.สต.ไม่มีความรู้ และขาดความมั่นใจ ร้อยละ 16.35 และนายทะเบียนอำเภอไม่มีความรู้ และขาดความมั่นใจ ร้อยละ 25.05 ซึ่งมีข้อมูล เชิงคุณภาพจากการสอบถามและสนทนากลุ่ม พบว่า นายทะเบียนอำเภอ ให้ข้อมูลว่า “คนใกล้ชิดผู้ตายไม่ได้มาแจ้งตาย ให้คนอื่นมาแจ้งแทนถามก็ไม่รู้ข้อมูล” “เป็นเรื่องของผลประโยชน์เกี่ยวกับประกันชีวิต มรดกหรือไม่อาจทำให้ข้อมูลเท็จ” 2) ด้านอุปกรณ์ ไม่พบปัญหาอุปสรรค สำนักทะเบียนอำเภอมีอุปกรณ์ เครื่องมือพร้อม และมีโปรแกรมทะเบียนราษฎรกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลได้ทั่วประเทศ 3) ด้านกระบวนการ ผู้มาแจ้งตายไม่ได้นำไปรับแจ้งตายไปให้ ผอ.รพ.สต. สัมภาษณ์ลงข้อมูลต้นนิยฐานสาเหตุการตายก่อนไปแจ้งนายทะเบียนอำเภอ ร้อยละ 15.65 ผอ.รพ.สต.ไม่ได้ลงข้อมูลต้นนิยฐานสาเหตุการตายฯ ร้อยละ 18.95 นายทะเบียนอำเภอไม่ได้สัมภาษณ์สาเหตุการตายจากผู้มาแจ้งตาย ร้อยละ 10.05 และมีข้อมูล เชิงคุณภาพจากการสอบถามและสนทนากลุ่ม พบว่า ผอ.รพ.สต.ให้ข้อมูลว่า

“ผมอยู่ในพื้นที่นานเป็น 10 ปี รู้ข้อมูลหมด ขอให้มาหาผม จะลงข้อมูลต้นนิยฐานการตายได้ถูกต้องแน่นอน”

นายทะเบียนอำเภอ ให้ข้อมูลว่า

“ให้คุณหมอลงสาเหตุการตายมาเลย ผมเอาด้วยแหละ”

“ผมไม่ได้เรียนมาจะไปรู้เรื่องของแพทย์ ของหมอหรือ”

“อยากให้อบรมทุกปี กำนัน ผู้ใหญ่บ้านด้วย”

“อยากให้ออกกระเบียนหรือกฎหมายให้ผู้แจ้งตายต้องนำไปรับแจ้งตายไปให้คุณหมอลงสาเหตุการตายก่อนมาให้มาทะเบียนอำเภอออกใบมรณบัตรให้ โดยมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดออกเป็นประกาศก็ได้ครับ”

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ผลของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาลภาพรวมไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุและการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน (Ill Defined) ไม่เกินร้อยละ 25 โดยข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุและการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน (Ill Defined) มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 23.95 เมื่อปี พ.ศ.2557 เป็น ร้อยละ 22.16 ในปี พ.ศ.2559 ซึ่งสอดคล้องกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่ได้ประเมินผลข้อมูลในฐานทะเบียนราษฎรเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลประจำอำเภอแต่ละแห่ง พบว่าสาเหตุการตายที่บันทึกในใบหนังสือรับรองการตายสอดคล้องกับประวัติการเจ็บป่วยเพียงร้อยละ 33.8 เท่านั้น⁽³⁾ ทั้งนี้ เนื่องจากจังหวัดอำนาจเจริญใช้รูปแบบการแจ้งตายแบบเดิมที่ใช้ในห้วงปี พ.ศ.2553 โดยให้ผู้แจ้งตายนำไปรับแจ้งตายไปให้ ผอ.รพ.สต.สอบถามและลงข้อมูลต้นนิยฐานสาเหตุการตาย ก่อนนำไปให้นายทะเบียนอำเภอพิจารณาออกใบมรณบัตรให้แก่ผู้แจ้งตาย ซึ่ง

สอดคล้องกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่สัมภาษณ์นายทะเบียนอำเภอพบว่า “แพทย์โรงพยาบาลก็ยังให้สาเหตุการตายไม่ถูกต้อง ในขณะที่นายทะเบียนไม่มีความรู้ทางการแพทย์เลย แม้จะได้รับการอบรมแล้ว ก็ยังไม่มั่นใจที่จะสัมภาษณ์ข้อมูลจากญาติ จึงมักสอบถามจากญาติเพียงว่าผู้ตายเสียชีวิตจากโรคอะไร ญาติก็ให้ข้อมูลไม่ตรงความเป็นจริงเพราะกลัวเรื่องประกันชีวิต” และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในประเทศไทย พบว่าหนังสือรับรองการตายให้สาเหตุตรงกับประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียน เพียงร้อยละ 48.4 เมื่อเปรียบเทียบทั้งหนังสือรับรองการตายและ มรณบัตรกับสาเหตุการตายที่ได้จากประวัติการเจ็บป่วยพบว่าการระบุสาเหตุการตายได้ตรงกันเพียงร้อยละ 24.7 และมีความแตกต่างทั้งมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายสูงถึงร้อยละ 39.5 ซึ่งความไม่สอดคล้องของประวัติการเจ็บป่วยกับหนังสือรับรองการตายและมรณบัตร จึงเป็นประเด็นที่สะท้อนปัญหาการจัดการระบบข้อมูลสาเหตุการตายให้มีคุณภาพ ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขระบบการแจ้งตาย การลงข้อมูลสันนิษฐานสาเหตุการตายให้มีความสะดวก ถูกต้องแม่นยำ โดยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ นายทะเบียนอำเภอ และ ผอ.รพ.สต.ต้องได้รับการอบรมสร้างความรู้ ความเข้าใจถึงกระบวนการลงข้อมูลสาเหตุ การตาย และให้บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ลงข้อมูลสันนิษฐานสาเหตุการตายในใบรับแจ้งตายก่อนนำไปให้นายทะเบียนออก มรณบัตรให้แก่ผู้แจ้งตาย

2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล พบว่า ผอ.รพ.สต.มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักในระดับมาก ($\bar{X}=3.65$) และ ผอ.รพ.สต.เป็นคนอยู่ในพื้นที่ตำบล/อำเภอนั้นนานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 85.71 นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่เป็นคนอยู่ในพื้นที่ตำบล/อำเภอนั้นนานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 90.25 เนื่องจากเป็นบุคลากรที่อยู่ในพื้นที่นาน ทำให้รู้ข้อมูลความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่อย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

วุฒิไกร มุ่งหมาย ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสันนิษฐานสาเหตุการตาย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่กำหนดให้เป็นผู้สันนิษฐานสาเหตุการตายโดยใช้แบบสัมภาษณ์ จะทำให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่มีคุณภาพ และบุคลากรสาธารณสุขมีอยู่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงเป็นทางเลือกที่ดีในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายของประเทศไทย⁽⁶⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ ดันทอริยะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดพังงา พบว่าความสำเร็จของการจัดการข้อมูลสาธารณสุข สุขุมิความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบุคลากร และบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 15 ปี จึงเชื่อถือว่าข้อมูลที่ได้รับเป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานด้านข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน

3. จากศึกษาสภาพปัญหาของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายนอกสถานพยาบาล พบว่า ผู้มาแจ้งตายไม่ใช่คนดูแลใกล้ชิดของผู้ตาย ร้อยละ 33.50 ผอ.รพ.สต.ไม่มีความรู้ และขาดความมั่นใจ ร้อยละ 16.35 และนายทะเบียนอำเภอไม่มีความรู้ และขาดความมั่นใจ ร้อยละ 25.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัย สิงห์สง่า และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความถูกต้องของสาเหตุการตายจากใบมรณบัตรในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่าความถูกต้องของสาเหตุการตายจากใบมรณบัตรมีความถูกต้องเพียงร้อยละ 59.43 ความถูกต้องตรงกันระหว่างใบมรณบัตรกับการสอบสวนสาเหตุการตาย เพียงร้อยละ 38.55 ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่ทราบสาเหตุการตายไม่ได้เป็นผู้แจ้งการตาย สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี หน่อแก้ว⁽⁹⁾ ที่ศึกษาสาเหตุการตายในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าผู้ให้ข้อมูลการตายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อลงข้อมูลสันนิษฐานสาเหตุการตาย เป็นญาติที่ใกล้ชิด ร้อยละ 52 และเป็นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และแพทย์ประจำตำบล ถึงร้อยละ 18.20 ที่ให้ข้อมูลการตายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งอาจส่งผลให้ข้อมูลสาเหตุการตายในใบมรณบัตรไม่ตรงกับสาเหตุการเจ็บป่วยที่แท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่ศึกษาการติดตามคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในประเทศไทย พบว่านายทะเบียนอำเภอส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ

และขาดแรงจูงใจที่ดำเนินการให้สาเหตุการตายที่ถูกต้อง และระบบงานทะเบียนมีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่บ่อยทุกปี ผู้มารับงานแทนก็มิได้รับการถ่ายทอดความรู้อย่างเพียงพอ จึงดำเนินการออกไปมรณบัตรด้วยวิธีการเดิม และปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือ ผู้สันนิษฐานสาเหตุการตายมักไม่แน่ใจว่าอันใดคืออาการ อันใดคือโรค จึงทำให้ลงข้อมูลเป็นโรค หรือสาเหตุที่ไม่ชัดเจน อีกทั้งการลงสาเหตุการตายในใบมรณบัตร กรณีตายนอกสถานพยาบาลควรให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมมีส่วนร่วมในการลงสาเหตุการตายด้วย และแพทย์ส่วนใหญ่มีกระบวนรูปแบบการตาย (Mode of Death) มากกว่าสาเหตุการตาย (Cause of Death)⁽³⁾ จากข้อมูลดังกล่าว จึงควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ นายทะเบียนอำเภอ และ ผอ.รพ.สต. ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงการลงสาเหตุการตายให้ถูกต้อง ตรงความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ วางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่จังหวัดต่อไป

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์บูรณาการร่วมกับกระทรวงมหาดไทย โดยมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดออกประกาศระเบียบการแจ้งตายกรณีตายนอกสถานพยาบาล และห่างไกลโรงพยาบาล ต้องให้ผู้แจ้งตายนำใบรับแจ้งการตาย (ท.ร.4 ตอนหน้า) ไปให้ ผอ.รพ.สต.ลงข้อมูลสันนิษฐานสาเหตุการตาย จะทำให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่มีคุณภาพตรงกับความจริง สามารถนำไปวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาก็ได้ตรงเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากการศึกษาที่พบว่านายทะเบียนอำเภอไม่มีความรู้ และขาดความมั่นใจในการลงข้อมูลสาเหตุการตาย ร้อยละ 25.05 และนายทะเบียนอำเภอเสนอให้ออกระเบียบหรือกฎหมายให้ผู้แจ้งตายนำใบรับแจ้งการตายไปให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ ผอ.รพ.สต.ลงข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายก่อนนำไปให้นายทะเบียนอำเภอออกไปมรณบัตร จึงเห็นควรอบรมพัฒนาองค์ความรู้แก่นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ นาย

ทะเบียนอำเภอ ผอ.รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอทุกปี กระบวนการหรือรูปแบบการแจ้งตายควรกำหนดระเบียบหรือข้อบังคับที่ให้อำนาจตามกฎหมายให้ผู้แจ้งตายนำใบรับแจ้งการตายไปให้ ผอ.รพ.สต.ลงข้อมูลสันนิษฐานสาเหตุการตายในใบรับแจ้งการตาย ควรมีการสอนงาน (Coaching) นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ นายทะเบียนอำเภอและ ผอ.รพ.สต.อย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ให้จัดทำคู่มือการปฏิบัติหรือผังกระบวนการสำหรับนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ นายทะเบียนอำเภอและ ผอ.รพ.สต. ที่เข้าใจและปฏิบัติได้ง่าย จัดอบรมฟื้นฟูความรู้แก่นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ นายทะเบียนอำเภอและ ผอ.รพ.สต. ปีละ 1 ครั้ง การกำหนดระเบียบหรือข้อบังคับในการแจ้งการตายให้ ผอ.รพ.สต.ลงข้อมูลสันนิษฐานสาเหตุการตายในใบแจ้งการตาย โดยกระทรวงมหาดไทยอาจมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดมีอำนาจในการออกระเบียบที่เหมาะสมได้ ควรตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายระดับจังหวัด/และอำเภอ เพื่อติดตามสอนงานอย่างสม่ำเสมอ ปีละ 4 ครั้ง และ

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไปประยุกต์เพิ่มเติมในส่วนของการลงข้อมูลสาเหตุการตายในสถานพยาบาล เพื่อกำหนดเป็นแนวทาง ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในสถานพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดีจากนายพร ประเสริฐ อุ่นคำ นักประชาสัมพันธ์ชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย นายแพทย์ ปฐมพงศ์ ปุรุโปร่ง รักษาการนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ นายแพทย์บัญชา สรรพโส นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ยโสธร ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายจังหวัดอำนาจเจริญ และเจ้าหน้าที่

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญที่ช่วยเหลือ สนับสนุนในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประภาส วีระพล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ นายแพทย์สุรพลอยหา สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 10 และ

นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 ที่ได้ให้การสนับสนุนให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะแนวทาง พร้อมให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข. คู่มือการรับรองสาเหตุการตาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, 2551.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข. คู่มือการให้สาเหตุการตาย (ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2559). พิมพ์
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข. คู่มือสำหรับนายทะเบียนอำเภอเพื่อบันทึกสาเหตุการตายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ซึ่งไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบัน) กรณีตายนอกสถานพยาบาล (ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2559). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, 2559.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. การประเมินคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายของจังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ, 2559. เอกสารอัดสำเนา.
5. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. โครงการศึกษาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในประเทศไทยเปรียบเทียบระหว่างฐานข้อมูลมรณบัตรกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. เอกสารอัดสำเนา, 2546
6. วุฒิไกร มุ่งหมาย. การพัฒนารูปแบบการสันนิษฐานสาเหตุการตาย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2550 - 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. อุบลราชธานี, 2553
7. อุไรวรรณ ดันขอาริยะ และ ทินกร จุลแก้ว. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดพังงา. พิมพ์ครั้งที่ 1. พังงา, 2558
8. หทัย สิงห์สง่า และคณะ. ความถูกต้องของสาเหตุการตายจากใบมรณบัตรในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.2537. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น, 2539
9. อัญชลี หน่อแก้ว และคณะ. การศึกษาสาเหตุการตายในจังหวัดอำนาจเจริญ พ.ศ.2541. พิมพ์ครั้งที่ 1. อำนาจเจริญ, 2543 ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, 2559.

กระบวนการทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ
อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา

ADMINISTRATIVE PROCESS RETATED TO OPERATI ON OPREVENTION
AND CONTROL OF DENGUE OF HEALTH OFFICER IN THE DISTRICT
PRIMARY HEALTH NETWORK BUAYAI AND BUALAI,
NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

รัตนภรณ์ จอมพลเรือง¹, ชัญญา อภิบาลกุล²

Rattanaporn Jomphonreang¹, Chanya Apipalakul²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมาและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มประชากร 82 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะยอมรับไปใช้ได้ ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามด้านกระบวนการทางการบริหาร 0.97 ด้านการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 0.98 ค่าความเที่ยงรวมทุกด้าน 0.90 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2558 ถึง 31 พฤษภาคม 2559 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติพรรณนา(Descriptive Statistics) ในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมาน(Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson 's Product Moment Correlation Coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมมีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D. = 0.62) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากระบวนการทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ มี 6 ด้าน คือ ด้านการวางแผน,ด้านการจัดองค์การ,ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน,ด้านการอำนวยความสะดวก,ด้านการประสานงานและด้านการรายงาน และกระบวนการทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 1 ด้าน คือ ด้านงบประมาณ

คำสำคัญ: กระบวนการทางการบริหาร, การปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ABSTRACT

The study was Survey Research with the aim to study the administrative process that is associated with the prevention and control of dengue, health officials in the Primary Health Network and Buayai and Bualai NakhonRatchasima province The population of the study is that health workers in primary health service network and district Buayai and Bualai NakhonRatchasima province and data collected by questionnaire from a population of 82 people checking content validity of the questionnaire by 3 experts for the reliability of the questionnaire had a coefficient alpha of Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) configuration, the reliability of 0.7 or higher to be accepted. The reliability of the questionnaire was 0.97 administrative operations to prevent and control dengue 0.98 0.90 reliability at all the data collected during the period from 1 May 2558 to 31 May 2559. The statistics used for data analysis. Descriptive statistics (Descriptive Statistics) to determine the

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

percentages, standard deviation, median, maximum, minimum, to describe the personal characteristics. And inferential statistics (Inferential Statistics) statistics, Pearson 's Product Moment Correlation Coefficient to determine the relationship between the variables studied.

The study indicated that The official administration is correlated positively with the level of performance in the prevention and control of dengue. A statistically significant 4.01 (SD = 0.62) found that when the administrative process. Correlated highly positive performance in the prevention and control of dengue, health officials in the Health Network, Genesis has six aspects: planning, the coordination, staffing, the director, organization, and the report operational and administrative processes. Is associated with a moderately positive performance in the prevention and control of dengue. A statistically significant one is the budget.

Keyword: Administrative process related, prevention and control of dengue and health officer in the district primary health

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) หรือ DHF เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข นับตั้งแต่การระบาดของโรคในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2501 นอกจากนี้โรคไข้เลือดออกยังมีการแพร่กระจายไปทั่วทุกภาคของประเทศไทย ซึ่งผลการป้องกันและควบคุมโรคในระยะที่ผ่านมา ยังไม่สามารถลดลงได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดและมีการขยายพื้นที่ในการเกิดโรค ได้แก่ การเพิ่มจำนวนประชากร โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองที่มีประชาชนเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ยุงลายเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามภาชนะขังน้ำที่เกิดจากฝีมือมนุษย์ ซึ่งโรคไข้เลือดออกเกิด การระบาดในกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 สำหรับประเทศไทยมีรายงาน การ ระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 และในกรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วย 2,706 ราย เสียชีวิต 296 ราย หลังจากนั้นได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ ที่เป็นเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่น บ้านเมืองพัฒนาขึ้นและสามารถเดินทางติดต่อได้สะดวกทั้งในและต่างประเทศ ทำให้โรคแพร่กระจายได้เร็วขึ้น เมื่อการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปทั่วทุกจังหวัดของประเทศ⁽¹⁾ โรคไข้เลือดออกในภาพรวมของประเทศไทย 5 ปี ย้อนหลัง พบว่า มีอัตราการเกิดโรคและอัตราการป่วยตายสูงกว่าค่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ อัตราการเกิดโรคไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากรและอัตราการป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.13 โดยในปี 2554 พบผู้ป่วยจำนวน 64,374 ราย เสียชีวิต 58 ราย ปี 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 74,250 ราย เสียชีวิต 79 ราย ปี 2556 พบผู้ป่วยจำนวน 154,444 ราย เสียชีวิต 136 ราย ปี 2557 พบผู้ป่วย

จำนวน 40,278 ราย เสียชีวิต 41 ราย และปี 2558 พบผู้ป่วยจำนวน 48,358 ราย เสียชีวิต 37 ราย คิดเป็นอัตราการป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 74.25 และอัตราการป่วยตายเท่ากับ 0.06 ภาคตะวันออกเฉยงเหนือ พบผู้ป่วยจำนวน 12,169 ราย เสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 55.71 อัตราการตาย เท่ากับ 0.04 อัตราการป่วยตายเท่ากับ 0.07 จังหวัดนครราชสีมา พบจำนวนผู้ป่วย 2,052 ราย ราย เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นอัตราการป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 78.31 อัตราการตาย เท่ากับ 0.08 และอัตราการป่วยตาย เท่ากับ 0.10⁽¹⁾ เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่ อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 82 คน ในทุกพื้นที่ที่จะพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกระบาดอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลโรคย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2555-2557 พบว่ามีผู้ป่วยในแต่ละปี จำนวน 234,303 และ 13 ราย เรียงตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 210.02 279.95 และ 11.66 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ เนื่องจากโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด กรมควบคุมโรคจึงกำหนดเกณฑ์และตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเริ่มดำเนินการเมื่อปี 2550 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมี 3 กิจกรรมที่สำคัญคือ การควบคุมเมื่อมีการระบาด การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมก่อนการระบาด และการบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมเมื่อถึงฤดูกาลระบาด หลักการดำเนินงานตามตัวชี้วัด คือ การปฏิบัติงานรู้เร็ว เข้าดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค

ได้เร็ว ผู้ป่วยรายแรกได้รับการสอบสวนทุกราย ทีมควบคุมโรคมีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ทันทีที่ได้รับรายงานผู้ป่วยและสามารถดำเนินการควบคุมโรคได้ครอบคลุมพื้นที่⁽¹⁾ หากปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ก็จะสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้โรคลดลง ซึ่งการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขในชุมชนจะสำเร็จได้จะต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสร้างสุขภาพ นับว่าเป็นองค์กรที่เข้มแข็งที่ทำงานเพื่อสังคมด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การดำเนินงานเฝ้าระวังโรค 2) การควบคุมการระบาดของโรค 3) การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ 4) การประสานงานองค์กรในพื้นที่ 5) การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ และ 6) การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชน⁽¹⁾ การจะดำเนินการให้บรรลุหลักการดังกล่าวได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทั้งนี้เพราะศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit หรือ PCU) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือบริการด่านแรกที่ใกล้ชิดกับจิตใจประชาชนสามารถที่จะจัดบริการสาธารณสุขที่ตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและทันทั่วทั้ง จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย ที่ผ่านมาถึงแม้ว่าจะมีกิจกรรมเร่งรัดการดำเนินการอย่างจริงจังมาโดยตลอดแต่ก็ยังพบว่ามีเกิดการเกิดและการระบาดของโรคไข้เลือดออกทุกปีเนื่องจากโรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นในการเกิดโรคในบางพื้นที่มีลักษณะของโรคที่เกิดขึ้นกระจายไม่เฉพาะที่และมักจะเกิดทีละรายและมีผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายในหมู่บ้านในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 2-4 สัปดาห์โรคจึงสงบประกอบกับการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหาอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนประชาชนซึ่งถือว่าเป็นหัวใจหลักของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งนี้เพราะประชาชน

ยังขาดความตระหนักและแรงขับเคลื่อนภาคประชาสังคมแบบพหุภาคีต่อกิจกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลายยังไม่เข้มแข็งพอในด้านของสถานพยาบาลพบว่ามีปัญหาการขาดความพร้อมทั้งวัสดุอุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนอื่นๆเช่นทรายกำจัดลูกน้ำน้ำยาพ่นเคมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดความรู้ที่ถูกต้องในการควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากนั้นยังพบปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการเช่นขาดการวางแผนที่ดีขาดการวิเคราะห์และควบคุมกำกับเมื่อเกิดการระบาดของโรคแล้วการดำเนินการแม้จะครอบคลุมแต่ไม่ทันการทำให้การป้องกันและควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพนั้นแสดงว่าการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกยังไม่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพพอเพราะเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นแล้วเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไม่สามารถดำเนินการควบคุมโรคให้สงบได้ทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำและเกิดโรคไข้เลือดออกเหตุการณ์ใหม่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าบทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกและกระบวนการบริหารจัดการเพื่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลายจังหวัดนครราชสีมายังไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดีเท่าที่ควร จึงต้องอาศัยความสำเร็จของกระบวนการบริหารของ Gulick & Urwick โดยมีกระบวนการบริหารดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์การ (Organizing) 3) การจัดบุคลากรปฏิบัติงาน (Staffing) 4) การอำนวยการ (Directing) 5) การประสานงาน (Coordinating) 6) การรายงาน (Reporting) 7) การงบประมาณ (Budgeting) ไปใช้ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ตลอดจนการแก้ไขการทำงานในส่วนบุคคลและองค์กร เพื่อให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ดังนั้นจากสถานการณ์การดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลายดังกล่าวข้างต้น พบว่าการบริหารจัดการในการควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิยังมีน้อยมาก ทั้ง ๆ ที่การบริหารจัดการมีผลโดยตรงต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบกับในปัจจุบันการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขเป็นหน้าที่และบทบาทของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงได้ศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 82 คน⁽³⁾ ถึงกระบวนการบริหารเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของกระบวนการบริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและส่งผลให้มีการพัฒนาการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนและลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกกลงได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา รวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งหมดจำนวน 82 คน เนื่องจากการศึกษานี้ประชากรมีจำนวนไม่เยอะจึงศึกษาจากประชากรทั้งหมดในช่วงเวลานั้น ศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2558 ถึง 31 พฤษภาคม

2559 และใช้สถิติอนุมานเพื่ออธิบายประชากรเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป⁽³⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คลอบคลุมกับเนื้อหา วัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ประสบการณ์การในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิดให้เติมข้อความ ส่วนที่ 2 กระบวนการทางการบริหาร ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์การ (Organizing) 3) การจัดบุคลากรปฏิบัติงาน (Staffing) 4) การอำนวยการ (Directing) 5) การประสานงาน (Coordinating) 6) การรายงาน (Reporting) 7) การงบประมาณ (Budgeting) แบบสอบถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน⁽⁴⁾ ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การดำเนินงานเฝ้าระวังโรค 2) การควบคุมการระบาดของโรค 3) การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ 4) การประสานงานองค์กรในพื้นที่ 5) การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ และ 6) การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ของแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา สามารถเติมข้อความ และแสดงความคิดเห็นโดยอิสระเป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดย ทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถาม ด้านกระบวนการทางการบริหาร 0.97 ด้านการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 0.98 ค่าความเที่ยงรวมทุกด้าน 0.90 และการศึกษาผ่านการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการพิจารณา เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2559 เลขที่โครงการ HE 592123

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ถึง 31 พฤษภาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับกระบวนการทางการบริหาร และระดับในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.60 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.60 อายุเฉลี่ย 33 ปี (S.D. = 8.49 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี, อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 41.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 85.40 ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าพนักงาน

สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 43.90 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.10 เฉลี่ย 8,000 บาท รายได้ต่ำสุด 8,900 บาท/เดือน สูงสุด 45,000 บาทต่อเดือน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 42.70 เฉลี่ย 6.80 ปี (S.D. = 6.88) ต่ำสุด 0 ปี และสูงสุด 33 ปี

1. ระดับกระบวนการทางการบริหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับกระบวนการทางการบริหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการบริหารอยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D. = 0.73) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก 6 ด้านและระดับปานกลาง 1 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากคือด้านวางแผน ด้านการประสานงาน ด้านการรายงาน ด้านการจัดองค์การ ด้านการจัดบุคลากร ปฏิบัติงานและด้านการอำนวยการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D. = 0.72), 3.76 (S.D. = 0.81), 3.76 (S.D. = 0.85), 3.65 (S.D. = 0.99), 3.64 (S.D. = 0.93), 3.58 (S.D. = 0.82) ตามลำดับ รองลงมา คือ ด้านงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.42 (S.D. = 0.68)

2. ระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมมีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D. = 0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากคือ ด้านการปฏิบัติงานในการควบคุมการระบาดของโรค ด้านการปฏิบัติงานในการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ด้านการปฏิบัติงานในการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่

ด้านการปฏิบัติงานในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค ด้านการปฏิบัติงานในการประสานงานขององค์กรในพื้นที่ด้านการปฏิบัติงานในการสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชนค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D. = 0.73), 4.06 (S.D. = 0.77), 4.01 (S.D. = 0.72), 3.99 (S.D. = 0.75), 3.92 (S.D. = 0.72), 3.90 (S.D. = 0.69) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาระบบการทางการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา มีรายละเอียดดังนี้

ระดับระบบการทางการบริหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมาในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก

เมื่อพิจารณาภาพรวมระดับระบบการทางการบริหาร พบว่าในภาพรวมมีการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D. = 0.73) ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคใช้เลือดออกมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยอาศัยทรัพยากรทางการบริหารทั้งด้านบุคลากรงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์สอดคล้องกับการศึกษาของบุญทัน สมิน้อย (2554)⁽⁵⁾ ศึกษากระบวนการการบริหารต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยพื้นที่อำเภอโขงไฉ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D. = 0.44) และสอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิพร นามมา (2552)⁽⁶⁾ พบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D. = 0.46) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ ไตวันนา (2556)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องคำ ตำบลป่าสังข์ อำเภอดุสิตพิกุลมาน จังหวัดร้อยเอ็ดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากระบวนการทางบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.12 (S.D. = 0.56) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบัญชา อนันต์เต่า (2553)⁽⁸⁾ ศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.10 (S.D. = 0.63) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ สว่างจันทร์ (2553)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี พบว่ากระบวนการทางบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.88 (S.D. = 0.40) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร อุ่นคำ (2553)⁽¹⁰⁾ ศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย จังหวัดเลย พบว่ากระบวนการทางบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.38 (S.D. = 0.61)

ระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาภาพรวมการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าในภาพรวมมีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D. = 0.62) ทั้งนี้เนื่องจากสามารถค้นหา ควบคุม และทำลายแหล่งรังโรคได้ทันทั่วทั้งที่มีทีมประเมินผลที่เข้มแข็งสอดคล้องการศึกษาของกฤษ ตะภา (2553)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษากระบวนการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การ

ปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.52 (S.D. = 0.30) และเช่นเดียวกับการศึกษาของบัญชา อนันต์เตา (2553)⁽⁸⁾ ศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D. = 0.46) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ ไตรวันนา (2556)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องคำ ตำบลป่าสังข์ อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร พบว่า การปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.98 (S.D. = 0.51) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ สว่างจันทร์ (2553)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี พบว่า การปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.98 (S.D. = 0.53)

กระบวนการทางการบริหาร พบว่ากระบวนการทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูง

ทางบวกกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มี 6 ด้าน คือ กระบวนการทางการบริหารด้านการวางแผน ($r = 0.895$, $p\text{-value} = <0.001$) กระบวนการทางการบริหารด้านการจัดองค์การ ($r = 0.927$, $p\text{-value} = <0.001$) กระบวนการทางการบริหารด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน ($r = 0.887$, $p\text{-value} = <0.001$) กระบวนการทางการบริหารด้านการอำนวยความสะดวก ($r = 0.897$, $p\text{-value} = <0.001$) กระบวนการทางการบริหารด้านการประสานงาน ($r = 0.906$, $p\text{-value} = <0.001$) กระบวนการทางการบริหารด้านการรายงาน ($r = 0.546$, $p\text{-value} = <0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มี 1 ด้าน คือ ด้านงบประมาณ ($r = 0.642$, $p\text{-value} = <0.001$)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี อำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลายจังหวัดนครราชสีมา

กระบวนการทางการบริหาร	การปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรค		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
กระบวนการทางการบริหาร	0.835**	< 0.001	สูง
ด้านการจัดองค์การ	0.927**	< 0.001	สูง
ด้านการรายงาน	0.917**	< 0.001	สูง
ด้านการประสานงาน	0.906**	< 0.001	สูง
ด้านการอำนวยความสะดวก	0.897**	< 0.001	สูง
ด้านการวางแผน	0.895**	< 0.001	สูง
ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน	0.887**	< 0.001	สูง
ด้านงบประมาณ	0.642**	< 0.001	ปานกลาง

** ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า .01

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีความสำคัญ และจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยอาศัยทรัพยากรทางการบริหารทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และสามารถทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่วางไว้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งในการศึกษาครั้งนี้ และขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ สาธารณสุขอำเภอบัวลายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินผลตามตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับจังหวัด, 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2557.
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ บัวลาย จังหวัดนครราชสีมา. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา. 6 เดือนแรกของปี 2555 - 2557. [ม.ป.พ.: ม.ป.ท.]. (เอกสารอัดสำเนา).
3. ทำเนียบบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบัวใหญ่ และอำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา. (2558)
4. Likert "The Method of Constructing and Attitude scale", Reading in Attitude Theory and Measurement. P.90-95. Fishbein, Martin, Ed. New York : Wiley & Son , 1967.
5. บุญทัน สมิน้อย. ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยพื้นที่อำเภอโขงไฉ่ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
6. สิทธิพร นามมา. การสนับสนุนองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
7. อรุณรัตน์ ไตรวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผจก.พิเศษธรรมมูชีพ) บ้านร่องคำ ตำบลป่าสัก อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
8. บัญชา อนันต์เตา. การสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
9. อรุณรัตน์ จันทรสว่าง. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
10. สมพร อุ่นคำ. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
11. กฤษ ตะภา. การมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.