



วารสาร วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน 2566

Volume 16 No.1 JANUARY- APRIL 2023

ISSN 1906-2605

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้เป็นปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ประจำปี 2566 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ จำนวน 17 เรื่อง กองบรรณาธิการวารสาร ขอขอบคุณผู้อ่าน ผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่น และไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความในการร่วมพัฒนางานด้านสาธารณสุขให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้กองบรรณาธิการวารสารฯ จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพของวารสารและสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านสาธารณสุขร่วมกับทุกท่าน ให้มีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับต่อไป

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านสมาชิก คณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนบุคคลทั่วไป ที่สนใจได้รับความรู้ และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าว ไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไป ซึ่งท่านสามารถสืบค้น และดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่ เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>

พบกันใหม่ ฉบับหน้า

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.สมยศ ศรีจารนัย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.วิทยา วัฒนเรืองโกวิท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.อภิชัย ลิมนานท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
นพ.พรพัฒน์ ภูนาถม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอ้าน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
------------------	-----------------------------------

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
--------------------	-----------------------------------

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
ผศ.ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวทิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพฑูรย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ดร.สายันต์ แก้วบุญเรือง	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูถาวรณ	โรงพยาบาลเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกลั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี สุครุฑฤทธิ์	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ภก.กฤษ โชติการณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนิค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิภา ชารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ คลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภาณุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐรินทร์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาพรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศนเทพ คลโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
-------------------	-----------------------------------

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม

บทความวิจัยฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่ง ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และการตีพิมพ์บทความนี้จะต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องขออนุมัติประเมินบทความ

รศ.ดร.รศ.ดร.พรรณิ บุญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.ทัฬหะ ชูศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ดร.ธนศิลป์ สลีอ่อน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ปาจิรัช อับดุลลาฮาซิม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.บังอรศรี จินดาวงศ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	วิทยาลัยการแพทย์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ปิยะพงษ์ ชุมศรี	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
ดร.ธวัชชัย คาแข้งเขา	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.วรกร วิชัยโย	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ดร.ณรงค์ คำอ่อน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร.เอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธุ์	นักวิชาการอิสระ
ดร.สุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.รัชนิ จันทร์เกษ	กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.เอื้อมพร สุ่มมาตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
นายเสมอ กาฬภักดี	กลุ่มเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม
นายหัสชา เนือยทอง	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ดร.นวลปรารถน์ ดวงสว่าง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
นายรวมพล เหล่าหวั่น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.พุทธิไกร ประมวล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูถาวรธรรม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ทันตแพทย์หญิงใจสะอาด ออกลุข	โรงพยาบาลเมืองชัย
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.จักรวาล วังษ์ภักดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางตลาด
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อรนิภา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.สุกศิลป์ ศิริรักษา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนิล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมืองชัย
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสบการณ์ในการควบคุมโรคได้สำเร็จของผู้ป่วยหืด ในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี..... รัชชา ยิกุสังข์, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, บังอรศรี จินดาวงศ์	1
ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชาวมุสลิม ตำบลตะปอเยาะ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส..... มูเล็ง ตาแห, ปานชนก ภูเดช, วิทวัส หมาอี, กุสุมาลย์ น้อยผา	15
การประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานและพฤติกรรมป้องกันตนเอง ในกลุ่มคนงาน เครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์..... ชนกานต์ สกุลแถว, ละออง อุปมัย, ณิชดา อินทร์แป้น, สุชา นุ่มเกลี้ยง, กนกวรรณ อาจแก้ว	29
ความพึงพอใจต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ของบุคลากรที่รับผิดชอบ ด้านงานสารบรรณ กระทรวงสาธารณสุข..... สุธนา ลีลาอดิศร	43
พฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงามของกลุ่ม วัยผู้ใหญ่ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น..... ธนวัฒน์ แสงสุนานนท์, ณิชชาธร ภาโนมัย	57
ผลของการพัฒนาระบบบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลบางจาก..... สุทธิลักษณ์ รุ่งรัชช	72
การพัฒนาแบบแผนการจัดการด้านโภชนาการโดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนใน กลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์..... ภาวิกา ขุบลนารถ, อดิศร วงศ์คงเดช, กษมา วงษ์ประทุม	86
การพัฒนาแบบแผนการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข บริการจัดการความเสี่ยงด้านความ ปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ : ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์..... เพชร มาเทียน	99
องค์ประกอบและตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์..... ศิริชัย รินทะราช	113
ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำหัตถการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โรงพยาบาลสกลนคร..... นิจวรรณ หนองขุนสาร, วิษุตา กิตติวราฤทธิ์	125
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก..... สุดาพร ราชวงศ์, จารุณี จันทร์เปล่ง	138
การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย..... ธีระพันธ์ ได้หนองแปน	151



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	165
ศิริณี ศรีหาภัก, ธรา รัตนอำนวยศิริ, นวลละออง ทองโคตร, รุ่งทิพย์ พรหมบุตร, สรัญญา เปล่งกระโทก, วิทยา วาโย, ศรีสุดา ลุนพุดิ	
ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์.....	179
วรชาติ จำริญพัฒน์	
การพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย.....	193
จิราพร พิลัยกุล	
สถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 1 จังหวัดเลย.....	207
เดือนใจ ศิริพาหนะกุล, ปิยะพงษ์ ชุมศรี, มธุรส ชลามาตย์, โสกา ธงศิลา, เกษร น้อยนาง, ชุวลิต สีเสนา, บุญเลียง สุพิมพ์	
พฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว.....	221
ธรรดา เวียงปฏี, นัชชา ยันดี	



ประสบการณ์ในการควบคุมโรคได้สำเร็จของผู้ป่วยหืด ในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี EXPERIENCE OF ASTHMA PATIENTS WHO SUCCESSFULLY DISEASE CONTROL IN SURAT THANI COMMUNITY

Received: June 23, 2022

Revised: January 03, 2023

Accepted: January 04, 2023

รชยา ยิคุสังข์^{1*}, ปิยธิดา คุหิรันยรัตน์², บังอรศรี จินดาวงศ์³

Rajaya Yekusang^{1*}, Piyathida Kuhirunyaratn², Bangonsri Jindawong³

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ยากและคุกคามชีวิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรค แต่ยังไม่มีการศึกษาความรอบรู้ที่ควบคุมโรคหืดได้สำเร็จของผู้ป่วย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในชุมชนของจังหวัดสุราษฎร์ธานีซึ่งมีผู้ป่วยโรคหืดจำนวนมาก และพบอัตราเสียชีวิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การควบคุมโรคได้สำเร็จของผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 9 ราย ภายใต้อาสาสมัครการศึกษาระบบสุขภาพของไฮเดกเกอร์ โดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของนันทิมาในการสร้างข้อสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของไคเคลแมนและอัลเลน

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้สุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนให้สามารถควบคุมโรคหืดได้สำเร็จ

การศึกษาในอนาคต ควรพัฒนากิจกรรมแทรกแซง (intervention) ความรอบรู้สุขภาพโรคหืดขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ เพื่อการควบคุมโรคหืดในชุมชน และควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นๆ โดยการศึกษาผสานวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้องค์ประกอบของปัจจัยในการควบคุมโรคหืดได้สำเร็จที่ชัดเจนขึ้น ทั้งควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ในการควบคุมโรคหืด เพื่อใช้วัดผลก่อนและหลังการแทรกแซงกิจกรรมเพิ่มความรอบรู้ในการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ประสบการณ์, การควบคุมโรค, หืด, ความรอบรู้สุขภาพ

¹ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

Community health nursing, Faculty of nursing, Surat Thani Rajabhat University, Surat Thani

² ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Department of community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen

³ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Department of community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen

*Corresponding author E-mail: rajaya.yeku@sru.ac.th



Abstract

Asthma is a chronic, life-threatening disease that difficult to control. Health literacy is an important factor in asthmatics control, however has not been studied.

This study was a qualitative study surveyed in community context of Surat Thani province, where were many of asthma patients and had high mortality rates. The objective study was studying the experience of 9 asthma patients who were successful in asthma control. This study was underpinning the philosophy of Heidegger's phenomenology interpreting. Researchers provided the in-dept interview questionnaires via the health literacy of Nutbeam's concept. The data were analyzed according to the Diekelmann and Allen's guidelines.

The results showed the consists of functional health literacy, interactive health literacy, and critical health literacy were important factors contributing successful control of asthma.

In the future, the studies should be developed asthmatic literacy intervention extended to other areas. Mixed both quantitative and qualitative methods should be in order to get a clearer composition of factors in asthma control successfully. These suggestions should develop tools to measure health literacy in asthma control. The participants will be measured the results before and after the intervention activities to increase in asthma control literacy among asthmatic patients.

Keywords: Experience, Asthma, Disease Control, Health Literacy



บทนำ

หืดเป็นโรคเรื้อรังของทางเดินหายใจที่ควบคุมได้ยาก คุณภาพชีวิต มีอัตราความชุกสูง ในอันดับที่ 22 ของโลก⁽²⁸⁾ มีอัตราความชุกโรคหืด ร้อยละ 18⁽²⁷⁾ ในปี 2019 มีผู้ป่วยด้วยโรคหืดทั่วโลก 262 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 461,000 คน คิดเป็นอัตราตาย 5.8 ต่อแสนประชากร และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ที่เป็โรคนี้เพิ่มขึ้นอีก 100 ล้านคน เป็นโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) สูงถึง 21.6 ล้านปี⁽¹¹⁾ โดยผู้ป่วยโรคหืดเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงปีละ 250,000 ราย โดยเสียชีวิตจากสาเหตุการหายใจล้มเหลว ถึงร้อยละ 80⁽¹²⁾ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อจัดการโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ถึงปีละประมาณ 1 ล้านเหรียญสหรัฐ⁽²⁷⁾ ซึ่งองค์กรโรคหืดโลกมีแนวปฏิบัติในการควบคุมโรค^(12, 28) แต่ยังคงมีอัตราอุบัติการณ์โรคหืดกำเริบสูง และมีอัตราการเสียชีวิต เพราะอาการกำเริบรุนแรง⁽¹¹⁾

ในประเทศไทย พบ อัตราความชุกของโรคหืดร้อยละ 7 เสียชีวิตจากโรคหืดปีละ 6,808 ราย คิดเป็นอัตราตาย 7.76 ต่อแสนประชากร จัดเป็นลำดับที่ 5 ของภูมิภาคอาเซียน⁽¹¹⁾ โดยองค์กรโรคหืดประเทศไทย⁽²⁴⁾ ใช้แนวทางการควบคุมโรคหืดเช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก⁽²⁸⁾ และองค์กรโรคหืดโลก⁽¹²⁾ แต่ก็ยังพบมีรายงานการรักษาโรคหืดในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ล้านครั้งต่อปี โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหืดประมาณ 1,000 รายต่อปี⁽¹⁸⁾ และมีค่าใช้จ่ายรายปีเฉลี่ยในการรักษาผู้ป่วยที่ด้วยผู้ใหญที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ สูงกว่าการรักษาผู้เป็นหืดที่ควบคุมโรคได้⁽⁵⁾

จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ป่วยโรคหืด 21,159 คน ขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 10,615 คน⁽²³⁾ ใช้แนวทางการรักษาโรคหืดของสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย⁽²⁴⁾ แต่ก็ยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดที่ใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2561 ร้อยละ 0.29 ในปี 2562 ร้อยละ 0.59 และในปี 2563 ร้อยละ 0.23⁽²³⁾

ความรู้ทางสุขภาพเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค⁽¹⁴⁾ และปัจจัยทำนายการควบคุมโรคหืด⁽¹³⁾ การมีความรู้ทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมโรคได้ ทำให้เกิดการตัดสินใจในการนำความรู้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาในการดูแลตนเองและจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(13,14) อาการกำเริบกลางคืนน้อยลง⁽²¹⁾ การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินลดลง^(8,14) และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง⁽⁸⁾ แต่หากขาดความรู้ทางสุขภาพ จะทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองต่ำ มีอาการหืดกำเริบกลางคืน (nocturnal asthma) ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินบ่อยขึ้น อัตราการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง^(13,14)

ผู้วิจัยเชื่อในหลักปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาที่ว่า ความรู้ความจริงอยู่ในตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์ตรง แต่ยังไม่ปรากฏว่า มีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อมูลเชิงลึกในประเด็นความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมโรคได้มาก่อน การศึกษารั้งนี้จึงมุ่งศึกษาเชิงคุณภาพ



เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ควบคุมโรคหืดได้สำเร็จตามเกณฑ์การประเมินการควบคุมโรคที่สมาคมโรคหืดแห่งประเทศไทยแนะนำ^(12,24) ในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายใต้หลักปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการควบคุมโรคได้สำเร็จของผู้ป่วยหืด ในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค⁽¹⁴⁾ และปัจจัยทำนายการควบคุมโรคหืด⁽¹³⁾ ความรอบรู้ทางสุขภาพทำให้เกิดการตัดสินใจในการนำความรู้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาในการดูแลตนเองและจัดการอาการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(13,14) อาการกำเริบกลางคืนน้อยลง⁽²¹⁾ การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินลดลง^(8,14) ในทางตรงกันข้าม การขาดความรู้ทางสุขภาพ ทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองต่ำ ทำให้มีอาการหืดกำเริบกลางคืน (nocturnal asthma) ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินบ่อยขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง^(13,14)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ^(15,16) ได้แก่ 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional literacy level) ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสามารถพื้นฐานในการอ่าน เขียน เข้าใจ และปฏิบัติตามความรู้ได้ 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy level) มีด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง แสดงถึงมีความสามารถในการคิด และแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร และการเลือกสื่อ เพื่อการนำความรู้ไปปฏิบัติให้มีผลดีต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น และ 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy level) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับมาอย่างมีวิจารณ์ญาณ วิเคราะห์เปรียบเทียบ เพิ่มความระมัดระวังในการนำข้อมูลมาใช้ สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรค ควบคุมสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยเชื่อหลักปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาว่า ความรู้ความจริงอยู่ในตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์ตรง การศึกษาประสบการณ์ในการควบคุมโรคได้สำเร็จของผู้ป่วยโรคหืดนี้ จึงใช้แนวคิดการศึกษาปรัชญาการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Heidegger⁽⁹⁾ โดยเชื่อว่าแต่ละคนจะมีความรู้สึกลึกซึ้งต่อประสบการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง แต่บุคคลไม่สามารถแยกการรับรู้



ออกจากประสบการณ์เดิมได้อย่างสิ้นเชิง ซึ่งนักวิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam^(15,16) เป็นแนวคิดเบื้องหลัง ทำความเข้าใจความหมายที่อยู่ในบุคคล หรือสภาวะของประสบการณ์ โดยให้ความสำคัญต่อความเข้าใจที่มีต่อประสบการณ์ มากกว่าที่จะอธิบายเหตุผลของประสบการณ์นั้นๆ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ จึงใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ป่วยโรคหืดเจ้าของประสบการณ์ตรง ที่ควบคุมโรคได้สำเร็จ จำนวน 9 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกรายอย่างเจาะจง และใช้แนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลตามรูปแบบของ Diekelmann and Allen's⁽⁹⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการข้อมูลที่แตกต่างและหลากหลาย (varied) เพื่อนำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาการแทรกแซง (intervention) เพื่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยหืด จึงกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่เป็นโรคหืด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด อยู่ในช่วง 6-10 ปีอายุ 30 ปีขึ้นไป แต่สามารถควบคุมโรคได้ โดยวัดจากประเมินจากข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน อาการรู้สึกหายใจไม่เต็มอิ่ม อาการของโรคในกลางคืน การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมฉุกเฉิน การประเมินความสามารถควบคุมโรคของตนเอง ตามเกณฑ์ขององค์กรโรคหืดโลก⁽¹²⁾ และองค์กรโรคหืดประเทศไทย⁽²⁴⁾ โดยมีคะแนนการควบคุมโรค 19 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และลงนามในเอกสารยินยอม ไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์หรือได้รับการผ่าตัดหรือมีภาวะที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนและเงื่อนไขที่กำหนด หรือผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว หรือไม่สามารถติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีโครงสร้างตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam^(15,16) โดยมีประเด็นเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยดังนี้

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรู้และเข้าใจโรค โอกาสเสี่ยงคุกคามจากโรค ในการวิจัยครั้งนี้ใช้คำถามอะไร (what?) ว่า “ในความเห็นของท่าน โรคหืดคืออะไร” “ประสบการณ์ในการควบคุมโรคหืดของท่านเป็นอย่างไร” “ท่านคิดว่าความรอบรู้ที่จำเป็นในการควบคุมโรคหืดคืออะไร และควรเป็นอย่างไร” และ “ความรอบรู้ใดมีส่วนช่วยในการควบคุมโรคหืดของท่าน”

2. ความรอบรู้ขั้นปฏิบัติสัมพันธ์ ได้แก่ วิธีเลือกแหล่งข้อมูลทางสุขภาพจากหลายแหล่ง แลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น และนำความรู้ความคิดที่สั่งสมเป็นชุดความรู้ ไปปฏิบัติให้มีผลดีต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น จัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมาย และการทำตามแผนที่วางไว้ และมีแนวทางในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนเป็นแบบแผนที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น ในการ



วิจัยครั้งนี้ใช้คำถามอย่างไร (how?) ว่า “ขอให้ท่านเล่าว่า ท่านควบคุมโรคหัดอย่างไร” “เหตุผลใดที่ทำให้ท่านควบคุมโรคหัด” “ท่านมีวิธีปฏิบัติในการควบคุมโรคหัดได้สำเร็จอย่างไร”

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การระมัดระวังในการนำข้อมูลมาใช้ โดยวิเคราะห์ทั้งสื่อและข้อมูลที่รับมา ใช้เหตุผลในการเลือกหรือปฏิเสธหลักเล็ง เลือกทางที่ทำให้เกิดผลต่อสุขภาพสูงสุด หรือสามารถแสดงเหตุผลได้อย่างเหมาะสม ชักนำตนเองให้ปฏิบัติจนสำเร็จ โดยการตั้งคำถามสะท้อนคิดซึ่งนำตนเองมีเป้าหมายในการปฏิบัติ และจัดการอุปสรรค มีเหตุผลในการดูแลตนเอง การศึกษาครั้งนี้ใช้คำถามทำไม (why?) ว่า “ท่านคิดว่าท่านควบคุมโรคหัดเพราะเหตุใด” “สิ่งที่ทำให้ท่านควบคุมโรคได้สำเร็จคือสิ่งใด”

4. สมุดสำหรับจดบันทึกภาคสนาม

5. เครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือด้านผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกฝนการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในระบบการศึกษาในระดับปริญญาเอกคณะพยาบาลศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับการฝึกฝนจากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเวลา 3 ปี รวมถึงได้ผ่านการอบรมการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ตามกรอบแนวคิดของความรอบรู้ทางสุขภาพของนักปราชญ์ (15,16) ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ 1 ท่าน และจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการควบคุมโรคหัด 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) 0.80 มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์การวัด (IOC) ตั้งแต่ 0.50-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลมีความอิ่มตัว ผู้วิจัยถอดความจากเครื่องบันทึกเสียง และทำการวิเคราะห์โดยผู้วิจัยเอง ด้วยวิธีการวิเคราะห์รูปแบบของ ไคเคลแมนและอัลเลน⁽⁹⁾ โดยการค้นหาประเด็นที่สำคัญ (Categories and exemplars) โดยการแยกข้อความที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน ตรวจสอบความเชื่อมโยงกันเป็นประเด็นหลัก (Themes) ให้สัญลักษณ์ และหลังจากจำแนกประเด็นหลัก ก็จะกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ของประเด็นหลัก เพื่อเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล จะดำเนินการไปพร้อมๆ กัน ทั้งระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล⁽⁶⁾ ด้วยการจัดแยกข้อมูลตามเวลาที่ได้มา โดยเรียงลำดับจากเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พร้อมระบุวันเดือนปี และเวลา



อย่างชัดเจน ให้รหัสข้อมูลเพื่อการอ้างอิงหลักฐาน โดยทำการจัดกลุ่มเนื้อหาพร้อมทั้งกำหนดรหัสที่บ่งบอกความหมายของข้อมูลในเบื้องต้นว่าอยู่ในประเด็นใด ดังนี้คือ⁽⁹⁾ 1) อ่านและทำความเข้าใจข้อความที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์ 2) สรุปการแปลข้อความที่ได้ 3) วิเคราะห์ข้อความจากเนื้อหา 4) ศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง หากพบความไม่สอดคล้อง 5) เปรียบเทียบความเหมือนความต่างของเนื้อหาที่วิเคราะห์ได้ 6) หาความสัมพันธ์ของประเด็นสำคัญ 7) เสนอเค้าโครงประเด็นสำคัญร่วมกับทีม แล้วรวมเป็นเค้าโครงสรุปสุดท้าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยรหัสโครงการ HE611158 นี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 18 เมษายน 2561

ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้แจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอน การดำเนินการวิจัย สิทธิความเป็นส่วนตัวและการปกปิดข้อมูลที่เป็นความลับ อาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการทำวิจัย จะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันและมีอิสระในการตัดสินใจลงนามยินยอมเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ตามต้องการ

ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล เป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผย หรือระบุถึงกลุ่มอาสาสมัครในทุกกรณี แต่จะใช้คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ในการนำเสนอรายงานการวิจัย ไม่มีการเปรียบเทียบเป็นรายบุคคล และทำลายข้อมูลจากการบันทึกเสียงและสมุดบันทึกต่างๆ เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง

ผลการวิจัย

จากการศึกษาเชิงคุณภาพประสบการณ์ผู้ป่วยในการควบคุมโรคหัดในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า

1. ลักษณะทางประชากรศาสตร์

การศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหัดที่ควบคุมได้ 9 คน เป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 6 คน โดยในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาสาสมัครทุกคนมีคะแนนควบคุมโรคหัดได้ 19-22 คะแนน ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหัด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 29-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3

2. ประสบการณ์ในการควบคุมโรคหัด

การศึกษานี้ พบประเด็นประสบการณ์ในการควบคุมของผู้ป่วยโรคหัดในชุมชน ทั้งหมด 4 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้



2.1 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การให้ความหมายต่อโรคหืด และแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนความสำเร็จในการควบคุมโรคหืด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 การให้ความหมายต่อโรคหืด อาสาสมัครให้ความหมายต่อโรคหืดว่าเป็นโรครักษายาก รักษาไม่หาย กำเริบง่าย แต่สามารถควบคุมโรคให้ปลอดภัยได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“เป็นโรคที่รักษาไม่หาย กำเริบง่ายและรักษายาก” (I4: P1)

“ถ้าเราสามารถควบคุมอาการได้ ก็จะปลอดภัยได้นะ” (I6: P2)

2.1.2 แหล่งช่วยเหลือ จากการศึกษา ผู้ป่วยโรคหืดใช้แหล่งช่วยเหลือคือ ระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ หรือองค์กรในชุมชนเพื่อสนับสนุนความสำเร็จในการควบคุมโรคหืด ในกรณีมีอาการกำเริบ ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“โทร.1669 ครับ บางทีก็โทรไป อบต. ครับเขารับให้อยู่” (I1: P1)

2.2 ความรอบรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ มิติการจัดการเพื่อควบคุมโรคที่หลากหลายคือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังการกำเริบซ้ำ การรักษาด้วยยาที่ถูกต้องเหมาะสม การฟื้นฟูปอด และการจัดการเมื่อกำเริบ ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการควบคุมโรคหืด ได้แก่ แหล่งความรู้เพื่อการสื่อสาร และการปฏิสัมพันธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 มิติการจัดการเพื่อควบคุมโรค จากการสัมภาษณ์เชิงลึกครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล มิติการจัดการเพื่อควบคุมโรคหืดใน 5 มิติ ดังต่อไปนี้

2.2.1.1 การส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการที่เหมาะสม ไม่กระตุ้นอาการภูมิแพ้หรือหอบ จะมีประโยชน์ต่อความแข็งแรงของปอด ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ต่อไปนี้

“ออกกำลังกายกะ แบบไหนก็ได้ที่ทำแล้วไม่หอบ เช่นกายบริหาร เดิน โยคะ” (I4: P1)

“ว่ายน้ำได้บริหารปอดให้แข็งแรงกะ” (I9: P2)

2.2.1.2 การป้องกันและเฝ้าระวังการกำเริบซ้ำ ด้วยการป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นที่ระคายเคืองผ่านคำพูด ดังต่อไปนี้

“หนูหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้หนูเกิดอาการหอบ หนูแพ้ น้ำหอม” (I3: P3)

2.2.1.3 การรักษาด้วยยาที่ถูกต้องเหมาะสม ดังคำพูดต่อไปนี้

“ใช้ยาพ่น 2 ขวด ขวดหนึ่งใช้สำหรับควบคุมอาการ อีกตัวใช้เมื่อโรคกำเริบ” (I5: P6)

“เขายา อมกระบอกพ่นยา กดยา 2 ครั้ง ปิดปากสูดยาเข้าปากลึกๆ ยาวๆ” (I9: P5)

2.2.1.4 การฟื้นฟูปอด ด้วยวิธีบริหารการหายใจ ดังต่อไปนี้

“พยาบาลสอนฝึกหายใจบริหารปอดครับ” (I8: P6)

“ทำโยคะกะ ได้ฝึกหายใจและฟื้นฟูปอด” (I7: P5)



2.2.1.5 การจัดการเมื่อกำเริบอย่างเหมาะสมและเฝ้าระวังอาการกำเริบรุนแรง
ดังต่อไปนี้

“พอมืออาการปูด พ่นปับ ถ้า 3 ครั้ง แล้วไม่ดีขึ้น ผมจะรีบไปที่ห้องฉุกเฉินทันที” (I1: P8)

“มีสเปรย์สเตียรอยด์อยู่หัวเตียงตลอดเลย ไม่เคยขาด” (I2: P7)

2.2.2 แหล่งความรู้เพื่อการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นแหล่งของความรู้แนวทางปฏิบัติและการปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญ สำหรับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด ดังที่สะท้อนผ่านคำพูด ต่อไปนี้

“พยายามบอกให้หลีกเลี่ยงของที่แพ้ และการปฏิบัติเมื่ออาการกำเริบ” (I5: P5)

“เภสัชกรสอนพ่นยาทุกครั้งที่มารับยา ให้ทำให้ถูกต้องก่อนกลับบ้าน” (I8: P9)

2.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การให้คุณค่าต่อการควบคุมโรคหืด เหตุผลในการควบคุมโรคหืด และสาเหตุที่การควบคุมโรคหืดประสบความสำเร็จ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 การให้คุณค่าต่อการควบคุมโรคและการให้เหตุผลในการควบคุมโรคหืด ผู้ให้คำสัมภาษณ์เชิงลึกให้คุณค่าต่อการควบคุมโรคหืดและการให้เหตุผลในการควบคุมโรคหืดว่าการควบคุมโรคได้ให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่ากว่า ดังนี้

“ไม่หอบกลางคืน 2 เดือนแล้ว ตอนนี้เล่นกับเพื่อนได้ หัวเราะมากก็ไม่หอบ” (I3: P9)

“มีความสุขที่ไม่ค่อยหอบ ภูมิแพ้ น้อยลง สุขภาพดีขึ้น ทำงานได้ปกติค่ะ แต่ต้องคอยระวังไว้ไม่ให้เหนื่อย” (I1: P9)

2.3.2 คุณลักษณะความรอบรู้โรคหืด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสะท้อนข้อเสนอแนะว่า ในการควบคุมโรคหืดให้ประสบความสำเร็จดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยต้องมีความรอบรู้ใน 3 คุณลักษณะ คือ 1) รู้รอบ 2) รู้ชัด และ 3) รู้เหตุผล ดังได้สะท้อนคำพูด ต่อไปนี้

“รู้ให้หมด ต้องรู้ทุกๆ อย่าง รู้ให้ครบว่ามีอะไรควรรู้” (I2: P9)

“ต้องรู้ให้ชัดๆ ด้วยว่าทำอะไรไม่ให้มีอาการบ่อยๆ ไม่ให้โรคแรงขึ้น”

“รู้อะไรเป็นอะไร ทำไม่ต้องทำ” (I4: P9)

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยโรคหืด ทำให้พบความรอบรู้เท่าทันในการควบคุมโรคหืดสำเร็จที่ชัดเจนขึ้น ดังนี้

1. ความรอบรู้โรคหืดขั้นพื้นฐาน ในการศึกษาครั้งนี้ อาสาสมัครโครงการวิจัยให้ความหมายต่อโรคหืดว่าเป็นโรครักษายาก รักษาไม่หาย กำเริบง่าย แต่สามารถควบคุมโรคให้ปลอดภัยได้ ผู้ป่วยโรคหืด



ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ใช้แหล่งช่วยเหลือในกรณีมีอาการกำเริบคือ ระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ หรือองค์กรในชุมชนเพื่อสนับสนุนความสำเร็จในการควบคุมโรคหืด

2. ความรอบรู้โรคหืดขั้นปฏิสัมพันธ์ อาสาสมัครโครงการวิจัย มีมิติการจัดการเพื่อควบคุมโรคหืดใน 5 มิติ คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการที่เหมาะสม ไม่กระตุ้นอาการภูมิแพ้หรือหอบ จะมีประโยชน์ต่อความแข็งแรงของปอด 2) ป้องกันและเฝ้าระวังการกำเริบซ้ำ ด้วยการป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ 3) รักษาด้วยยาที่ถูกต้องเหมาะสม 4) พั่นฟูปอด ด้วยวิธีบริหารการหายใจ 5) มีการจัดการเมื่ออาการกำเริบอย่างเหมาะสม และเฝ้าระวังอาการกำเริบรุนแรง โดยการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นแหล่งของความรู้แนวทางปฏิบัติ และการปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญ สำหรับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด

3. ความรอบรู้โรคหืดขั้นวิจารณ์ญาณ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ให้คุณค่าต่อการควบคุมโรคหืดและการให้เหตุผลในการควบคุมโรคหืด ว่า การควบคุมโรคได้ให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่ากว่า ทั้งมีข้อเสนอแนะว่า ในการควบคุมโรคหืดให้ประสบความสำเร็จดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยต้องมีความรอบรู้ใน 3 คุณลักษณะ คือ ต้องรู้รอบ ต้องรู้ชัด และต้องรู้เหตุผลในการกระทำ

อภิปรายผลการวิจัย

จากคำถามการวิจัยว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมโรคได้ เป็นอย่างไร การศึกษานี้ พบว่า ความรู้ ความคิด และการปฏิบัติของผู้ป่วย ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด การให้ความหมายต่อโรคหืด และปัจจัยสนับสนุน ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคหืด ดังต่อไปนี้

1. ในการศึกษาครั้งนี้อาสาสมัครโครงการวิจัย ให้ความหมายต่อโรคหืดว่า เป็นโรครักษายาก รักษาไม่หาย กำเริบง่าย แต่สามารถควบคุมโรคให้ปลอดภัยได้ โดยใช้แหล่งช่วยเหลือในกรณีมีอาการกำเริบคือ ระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ หรือองค์กรในชุมชน สนับสนุนความสำเร็จในการควบคุมโรคหืด แสดงว่า การให้ความหมายต่อโรคหืด และแหล่งความรู้การปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจโอกาสเสี่ยงคุกคามจากโรค^(15,16)

2. อาสาสมัครโครงการวิจัย มีการจัดการเพื่อควบคุมโรคหืดใน 5 มิติ คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการที่เหมาะสม ไม่กระตุ้นอาการภูมิแพ้หรือหอบ 2) ป้องกันและเฝ้าระวังการกำเริบซ้ำ ด้วยการป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ 3) รักษาด้วยยาที่ถูกต้องเหมาะสม 4) พั่นฟูปอด ด้วยวิธีบริหารการหายใจ จะมีประโยชน์ต่อความแข็งแรงของปอด 5) มีการจัดการเมื่อกำเริบอย่างเหมาะสมและเฝ้าระวังอาการกำเริบรุนแรง โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นแหล่งของความรู้แนวทางปฏิบัติและการปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญ สำหรับการควบคุมโรคของผู้ป่วย ซึ่งการมีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์^(15,16) สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติให้มีผลดีต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติของตนเอง จัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา



ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อลดความเสี่ยงของการรักษาในโรงพยาบาล⁽⁴⁾ อาการกำเริบกลางคืนน้อยลง⁽²¹⁾ การเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินลดลง^(8,14) และการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดลง⁽⁸⁾

3. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ให้คุณค่าต่อการควบคุมโรคหืดว่า การควบคุมโรคได้จะให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่ากว่า ในการควบคุมโรคหืดให้ประสบความสำเร็จดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยต้องมีความรอบรู้ใน 3 คุณลักษณะ คือ ต้องรู้รอบ ต้องรู้ชัด และต้องรู้เหตุผลในการกระทำ แสดงถึงการมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ^(15,16) ด้านคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ ให้เหตุผลชักนำตนเองให้ปฏิบัติจนสำเร็จ โดยการตั้งคำถามสะท้อนคิดขึ้นนำตนเองมีเป้าหมายในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมโรคได้ ทำให้เกิดการตัดสินใจในการนำความรู้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาในการดูแลตนเองและจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น^(13,14)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยหืดจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้ความรู้โรคหืดในการตัดสินใจแก้ปัญหาการดูแลตนเอง และจัดการอาการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของการต้องเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล แสดงว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และความรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืดในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การพัฒนากิจกรรมแทรกแซง (intervention) เพื่อการควบคุมโรคหืดในชุมชน

1.1 กิจกรรมแทรกแซงความรู้โรคหืดขั้นพื้นฐาน โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้ความหมายต่อโรคหืด เนื่องจากการให้ความหมายต่อโรคหืดนั้น นอกจากจะสามารถอธิบายได้ถึงโอกาสเสี่ยงคุกคามจากโรคแล้ว ยังช่วยให้อธิบายได้ถึงโอกาสปลอดภัยจากการควบคุมโรคหืดได้ ให้ความรู้แหล่งช่วยเหลือในกรณีมีอาการกำเริบ ได้แก่ ระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ หรือองค์กรในชุมชน และการรับรู้ปัจจัยสนับสนุนทำให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคหืดได้ดียิ่งขึ้น

1.2 กิจกรรมแทรกแซงความรู้โรคหืดขั้นปฏิสัมพันธ์ เพื่อควบคุมโรคหืดทั้ง 5 มิติ คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการที่เหมาะสม 2) ป้องกันและเฝ้าระวังการกำเริบซ้ำ 3) รักษาด้วยยาที่ถูกต้องเหมาะสม 4) พ้นฟูปอด และ 5) มีการจัดการเมื่อกำเริบอย่างเหมาะสมและเฝ้าระวังอาการกำเริบรุนแรง สนับสนุนการปรึกษาปัญหาโรคหืดกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เนื่องจากบุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นแหล่งของความรู้แนวทางปฏิบัติ และการปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญ สำหรับ



การควบคุมโรคหืด ผลักดันการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติของตนเอง นำความรู้ไปปฏิบัติให้มีผลดีต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น

1.3 กิจกรรมแทรกแซงความรู้โรคหืดขั้นวิจารณ์ญาณ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้คุณค่าของการควบคุมโรคหืดและการให้เหตุผลในการควบคุมโรคหืด อย่างรู้รอบ รู้ชัด และรู้เหตุผลในการกระทำ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคหืด เกิดการตัดสินใจในการนำความรู้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาในการดูแลตนเองและจัดการอาการ สามารถควบคุมโรคได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น

2. การศึกษาในอนาคต 1) ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นๆ 2) มีการศึกษาผสานวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้องค์ประกอบของปัจจัยในการควบคุมโรคหืดได้สำเร็จที่ชัดเจนขึ้น 3) ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ในการควบคุมโรคหืด เพื่อใช้วัดผลก่อนและหลังการแทรกแซงกิจกรรมเพิ่มความรู้ในการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Abter AJ et al. Linking numeracy and asthma-related quality of life. Patient Education Counseling 2009; 75(3): 86-91.
2. Abter AJ et al. Association of health literacy and adherence outcome of moderate to severe Asthma. Journal allergy clinical immunological 2011; 128(3): 516-523.
3. Abter AJ et al. The association of health literacy with adherence and outcomes in moderate-severe asthma. Journal of allergy clinical immunological 2013; vol.132(2): 321-327.
4. Adams RJ et al. Inadequate health literacy is associated with increased asthma morbidity in a Population sample. Journal of allergy clinical immunological 2009; 124: 601-603.
5. Boonpiyathad T, Yimsawad S, and Sangasapaviriya A. The study of the cost of treatment for asthma in Phramongkutklao Hospital: Study of Population in Adults,” Medical archives The Medical Association of Thailand under the Royal Patronage 2016; 99(1): 51-57.
6. Denzin NK and Lincoln YS (Eds.). The landscape of qualitative research. 3rd ed, Sage Publications. 2008.
7. Department of Health Thailand, “Thais know health Moving towards Thailand 4.0: Health literate Citizen Towards Thailand 4.0,” in 10th National Congress on Health and Environmental Health Promotion; 2017.
8. Dewalt A et al. Low parental literacy is as-sociated with worse asthma care measures in children. Ambulation pediatric 2007; 7: 25-31.



9. Diekelmann N. & Allen D. A Hermeneutic Analysis of the NLN's Criteria for the Appraisal of the baccalaureate Programs. National League for Nursing, New York. 1989.
10. Edwards M et al. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. BMC Public Health 2012; 12: 1471-2458.
11. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, Global burden of 369 diseases in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for a Global burden of diseases study 2019. Lancet, 2020; 396(10258): 1204-1222.
12. Global Initiative for Asthma (GINA), Pocket guide for asthma management and prevention [Online]. 2021 [cited 2021 Jan 30]. Available from: <https://ginasthma.org/>
13. London AMM. and Schulz P. Influences of health literacy, judgment skills, and empowerment on Asthma self-management practices. Patient Education and Counseling 2015; 98: 908-917.
14. Mancuso CA and Rincon M. Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes. Journal of General Intern Med 2006; 21: 813-817.
15. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12) : 2072-2078.
16. Nutbeam D. Defining and measuring Health literacy: what can we learn from literacy studies? Int. J. Public Health 2009; 54:303-5.
17. Paasche-Orlow MK et al. Education may reduce health literacy disparities in asthma self-Management. American Journal of Respiration Critical Care Medicine 2005; 172: 980-986.
18. Poachanukoon O. Epidemiology of allergies in Allergy and primary immunodeficiency in children. Bangkok: Siam Color Print 2012; 15-22.
19. Peteze LA. Health care navigation tool assesses asthma self-management and health literacy. Journal Of allergy clinical immunological 2016; 138(6): 1593-1599.
20. Rosas-Salaza C et al. Health literacy and asthma. Journal of allergy clinical Immunological 2012; 129(4): 935-942.
21. Rosenfield L et al. Beyond reading alone: the relationship between aural literacy and asthma Management. Patient Education Counseling 2011; 82: 110-116.
22. Shone LP et al. The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma. Patient Education Counseling 2009; 75: 368-375.



23. Surat Thani Provincial Health Office. Causes of Morbidity Report Surat Thani Province; 2017: Available from <http://www.srpho.go.th>. 2017.
24. Thai Asthma Council. Guidelines for the diagnosis and treatment of asthma in Thailand for adults 2022, Beyond Enterprise: Bangkok 2022.
25. Williams MV et al. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. Chest 2008;114: 1008-1015.
26. Wood MR et al. African American parents'/guardians' health literacy and self-efficacy and their child's level of asthma control. Journal of Pediatric Nursing 2010; 25: 418-427.
27. World Health Organization, Asthma key facts 2017, Available from <https://www.who.int/newsroom/q-a-detail/chronic-respiratory-diseases-asthma>, May. 15, 2020.
28. World Health Organization, Asthma [Online]. 2021 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.



**ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของชาวมุสลิม ตำบลตะโปเยาะ อำเภอยิ่งง จัหวัดนราธิวาส**
**KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR ON USING MEDICINAL PLANTS FOR
CORONAVIRUS DISEASE 2019 PREVENTION AMONG MUSLIMS, TAPO YO SUB
DISTRICT, YI NGO DISTRICT, NARATHIWAT PROVINCE**

Received: October 12, 2022

Revised: January 08, 2023

Accepted: January 11, 2023

มุลึง ตาแห¹, ปานชนก ภูเดช¹, วิทวัส หมาอี², กุสุมาลย์ น้อยผา^{3*}

Muleng Tahea¹, Panchanok Poodech¹, Wittawat Mard-e², Kusumarn Noipha^{3*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ กับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชาวมุสลิม ตำบลตะโปเยาะ อำเภอยิ่งง จัหวัดนราธิวาส วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแคว์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 77.78 มีเจตคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.38 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.39 และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมมีดังนี้ 1) อายุ อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value} < 0.005$, < 0.01 และ < 0.01) 2) อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value} < 0.005$) และ 3) อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value} < 0.005$)

คำสำคัญ: ความรู้, เจตคติ, พฤติกรรม, พืชสมุนไพร, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹ นิสิตปริญญาตรี สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

Student of Thai Traditional Medicine Department, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

² นักการแพทย์แผนไทย สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

Thai Traditional Medicine Practitioner of Thai Traditional Medicine Department, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

³ อาจารย์ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

Lecturer of Thai Traditional Medicine Department, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

*Corresponding author E-mail: kusumarn.n@hotmail.com



Abstract

This survey research aimed to study the level of knowledge, attitude and using herbal behaviors of coronavirus disease 2019 prevention. And study the personal characteristic factors related to the knowledge, attitude and using herbal behavior of coronavirus disease 2019 prevention among muslim in Tapo Yo sub district, Yi-Ngo district, Narathiwat province. Analyzed using descriptive statistics and Chi-square test.

It found that most subjects had high level of knowledge (77.78%), attitude (96.38%), and using herbal behaviors of coronavirus disease 2019 prevention (73.39%). And personal characteristic factors related to the performance of knowledge, attitudes and behaviors were, 1) age, occupation, and experience of using herbal related to the knowledge of using herbal for coronavirus disease 2019 (p-value<0.005, <0.01 and <0.01), 2) occupation and experience of using herbal related to the attitude of using herbal for coronavirus disease 2019 prevention (p-value<0.005), and 3) age, education level, occupation and experience of using herbal related to the using herbal behaviors of coronavirus disease 2019 prevention (p-value<0.005).

Keywords: Knowledge, Attitude, Behavior, Medicinal plants, Coronavirus disease 2019



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งกลไกการติดเชื้อ เกิดจากไวรัสใช้โปรตีนส่วน Spike จับกับตัวรับจำเพาะบนผิวเซลล์เจ้าบ้าน (Host) นำไปสู่กระบวนการปลดปล่อยสารพันธุกรรมเข้าสู่เซลล์ การเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรม และประกอบเป็นอนุภาคไวรัสใหม่ต่อไป ซึ่งเป็นกลุ่มเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจในคน สามารถแพร่กระจายได้ผ่านการไอ จาม สัมผัส น้ำมูก น้ำลายมีระยะฟักตัวได้นานถึง 14 วัน โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการคล้ายไข้หวัด อาการทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิตได้⁽¹⁾

จากสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้น ได้แพร่อย่างรวดเร็ว และกว้างขวาง ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก หลายคนพยายามหาวิธีดูแลป้องกันตนเองเพิ่มมากขึ้น นอกจากการรับวัคซีนโดยมีผู้คนจำนวนไม่น้อยหันมาสนใจพืชสมุนไพรไทยเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีผลวิจัยระบุว่า พืชสมุนไพร เช่น ฟัทะลายโจร กระชายขาว มีฤทธิ์ในการยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสโคโรนา และยังสามารถเสริมภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายได้อีกด้วย จึงได้รับความสนใจจากนักวิจัยและคนทั่วไป เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันและร่วมรักษาโรคโควิด-19⁽¹⁾ จากการรายงานสถิติผู้ป่วย วันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 7,377 คน⁽²⁾ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ในงานวิจัยนี้ได้กำหนดพืชสมุนไพร 5 ชนิด ที่มีอยู่ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นพืชสมุนไพรที่ถูกคัดเลือกเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรืออาการเบื้องต้น โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพ และความปลอดภัย⁽³⁾ ซึ่งพืชสมุนไพร 5 ชนิดที่กำหนด ได้แก่ ฟัทะลายโจร (*Andrographis paniculata* (Burm.f.) Nees) ซึ่งมีรายงานวิจัยพบว่า มีกลไกต้านไวรัสโคโรนาไม่ให้เข้าสู่เซลล์มนุษย์ ลดการแบ่งตัวไวรัสภายในเซลล์ เพิ่มภูมิคุ้มกันในการต่อต้านเชื้อไวรัส และลดการอักเสบที่ป้องกันการติดเชื้อไวรัส⁽⁴⁾ จากรายงานการจำลองภาพสามมิติจากคอมพิวเตอร์ พบว่า สารสำคัญในกระเทียม (*Allium sativum* L.) ได้แก่ Quercetin และ Allicin สารสำคัญในขิง (*Zingiber officinale* Roscoe) ได้แก่ Gingerol และ Gingerol และสารสำคัญในขมิ้นชัน (*Curcuma longa* L.) ได้แก่ Demethoxycurcumin สามารถแย่งจับกับตำแหน่ง Main protease ของไวรัสโคโรนา ซึ่งมีผลยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัสได้อีกด้วย⁽⁵⁾ และมะขามป้อม (*Phyllanthus emblica* L.) มีสาร Phyllanemblinin G7 ซึ่งสามารถจับกับตัวรับ Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) ที่ผิวเซลล์ของปอด โดยสามารถยับยั้งการสร้างและการแบ่งตัวของเชื้อซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการเพิ่มจำนวนของไวรัส⁽⁶⁾

ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชาวมุสลิม ตำบลตะโปะเยะ อำเภอยิ่งง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาวิจัยที่มีความสำคัญต่อประชาชน เนื่องจากสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้พืช



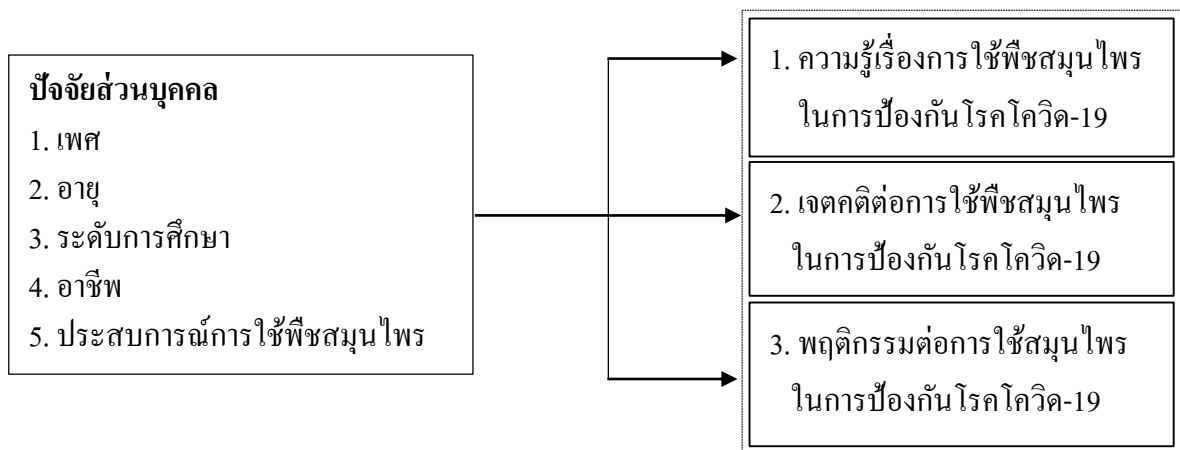
สมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในการเตรียมความพร้อมและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ด้านการระบาดของ โรคโควิด-19 การป้องกันและการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของชาวมุสลิม ตำบลตะโปะเยะ อำเภอยิ่งอ จังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพร กับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรป้องกัน โรคโควิด-19 ของชาวมุสลิม ตำบลตะโปะเยะ อำเภอยิ่งอ จังหวัดนราธิวาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสามารถกำหนดกรอบ แนวคิดของการวิจัย เรื่อง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของชาวมุสลิม ตำบลตะโปะเยะ อำเภอยิ่งอ จังหวัดนราธิวาส โดยประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพของโอเรม⁽⁷⁾ กำหนดตัวแปรที่ใช้ประกอบในการวิจัย โดยกำหนดให้ปัจจัย ส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพร เป็นตัวแปรต้น และความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการ ป้องกันโรคโควิด-19 เป็นตัวแปรตาม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชาวมุสลิม ตำบลตะโปะเยะ อำเภอยิ่งอ จังหวัดนราธิวาส



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายน ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีอายุ 20-59 ปี เนื่องจากขอบเขตพื้นที่ที่กำหนดนั้นเป็นพื้นที่ของชุมชนที่นับถือศาสนาอิสลาม 100 เปอร์เซนต์ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจพฤติกรรมชาวมุสลิมต่อการใช้พืชสมุนไพร ซึ่งในช่วงอายุ 20-59 ปี เป็นช่วงอายุที่มีความสนใจดูแล และใส่ใจในสุขภาพมากที่สุด เพราะสามารถ ฟัง อ่าน เขียน เข้าใจในบทความ ได้มากกว่าอายุอื่น เช่น ช่วงวัยเด็กมีโอกาส อ่านไม่ออก วัยชรา โอกาส มีปัญหาในการฟัง มองไม่เห็น เป็นต้น จากข้อมูลองค์การบริหารส่วนตำบลตะโปะเยะ ประมวลผล ณ เดือนมกราคม 2564 พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลตะโปะเยะ อำเภอยิ่งง จัหวัดนราธิวาส มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 9,620 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan อ้างใน ชีรวิทย์ เอกะกุล (2543)⁽⁸⁾ ซึ่งสามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 369 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนเข้าร่วมศึกษาอีกร้อยละ 5 ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 387 คน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ที่มีอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ตำบลตะโปะเยะ อำเภอยิ่งง จัหวัดนราธิวาส ไม่มีปัญหาในการฟัง และการอ่าน สามารถเข้าใจภาษาไทย และสามารถตอบแบบสอบถามได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลตะโปะเยะ อำเภอยิ่งง จัหวัดนราธิวาส และเป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการฟัง และการอ่าน ไม่สามารถเข้าใจภาษาไทย และไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร โดยปรับปรุงจาก เขมิกานุนเพ็ชร และคณะ⁽⁹⁾

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย คำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือก 3 คำตอบคือ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดและตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน เป็นการแบ่ง



ระดับความรู้เป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ช่วง 11-15 คะแนน ระดับปานกลาง ช่วง 6-10 คะแนน และระดับต่ำ ช่วง 0-5 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยปรับปรุงจากเขมิกา ขุนเพชร และคณะ⁽⁹⁾ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ข้อความเชิงบวก เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน ข้อความเชิงลบ เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน เป็นการแบ่งระดับเจตคติเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ช่วง 21-30 คะแนน ระดับปานกลาง ช่วง 16-20 คะแนน และระดับไม่ดี ช่วง 10-15 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ เคยปฏิบัติ และไม่เคยปฏิบัติ โดยเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ เคยปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน เป็นการแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ช่วง 11-15 คะแนน ระดับปานกลาง ช่วง 6-10 คะแนน และระดับต่ำ ช่วง 0-5 คะแนน

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการการใช้พืชสมุนไพรชนิดอื่นๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 1 ท่าน ด้านสาธารณสุขจำนวน 1 ท่าน และด้านการออกแบบสอบถามและการใช้สถิติในการวิจัย จำนวน 1 ท่าน โดยพิจารณาข้อที่มีค่า IOC : INDEX OF ITEM OBJECTIVE CONGRUENCE อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามที่หาความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.74 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมต่อการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรกับระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ Chi-square



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ รหัสโครงการวิจัย COA No. TSU 2022_084 REC No.0133 ลงวันที่ 25 เมษายน 2565 สิ้นสุดวันที่ 25 เมษายน 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิจัย ประโยชน์ และผลกระทบจากการวิจัยให้ทราบพร้อมแสดงความยินยอมตามแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นไป โดยการสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยมิได้บังคับ

ผลการวิจัย

1. ระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของชาวมุสลิม ตำบลตะปอเยาะ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.11 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 96.12 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.53 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่นๆ (นักศึกษา แม่บ้าน ว่างงาน) ร้อยละ 81.14 รู้จักพืชสมุนไพร (ฟ้าทะลายโจร จิง ขมิ้นชัน มะขามป้อม กระเทียม) ร้อยละ 98.97 และมีประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร (ฟ้าทะลายโจร จิง ขมิ้นชัน มะขามป้อม กระเทียม) ร้อยละ 91.73 ดังตารางที่ 1

ความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ระดับสูง ร้อยละ 77.78 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในประเด็นต่างๆ มากที่สุด คือ ฟ้าทะลายโจรมีฤทธิ์กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันใน การต้านการติดเชื้อโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 93.80 กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.38 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคิดว่าหากเริ่มมีอาการป่วยคล้ายเป็นโรคโควิด-19 จะใช้พืชสมุนไพรทั้ง 5 เป็น ทางเลือกในการป้องกันโรคโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 91.47 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการ ป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.39 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานพืชสมุนไพรที่ช่วยป้องกันโรคโควิด-19 จากสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 93.54 ดังตารางที่ 2

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพร ป้องกันโรคโควิด-19 ของชาวมุสลิม ตำบลตะปอเยาะ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส เมื่อพิจารณาเฉพาะ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง พบว่า ปัจจัย ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการใช้ พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ($p\text{-value} < 0.005$) ดังตารางที่ 3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติ ต่อการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี พบ มีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความ สัมพันธ์กับเจตคติ ได้แก่ อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร ($p\text{-value} < 0.005$) ดังตารางที่ 4



และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ($p\text{-value} < 0.005$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคโควิด-19 (n=387)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	166	42.89
หญิง	221	57.11
อายุ		
20-30 ปี	372	96.12
31-40 ปี	7	1.81
41-50 ปี	6	1.55
51-59 ปี	2	0.52
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	1.03
มัธยมศึกษา	30	7.76
ปริญญาตรี	331	85.53
อื่นๆ (ไม่ได้ศึกษา)	22	5.68
อาชีพ		
ข้าราชการ	9	2.32
ค้าขาย	8	2.07
เกษตรกร	13	3.36
รับจ้างทั่วไป	43	11.11
อื่นๆ (นักศึกษา แม่บ้าน ว่างาน)	314	81.14
ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร		
เคย	355	91.73
ไม่เคย	32	8.27



ตารางที่ 2 ระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมต่อการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคโควิด-19 ของ
ชาวมุสลิม ตำบลตะปอเยาะ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส (n= 387)

	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้		
สูง (ช่วง 11-15 คะแนน)	301	77.78
ปานกลาง (ช่วง 6-10 คะแนน)	69	17.83
ต่ำ (ช่วง 0-5 คะแนน)	17	4.39
Mean =11.9, S.D. =2.75, Min =1.00, Max =15.00		
ระดับเจตคติ		
ดี (ช่วง 21-30 คะแนน)	373	96.38
ปานกลาง (ช่วง 16-20 คะแนน)	10	2.58
ไม่ดี (ช่วง 10-15 คะแนน)	4	1.03
Mean = 26.674, S.D. = 2.3474, Min = 13.00, Max =30.00		
ระดับพฤติกรรม		
สูง (ช่วง 11-15 คะแนน)	284	73.39
ปานกลาง (ช่วง 6-10 คะแนน)	72	18.60
ต่ำ (ช่วง 0-5 คะแนน)	31	8.01
Mean = 12.42, S.D. = 3.96, Min = 0, Max =15.00		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกัน
โรคโควิด-19 ของชาวมุสลิม ตำบลตะปอเยาะ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส (n= 387)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพร ในการป้องกันโรคโควิด-19		แปลผล
	χ^2	p-value	
เพศ	1.02	<0.75	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	12.13	<0.005	มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	1.71	<0.5	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	6.61	<0.01	มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร	52.34	<0.005	มีความสัมพันธ์



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับเจตคติต่อการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของชาวมุสลิม ตำบลตะปอเยาะ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส (n= 387)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับเจตคติต่อการใช้พืชสมุนไพร		แปลผล
	ในการป้องกันโรคโควิด-19		
	χ^2	p-value	
เพศ	3.18	<0.25	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.59	<0.75	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	3.36	<0.25	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	15.21	<0.005	มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร	16.68	<0.005	มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมต่อการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของชาวมุสลิมตำบลตะปอเยาะ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส (n=387)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมต่อการใช้พืชสมุนไพร		แปลผล
	ในการป้องกันโรคโควิด-19		
	χ^2	p-value	
เพศ	0.08	<0.975	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	18.04	<0.005	มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	14.48	<0.005	มีความสัมพันธ์
อาชีพ	19.97	<0.005	มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร	54.33	<0.005	มีความสัมพันธ์

สรุปผลการวิจัย

1. ชาวมุสลิม ตำบลตะปอเยาะ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส มีความรู้ในระดับสูง มีเจตคติอยู่ระดับดี และมีพฤติกรรมอยู่ระดับสูงต่อการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคโควิด-19 ของชาวมุสลิม ตำบลตะปอเยาะ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส



อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคโควิด-19

อายุ อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 อาจกล่าวได้ว่า อายุที่แตกต่างกันมีความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่แตกต่างกัน ซึ่งในปัจจุบันชาวมุสลิมนิยมส่งเสริมให้ลูกหลานได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น มีการได้รับข้อมูลข่าวสารมากมายจึงมีความรู้ที่แตกต่างจากอายุกลุ่มอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย และคณะ (2563)⁽¹⁰⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.019$) อาชีพที่แตกต่างกันจะมีความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจุบันทุกอาชีพสามารถเลือกหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพืชสมุนไพรได้หลากหลายวิธี ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเป็นนักศึกษา ซึ่งสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ทำให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรได้ง่ายกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ และการที่บุคคลที่มีหรือไม่มีประสบการณ์ในการใช้พืชสมุนไพรจะมีพฤติกรรมการใช้ที่แตกต่างกัน เนื่องจากเคยใช้พืชสมุนไพรทั้ง 5 ตัว ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร จิง มะขามป้อม ขมิ้นชันและกระเทียม อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 74.93 จึงทำให้มีความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงกว่าคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ พนธร เหมะจันทร์ และคณะ (2562)⁽¹¹⁾ พบว่า อาชีพ และเคยใช้พืชสมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องการใช้ยาพืชสมุนไพรรักษาโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติในการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคโควิด-19

อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการ ใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) กล่าวได้ว่า อาชีพที่แตกต่างกันจะมีเจตคติต่อการ ใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพที่แตกต่างกันไป เช่น ข้าราชการ ค้าขาย เกษตรกร รับจ้างทั่วไป และนักศึกษา ซึ่งปัจจุบันทุกอาชีพสามารถเลือกหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพืชสมุนไพรได้อย่างหลากหลายวิธี และการที่บุคคลที่มีหรือไม่มีประสบการณ์ในการใช้พืชสมุนไพรจะมีเจตคติการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้พืชสมุนไพรทั้ง 5 ตัว ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร จิง มะขามป้อม ขมิ้นชัน และกระเทียม มีระดับเจตคติอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 89.67 ซึ่งมากกว่าคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ พนธร เหมะจันทร์ และคณะ (2562)⁽¹¹⁾ พบว่า อาชีพและเคยใช้พืชสมุนไพรรักษาโรคเบาหวานหรือ



ความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเรื่องการใช้ยาพืชมุนไพรรักษาโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชมุนไพรป้องกันโรคโควิด-19

อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การใช้พืชมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) อาจกล่าวได้ว่าอายุที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมต่อการใช้พืชมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มอายุที่ศึกษา คือ 20-59 ปี ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา มีพฤติกรรมการใช้พืชมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.56 ซึ่งแตกต่างจากอายุกลุ่มอื่นๆ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการใช้พืชมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองที่ต่างกัน เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นตัวช่วยในการตัดสินใจ และปฏิบัติเลือกใช้ได้ อาชีพที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมต่อการใช้พืชมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพที่ต่างกัน การดำเนินชีวิตในแต่ละวันอาจแตกต่างกันไป ไม่มีความคล้ายคลึงกัน รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพืชมุนไพรซึ่งทำได้หลากหลายวิธี อาจส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้พืชมุนไพรได้ และจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้พืชมุนไพรจากการปลูกไว้เองที่บ้านอีกด้วย และบุคคลที่มีหรือไม่มีประสบการณ์ในการใช้พืชมุนไพรจะมีพฤติกรรมต่อการใช้พืชมุนไพรในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่แตกต่างกัน เนื่องจากในส่วนของพฤติกรรมเคยใช้พืชมุนไพรทั้ง 5 ตัว ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร จิง มะขามป้อม ขมิ้นชัน และกระเทียมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.54 ทำให้มีพฤติกรรมในการใช้พืชมุนไพรที่สูงกว่าคนที่ไม่มีเคยมีประสบการณ์ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา มัททวงกูร และคณะ (2562)⁽¹³⁾ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.052$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริญญา เมืองช้าง (2564)⁽¹⁴⁾ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.019$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริญญา เมืองช้าง (2564)⁽¹⁴⁾ พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.635$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพที่คล้ายคลึงกันกว่า 2 ใน 3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพรับจ้าง และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้พืชมุนไพรจากการปลูกไว้เองที่บ้าน ซึ่งอาจทำให้แต่ละอาชีพมีพฤติกรรมการใช้พืชมุนไพรที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ศรีสร้อย และพิไลวรรณ ลีพล (2550)⁽¹⁵⁾ พบว่า ประสบการณ์ในการดื่มยาต้มพืชมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาต้มพืชมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.05$)



ดังนั้น จากผลการศึกษาซึ่งพบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี แต่ยังคงมุ่งเน้นการรณรงค์ส่งเสริมในเรื่องดังกล่าวไปยังกลุ่มคนที่ไม่ได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ผู้ที่มีการศึกษาน้อย และมีอายุมาก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า การใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโควิด-19 ของชาวมุสลิม ตำบลตะปอเยาะ ยังมีไม่มาก ควรมีนโยบายที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มรายได้
2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรม หรืออบรมเผยแพร่ข้อมูล ส่งเสริมในเรื่องความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้พืชสมุนไพร การสร้างแหล่งพืชสมุนไพร ที่สามารถนำมาใช้ได้สะดวก และมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการใช้พืชสมุนไพรในการป้องกันโควิด-19

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนจากคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

เอกสารอ้างอิง

1. สุรัชยา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสุมนมาลย์ อุทัยมกุล. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563; 14: 124-33.
2. สำนักงานจังหวัดนราธิวาส. สถานการณ์ Covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. นราธิวาส; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www2.narathiwat.go.th/nara2016/covid>
3. เสนาะ ขาวขำ, เทวัญ ธานีรัตน์ และพระปลัดสมชาย ปโยโค. การใช้สมุนไพรตามพหุทธาณูญาด เพื่องานสาธารณสุขมูลฐาน. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ 2560; 5: 237-49.
4. กรมสุขภาพจิต. ฟ้าทะลายโจรกับการระบาดของโควิด-19. นนทบุรี; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2369>.
5. Khaerunnisa S, Kurniawan H, Awaluddin R, Suhartati S, Soetjipto S. Potential inhibitor of COVID-19 main protease (Mpro) from several medicinal plant compounds by molecular docking study. Preprints 2020, 2020030226; doi: 10.20944/preprints202003.



6. Ranjan P, Mohapatra B, Das P. A rational drug designing: what bioinformatics approach tells about the wisdom of practicing traditional medicines for screening the potential of Ayurvedic and natural compounds for their inhibitory effect against COVID-19 Spike, Indian strain Spike, Papain-like protease and Main Protease protein. Research Square 2020; doi.org/10.21203/rs.3.rs-30366/v1.
7. Orem D, Taylor S, Renpenning K. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
8. ชีรวิทย์ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.
9. เขมิกา ขุนเพชร, ศันันิม จาเงาะ, นูรออาชียะห์ ซามะ, โนรีชา สะมะแอม, พิมพ์มล บัวสงค์, รอชีดะห์ ดาโอ๊ะ, วิทวัส หมาดอี และกุสุมาลย์ น้อยผา. ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13: 346-56.
10. เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กิรณาแต่อาภัย, สายันท์ ปัญญาทรง, และอ้อยทิพย์ บัวจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7: 45-56.
11. พนธร เหมะจันทร์, ณัฏฐวรรณ์ รัมมะนพ และลภานัน โลหิตไทย. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาพืชสมุนไพรในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2562; 9: 87-100.
12. ตรีชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36: 597- 604.
13. ชนิตา มัททวางกูร, ขวัญเรือน กำวิตุ, สุธิดา ดีหนู และสิริณัฐ สีนวรรณกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรของประชาชนในเขตภาษีเจริญ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2562; 20: 99-109.
14. วิริญา เมืองช้าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
15. จารุวรรณ ศรีสร้อย, พิไลวรรณ ลิ้มพล, และกาญจนา วงษ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคยาต้มพืชสมุนไพรของประชาชนบ้านโคกลาย ตำบลม่วงลาย อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2553.



การประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง
ในกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์
THREAT EXPOSURE ASSESSMENT HEALTH THREATS FROM WORK
AND SAFETY BEHAVIOR OF BAANMORN'S POTTERY WORKERS GROUP AT
NAKHON SAWAN PROVINCE

Received: July 19, 2022

Revised: January 06, 2023

Accepted: January 12, 2023

ชนกานต์ สกุธแลว^{1*}, ละออง อุปมัย¹, ณริดา อินทร์เป็น¹,
สุชา นุ่มเกลี้ยง¹, กนกวรรณ อาจแก้ว¹
Chanakarn Sakulthaew^{1*}, Laorng Uppamai¹, Natida Inpan¹,
Sucha Numkliang¹, Kanogwan Arjkaew¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน และพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 108 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้ไคสแควร์หรือฟิชเชอร์

ผลการวิจัย พบว่า คนงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 30-44 ปี มีชั่วโมงการนอนหลับ 7-8 ชั่วโมง ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้าง มีอายุงาน 10 ปีขึ้นไป มีชั่วโมงการทำงาน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน และทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์ คนงานมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย มาตรฐานความปลอดภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับดี มีการสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงานระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงานในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพการสมรส การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานด้านการยศาสตร์ และการรับรู้ภาวะสุขภาพจากการสัมผัสสิ่งคุกคามทางด้านการยศาสตร์เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลการศึกษา จึงควรส่งเสริมให้มีการความรู้เรื่องความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งเน้นการสร้างตระหนักรู้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การสัมผัสสิ่งคุกคาม, การรับรู้, พฤติกรรมความปลอดภัย

¹ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

Occupational Health and Safety Programme, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: Chanakarn.s@nsru.ac.th



Abstract

This research is the assessment of occupational health threat exposure and self-defense behavior of 108 people Ban Mon Pottery workers in Nakhon Sawan Province. Data collection was done by questionnaire. There were analyzed by descriptive statistics and test the correlation by using Chi square test and Fisher's exact test.

The research results showed that most of the workers were male, aged between 30-44 years old, sleep 7-8 hours. The most of them are employees who have been worked more than 10 years, working hours is around 6-8 hours per day and work in 6 days per week. Workers are knowledgeable about hazard prevention, safety standards and relevant laws at a good level, moderate exposure to occupational threats. There was a low level of perception of health status from occupational threats, and safety behavior at work at a good level. The exposure to health threats from ergonomic work and perceived health status from exposure to ergonomic threats only that correlate with safety behavior in the workplace statistically significant ($p < 0.05$).

According to the results of the study, the knowledge of safety in operations should be promoted to focus on raising awareness in order to create more safety behaviors in the workplace.

Keywords: Health Threats Exposure, Perception, Safety Behavior



บทนำ

ชุมชนบ้านมอญ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เป็นอีกหนึ่งชุมชนที่ยังคงรักษามรดกทางวัฒนธรรม และสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นและยึดถือมาเป็นการประกอบอาชีพในการผลิตเครื่องปั้นดินเผามาเป็นเวลากว่า 200 ปี ปัจจุบันอาชีพการทำเครื่องปั้นดินเผาก็ยังปรากฏให้เห็นอยู่ภายในชุมชน และยังคงเป็นอาชีพหลักของชุมชนมอญมาจนถึงทุกวันนี้⁽¹⁾ โดยในแต่ละสถานประกอบการจะมีลูกจ้างผู้ปฏิบัติงานปั้นเครื่องปั้นดินเผาประมาณ 1-10 คน ผู้ปฏิบัติงานปั้นเครื่องปั้นดินเผามีโอกาสสัมผัสกับอันตรายจากการทำงานทั้งทางด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และการยศาสตร์ ได้แก่ ฝุ่นเสียงดัง ความร้อน ท่าทางการทำงานที่ฝืนท่าทางธรรมชาติ การบิดหรือเอี้ยวตัวในขณะที่ทำงาน การนั่งทำงานในท่าทางการทำงานซ้ำๆ และใช้สายตาเป็นเวลานาน อันส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานปั้นเครื่องปั้นดินเผา พบอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อาการปวดมือ ปวดแขน ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดคอ ปวดขา และยังพบปัญหาสุขภาพของผิวหนังและระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ คัน ผื่นตามผิวหนัง น้ำมูกไหล ไอ จาม และแสบจมูก ซึ่งส่งผลให้ได้รับอันตรายเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน⁽²⁾

ทั้งนี้ จากรายงานสถานการณ์ด้านแรงงานจังหวัดนครสวรรค์ ในปี พ.ศ. 2558 ถึง ปี พ.ศ. 2563 พบว่า การประสบอันตรายจากการทำงานของสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1-10 คน มีสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานสูงที่สุด รองลงมาสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 21-50 คน และสถานประกอบการที่มีลูกจ้างขนาด 51-100 คน ตามลำดับ⁽³⁾ สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้ สภาพแวดล้อมลักษณะงานที่แตกต่างกันในแต่ละรูปแบบจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมความปลอดภัยของที่แตกต่างกันไป⁽⁴⁾ ดังนั้น การบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานจึงเป็นเรื่องสำคัญต่อกลุ่มผู้ประกอบการเครื่องปั้นดินเผา โดยจะเป็นการมุ่งเน้นไปที่การสร้างตระหนักรู้และการสร้างให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานตามมาตรฐานกฎหมายกำหนด⁽⁵⁾

จากปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัย เรื่องการประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการทำงานของกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์



2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา พื้นที่วิจัย คือ ชุมชนเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ การดำเนินโครงการวิจัย ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564-มกราคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คนงานปั้นเครื่องปั้นดินเผาที่ปฏิบัติงาน ณ ชุมชนเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ ตำบลบ้านแก่ง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 108 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยต้องเป็นคนที่มีการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการผลิตเครื่องปั้นดินเผา ตำบลบ้านแก่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เพศชายหรือหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ ลาออก เปลี่ยนงาน หรือหยุดงานระหว่างที่มีการดำเนินโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การใช้ยาโรคประจำตัว จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ การตรวจสุขภาพ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ประสบการณ์การประสบอันตรายจากการทำงาน จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาพการทำงาน ได้แก่ สถานภาพการจ้างงาน อายุงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน และจำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ เรื่องการป้องกันอันตราย มาตรฐานความปลอดภัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามที่ตอบ “ถูก” จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามที่ตอบ “ผิด” จำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ลักษณะคำตอบมีให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (12-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และระดับต้องปรับปรุง (0-8 คะแนน)



ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานต่างๆ ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านการยศาสตร์ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ แบ่งระดับการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านการยศาสตร์ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่ามีหรือไม่มีอาการ/การเจ็บป่วย/การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคาม ตามทฤษฎีการแบ่งระดับของเบสท์⁽⁶⁾ (Best W. John.) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (21-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน) และระดับต่ำ (0-10 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงาน ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ของพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน เป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 1-8) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 4, 3, 2, 1 และ 0 ตามลำดับและเป็นคำถามเชิงลบจำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 9-15) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 0, 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (>36 คะแนน) ระดับปานกลาง (36-47 คะแนน) และระดับต่ำ (<36 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้หาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence; IOC) มีค่า 0.94 จากนั้นนำเครื่องมือไปทำการทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi Square Test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) โดยข้อกำหนด (Assumption) คือ สถิติไคสแควร์ใช้ได้เมื่อค่า Expect Value < 5 ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด กรณีละเมียดตาราง 2x2 จะใช้สถิติฟิชเชอร์ในการทดสอบเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามเงื่อนไขการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ได้รับการอนุมัติการทำวิจัย หมายเลขการวิจัย NSWPHO-011/64 ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2564

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คนงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 30-44 ปี มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำ มีชั่วโมงการนอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน มีการตรวจสุขภาพบางปี ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และไม่เคยเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้าง มีอายุงาน 10 ปีขึ้นไป ลักษณะการปฏิบัติงานหลัก คือ การตกแต่งหรือแกะลาย มีชั่วโมงการทำงาน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน และทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย มาตรฐานความปลอดภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน การสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงาน และพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงาน พบว่า คนงานส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80.5 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงานในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีการสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงานในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.1 และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75.0 แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย มาตรฐานความปลอดภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง 108 คน

การประเมิน	จำนวน	(ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD
ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย ๗				
ระดับต่ำ	7	(6.5)	2.75	0.57
ระดับปานกลาง	14	(13.0)		
ระดับดี	87	(80.5)		
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน				
ระดับต่ำ	54	(50.0)	2.49	0.54
ระดับปานกลาง	52	(48.1)		
ระดับดี	2	(1.9)		



การประเมิน	จำนวน	(ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD
ด้านการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ				
ระดับต่ำ	42	(38.9)	1.61	0.49
ระดับปานกลาง	66	(61.1)		
ระดับดี	0	(0.0)		
ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงาน				
ระดับต่ำ	9	(8.3)	2.67	0.63
ระดับปานกลาง	18	(16.7)		
ระดับดี	81	(75.0)		

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานบนเครื่องปั้นดินเผา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพการสมรสเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ของคนงานปั้นเครื่องปั้นดินเผา และกับพฤติกรรม
การป้องกันตนเองในการทำงานบนเครื่องปั้นดินเผา

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง						p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับดี		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
เพศ							
ชาย	5	(4.6)	8	(7.4)	44	(40.7)	0.800
หญิง	4	(3.7)	10	(9.3)	37	(34.3)	
อายุ							
18 – 29 ปี	6	(5.6)	8	(7.4)	33	(30.6)	0.654
30 – 44 ปี	3	(2.8)	10	(9.3)	46	(42.6)	
45 – 59 ปี	0	(0)	0	(0)	1	(0.9)	
60 ปี ขึ้นไป	0	(0)	0	(0)	1	(0.9)	
สถานภาพการสมรส							
โสด	8	(7.4)	5	(4.6)	26	(24.1)	0.003 ^{*T}
สมรส	1	(0.9)	10	(9.3)	52	(48.1)	
ม่าย/หย่า/แยก	0	(0)	3	(2.8)	3	(2.8)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ^T Fisher's exact test



เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย มาตรฐานความปลอดภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองในการทำงานบนเครื่องปั้นดินเผา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย มาตรฐานความปลอดภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย มาตรฐานความปลอดภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองในการทำงานบนเครื่องปั้นดินเผา

ความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันอันตราย ฯ	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง						p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับดี		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ระดับต่ำ	1	(0.9)	1	(0.9)	0	(0)	0.001 ^{*T}
ระดับปานกลาง	5	(4.6)	2	(1.9)	12	(11.1)	
ระดับที่ดี	3	(2.8)	15	(13.9)	69	(63.9)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ^T Fisher's exact test

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงานในด้านต่างๆ กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองในการทำงานบนเครื่องปั้นดินเผา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงานด้านการยศาสตร์เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองในการทำงานบนเครื่องปั้นดินเผา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองในการทำงานบนเครื่องปั้นดินเผา

การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากสิ่งคุกคามจากการ ทำงาน	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง						p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับดี		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ด้านกายภาพ							
ระดับต่ำ	0	(0)	2	(1.85)	3	(2.78)	0.051
ระดับปานกลาง	0	(0)	3	(2.8)	2	(1.85)	
ระดับสูง	9	(8.33)	13	(12.04)	76	(70.37)	



การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากสิ่งคุกคามจากการ ทำงาน	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง						p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับดี		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ด้านเคมี							
ระดับต่ำ	0	(0)	1	(0.93)	1	(0.9-)	0.429
ระดับปานกลาง	0	(0)	3	(2.8)	8	(7.41)	
ระดับสูง	9	(8.33)	14	(12.96)	72	(66.67)	
ด้านชีวภาพ							
ระดับต่ำ	0	(0)	2	(1.85)	9	(8.33)	0.676
ระดับปานกลาง	0	(0)	2	(1.85)	13	(12.03)	
ระดับสูง	9	(8.33)	14	(12.96)	59	(54.63)	
ด้านการยศาสตร์							
ระดับต่ำ	8	(7.41)	6	(5.56)	22	(20.37)	0.002 ^{*T}
ระดับปานกลาง	1	(0.93)	3	(2.78)	9	(8.33)	
ระดับสูง	0	(0)	9	(8.33)	50	(46.30)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ^T Fisher's exact test

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงานของพนักงานขึ้นเครื่องปั้นดินเผากับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานปั้นเครื่องปั้นดินเผา พบว่า การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานด้านการยศาสตร์เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานเครื่องปั้นดินเผา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในด้านต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานปั้นเครื่องปั้นดินเผา

การสัมผัสสิ่งคุกคาม สุขภาพจากการทำงาน	พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานปั้นเครื่องปั้นดินเผา						p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับดี		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ด้านกายภาพ							
ระดับต่ำ	9	(8.3)	13	(12.0)	76	(70.4)	0.051
ระดับปานกลาง	0	(0)	3	(2.8)	2	(1.9)	
ระดับสูง	0	(0)	2	(1.9)	3	(2.8)	



การสัมผัสสิ่งคุกคาม สุขภาพจากการทำงาน	พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานบนเครื่องปั้นดินเผา						p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับดี		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ด้านเคมี							
ระดับต่ำ	9	(8.3)	14	(13.0)	72	(66.7)	0.429
ระดับปานกลาง	0	(0)	3	(2.8)	8	(7.4)	
ระดับสูง	0	(0)	1	(0.9)	1	(0.9)	
ด้านชีวภาพ							
ระดับต่ำ	9	(8.3)	14	(13.0)	59	(54.6)	0.676
ระดับปานกลาง	0	(0)	2	(1.9)	13	(12.0)	
ระดับสูง	0	(0)	2	(1.9)	9	(8.3)	
ด้านการยศาสตร์							
ระดับต่ำ	0	(0)	2	(2.16)	29	(31.32)	0.004 ^{*T}
ระดับปานกลาง	1	(0.9)	6	(6.48)	6	(6.48)	
ระดับสูง	8	(7.4)	10	(10.8)	46	(49.68)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ^TFisher's exact test

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า คนงานเครื่องปั้นดินเผาส่วนใหญ่มีระดับการสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงานระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับดี ทั้งนี้ การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานด้านการยศาสตร์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคนงานปั้นเครื่องปั้นดินเผามีพฤติกรรมกำบังกันตนเองอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงานในระดับต่ำ และมีเพียงการรับรู้ภาวะสุขภาพจากการสัมผัสสิ่งคุกคามทางทางด้านการยศาสตร์เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สถานภาพสมรสและระดับความรู้ที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมกำบังกันตนเองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายการประเมินการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานและพฤติกรรมกำบังกันตนเองในกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์ ดังนี้



1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์

คนงานปั้นเครื่องปั้นดินเผาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 30-44 ปี มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำ มีชั่วโมงการนอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน มีการตรวจสุขภาพบางปี ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และไม่เคยเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้าง มีอายุงาน 10 ปีขึ้นไป ลักษณะการปฏิบัติงานหลัก คือ การตกแต่งหรือแกะลาย มีชั่วโมงการทำงาน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน และทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ มีเพียงสถานภาพการสมรสเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพราะกลุ่มคนงานที่มีสถานภาพสมรส จะต้องมีการระมัดระวังที่รับผิดชอบของบุคคลที่จะต้องปฏิบัติ เช่น หน้าที่ของบิดา มารดาที่มีต่อบุตร เป็นต้น และคนงานปั้นเครื่องปั้นดินเผาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิชา ครุฑาโรจน์ และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานบนที่สูงของคนงานก่อสร้างรถไฟฟ้ามหานคร พบว่า อายุ อายุงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

2. ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์

คนงานปั้นเครื่องปั้นดินเผาส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย มาตรฐานความปลอดภัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานปั้นเครื่องปั้นดินเผาอยู่ในระดับดี ซึ่งปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาจากระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย มาตรฐานความปลอดภัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง พบว่า คนงานปั้นเครื่องปั้นดินเผาที่มีความรู้อยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานในระดับดีตามไปด้วย ส่วนคนงานที่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานในระดับดี และคนงานที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ก็จะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานในระดับดีเลย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนิศรา สังฆะศรี และคณะ⁽⁸⁾ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานท่าเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสิทธิชัย ไชยาน และวราภรณ์ พันธุ์ศิริ⁽⁹⁾ พฤติกรรมและความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย กรณีศึกษาเขตเทศบาลนคร



อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ และการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ จังหวัดนครสวรรค์

คนงานปั้นเครื่องปั้นดินเผาส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพจากสิ่งคุกคามจากการทำงานอยู่ในระดับต่ำ มีการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสัมผัสสิ่งคุกคามมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสัมผัสสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์เท่านั้น ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในการทำงานของกลุ่มคนงานเครื่องปั้นดินเผาจะมีลักษณะการทำงานแบบทำงานก้มๆเงยๆ ที่ต่ำกว่าระดับเข่าตลอดระยะเวลามากกว่า 10 ครั้งต่อ 1 ชั่วโมงทำงาน มีการใช้นิ้วมือ มือ แขน ทำงานซ้ำๆ ตลอดเวลาในท่าที่ไม่เป็นธรรมชาติ เช่น บิดมือ/ข้อมือในการทำงานตลอดเวลา อีกทั้งในการทำงานยังต้องยกของหนักมากกว่า 23 กิโลกรัม ซึ่งส่งผลทำให้เกิดอาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อไหล่ ปวดเมื่อยลำกล้ามเนื้อคอ และปวดเมื่อยลำกล้ามเนื้อหลังส่วนบนได้ สอดคล้องกับรายงานวิจัยของ วิพา ชูปวา และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาความชุกและปัจจัยท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า พบว่า ท่าทางการทำงานที่ต้องมีการเพ่งจ้องกับงานเป็นเวลานาน นั่งทำงานเป็นเวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน โดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถและลักษณะงานที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงานเสมอ มีผลต่อการเจ็บปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ทั้งนี้ คนงานที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานในระดับดี และคนงานที่มีการสัมผัสสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับสูงก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการทำงานในระดับดีด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาตรี เจริญนาม⁽¹¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทอผ้าไหม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทอผ้าไหมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และอารยา ปานนิล⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาของผู้ปฏิบัติงานที่ใช้สายตาระยะใกล้ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากความเมื่อยล้าทางสายตามีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา เนื่องจากพนักงานส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองเป็นอย่างดี และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรคของการป้องกันตนเอง จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากความเมื่อยล้าทางสายตา และการศึกษาของ ทรงฤทธิ์ ทองมิขวัญและคณะ⁽¹³⁾ เรื่องการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากเครื่องถ่ายเอกสาร



และพฤติกรรมการป้องกันของพนักงานถ่ายเอกสาร พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายมีความสัมพันธ์ทางบวกในกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของพนักงานถ่ายเอกสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) หากพนักงานมีการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากเครื่องถ่ายเอกสารสูงขึ้นเท่าใด ยิ่งทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่ระบุว่า ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณภาพอยู่ในภาวะเสี่ยง หรือรับรู้ว่าคุณภาพมีโอกาสของการที่จะเกิดโรค หรือรับรู้ว่ามีปัจจัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลนั้นลงมือกระทำพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมป้องกันปัญหาสุขภาพ/โรคที่อาจจะเกิดขึ้น⁽¹⁴⁾ โดยเฉพาะถ้ามีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระดับสูง ก็จะทำให้มีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมป้องกันสูงเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ประกอบการเครื่องปั้นดินเผาบ้านมอญ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทำงานที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้คนงานปั้นเครื่องปั้นดินเผาเกิดความตระหนักและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำงาน อีกทั้ง ควรส่งเสริมและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตามความอันตรายและความเสี่ยง รวมถึงการปฏิบัติให้สอดคล้องกับกฎหมายความปลอดภัยที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

เอกสารอ้างอิง

1. นัทธา โสภพร. มรดกทางวัฒนธรรมของชุมชนมอญ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. (รายงานวิจัย). การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 : มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์; 2560.
2. ชลาลัย หาญเจนลักษณ์. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในอาชีพการปั้นดินเผา. (รายงานการวิจัย). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2561.
3. สำนักงานแรงงานจังหวัดนครสวรรค์ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน. รายงานสถานการณ์แรงงานด้านแรงงานจังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2559 - ปี พ.ศ. 2563.



4. พรนิภา บริบูรณ์สุขศรี และณัฐ จันท์กรบ. การศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานสายงานฝ่ายผลิต กรณีศึกษาอุตสาหกรรมการผลิตขวดแก้ว. วารสารมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ สายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 4(2), 1-15.
5. กระทรวงแรงงาน. พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554; 2554
6. Best, J. W. Research in Education (3rd ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall ; 1997 : 190.
7. อภิชา ครุฑาโรจน์, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์, นันทพร ภัทรพุทธร และจิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานบนที่สูงของคณงานก่อสร้างรถไฟฟ้าในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2561; 11(3), 26-34.
8. ชนิสรา สังฆะศรี ชญานนท์ พิมพบุตร, นิธิ ปรังสร และภคิน ไชยช่วย. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคณงานท่าเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินคร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารราชธานีวัดกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560; 1(1), 81-98.
9. สิทธิชัย ใจงาน และวราภรณ์ พันธุ์ศิริ. พฤติกรรมและความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขนมูลฝอย กรณีศึกษาเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 21(1), 46-55.
10. วิพา ชูปวา, นิรุวรรณ เทิร์นโบล, วิลาวัณย์ ชาดา, กาญจนา แซ่อิง, ช่างชัย ชูปวา. ความชุกและปัจจัย ทำทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเจ็บปวด โครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในเกษตรกรกลุ่มเย็บผ้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(1), 17-27.
11. ชาตรี เชิดนาม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทอผ้าไหมจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2), 280-289.
12. อารยา ปานนิล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาของผู้ปฏิบัติงานที่ใช้สายตาระยะใกล้. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(2), 37-44.
13. ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, วรวรรณ จันทวิเมือง, ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์ และวิกานดา หมัดอะดัม. การรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากเครื่องถ่ายเอกสาร และพฤติกรรมการป้องกันของพนักงานถ่ายเอกสาร. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(2), 28-44.
14. Becker, M. H. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monograph. 1974.



ความพึงพอใจต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ของบุคลากรที่รับผิดชอบ ด้านงานสารบรรณ กระทรวงสาธารณสุข

SATISFACTION OF PERSONNEL RESPONSIBLE FOR CORRESPONDENCE WITH MANUAL OFFICIAL ORDER IN MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Received: November 21, 2022

Revised: January 09, 2023

Accepted: January 17, 2023

สุธนา ลีลาอดิสร^{1*}

Suthana Leela-adisorn^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณ จำนวน 103 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 33 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.2 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 50.5 สังกัดหน่วยงานส่วนกลาง ร้อยละ 68.9 ระยะเวลาการทำงานมากกว่า 1-5 ปี ร้อยละ 33.01 พบว่า ความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณ กระทรวงสาธารณสุข ในภาพรวมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาสาระ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ และด้านรูปแบบ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.45$, S.D. = 0.61) คู่มือมีรายละเอียดการร่างหนังสือราชการและการร่างคำสั่งราชการที่ชัดเจน ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อให้เกิดทักษะและนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการพัฒนาคู่มือการเรียนรู้หนังสือราชการฉบับภาษาอังกฤษ เพื่อตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ โดยใช้กระบวนการคุณภาพ (PDCA) เพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ในการปฏิบัติงานสารบรรณ

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ, คู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง, บุคลากรรับผิดชอบด้านงานสารบรรณ

¹ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

Medical Life Science Department of Medical Science Ministry of Public Health

*Corresponding author E-mail: sutanalk@gmail.com



Abstract

The objective was to measure personnel responsible for correspondence satisfaction level of using Manual Official Order. A sample was selected from personnel responsible for correspondence 103 persons with purposive sampling. The research instrument was questionnaire with 1-5 Likert's scale, reliability equal 0.68. The data analysis used percentage, mean and standard deviation.

The results shown that general information of respondents consists of gender, age, education level, work status and duration of work. That most respondents were female 75.5 percent, had the age range between 40-49 years, education level in bachelor's degree, work status is government officer, in central administration 68.9 percent and duration of work 1-5 years 33.01 percent. The research found that the personnel responsible for correspondence were satisfied with Manual Official Order. The overall satisfaction of the respondents with the three features of manual, content, implementation and including format were at a high level (with a mean of 4.45 and a standard deviation of 0.61). In content that the writing work of the official document and official order were written by using formal and clear. And finding that the personnel needs the improvement and realize the importance of learning. That the practitioner to have skills and practice.

Recommendations from this research, which should be developed in the Deming cycle (PDCA) process and English version to Manual Official Correspondence. The official document was written accurately based on regulations of the Prime Minister's office about Official Documents in the parts of the typing style.

Keywords: Satisfaction, Manual Official Order, Personnel responsible for correspondence



บทนำ

การพัฒนาระบบการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐที่ผ่านมา ถือเป็นกลไกหลักที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการให้บริการประชาชน และนำนโยบายแผนการพัฒนา ตลอดจนกฎหมายสู่การปฏิบัติให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยปัจจัยสำคัญความสำเร็จของหน่วยงานในการดำเนินการดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัย กลไก ระบบงาน การจัดการที่มีประสิทธิภาพ ที่ผ่านมามีข้อจำกัดอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ จำเป็นต้องเร่งพัฒนา อีกทั้งลดช่องว่างการปฏิบัติงานให้มีศักยภาพที่เหมาะสม ในฐานะที่เป็นกลไกในการขับเคลื่อน โดยดำเนินการพัฒนาคุณภาพการทำงานและปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตลอดจนการสร้างระบบการจัดการทั้งการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนและพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะที่จำเป็นในการให้บริการแก่ประชาชน ตลอดจนสร้างมาตรการที่เอื้อต่อการพัฒนางาน⁽¹⁾ การบริหารจัดการงานภายในองค์กร ถือเป็นหัวใจสำคัญ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความชำนาญ เพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด⁽²⁾ และสิ่งสำคัญการบริหารจัดการด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานภายใน และหน่วยงานภายนอกที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย งานสารบรรณเป็นงานที่หลักสำคัญอยู่ที่การสื่อสาร การปฏิบัติงานสารบรรณต้องมีระเบียบที่ใช้และเกี่ยวข้องคือ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณที่ต้องถือปฏิบัติทำให้ผู้รับผิดชอบงานสารบรรณจะต้องศึกษาเรียนรู้มีความเข้าใจ ทั้งยังสามารถปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526⁽³⁾ และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2548 ที่แก้ไขเพิ่มเติมได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติราชการที่ถูกต้องตามระเบียบ การปฏิบัติงานการดำเนินงานสารบรรณ โดยส่วนใหญ่จะเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานในองค์กร หรือเป็นงานหนึ่งในงานการบริหารงานทั่วไป ตามโครงสร้างการบริหารงานภายในซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทั้งระบบ ทุกหน่วยงาน ดังนั้น งานสารบรรณควรที่จะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เกิดความคล่องตัว มีทักษะความชำนาญ อยู่บนพื้นฐานความถูกต้อง ถูกกฎระเบียบตลอดจนการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพ⁽⁴⁻⁵⁾

ที่ผ่านมาจะพบว่า ปัญหางานสารบรรณในการจัดทำหนังสือราชการ เสนอสั่งการแต่งตั้ง จัดทำคำสั่ง มักจะพบได้อยู่เสมอที่ก่อให้เกิดข้อผิดพลาดก่อให้เกิดความเสียหายต่อส่วนราชการ จำเป็นที่การจัดทำหนังสือราชการต้องอาศัยหลักการเขียนที่ดี และอาศัยความรู้ความเข้าใจในการจัดทำ⁽⁶⁾ ผู้วิจัยได้พัฒนาและจัดทำคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง มาในระดับหนึ่ง ตามรูปแบบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณฯ ได้มีการเผยแพร่คู่มือไปยังหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งการเผยแพร่ในการประชุมและเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ (ออนไลน์) มาในระดับหนึ่งเพื่อเป็นเครื่องมือเบื้องต้นในการร่างหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่งให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้องงานด้านนี้ ตลอดจนผู้ที่สนใจคู่มือฉบับดังกล่าว และได้ทำแนวทางในการจัดทำร่าง



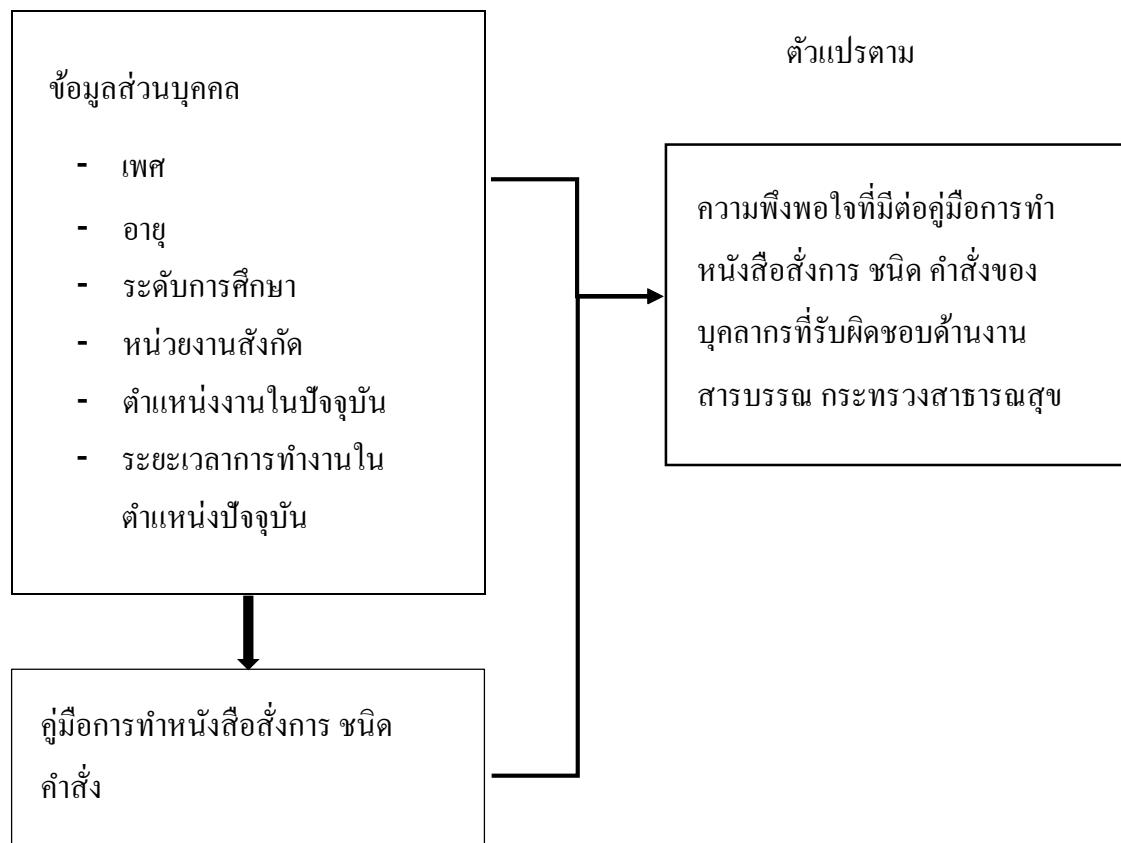
กฎหมาย (Legislative Drafting Guideline) ที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาปรับปรุงห้วงข้อและเนื้อหาในปี พ.ศ. 2563 มาประกอบการจัดทำคู่มือ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ทันสมัยเหมาะสมยิ่งขึ้นการใช้ภาษาทางกฎหมายในการจัดทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานภาครัฐ ถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติลดข้อผิดพลาดในการดำเนินการ จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณ กระทรวงสาธารณสุขในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณ กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณ กระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น





ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีการศึกษาตัวแปรดังนี้
1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน
สังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาการทำงานในปัจจุบัน 2) ตัวแปรตาม ได้แก่
ความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ระยะเวลาในการศึกษาเดือนกรกฎาคม –
สิงหาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย บุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณ จากหน่วยงานส่วนกลาง และหน่วยงานส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 103 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 มีลักษณะเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน หน่วยงานที่สังกัด ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน

ตอนที่ 2 มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert Scale) มีจำนวน 9 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาสาระ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ และด้านรูปแบบ และได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.7 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68

ตอนที่ 3 ความคาดหวัง/ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นอื่นๆ

การกำหนดค่าคะแนนของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้กำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ระดับ 3 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินระดับความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเกณฑ์ตามแนวคิดของ บุญชม ศรีสะอาด⁽⁷⁾



ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมิน

ระดับการให้คะแนน		ความหมาย
เชิงคุณภาพ	เชิงปริมาณ	
มากที่สุด	4.51–5.00	ความพึงพอใจของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารบรรณ อยู่ในระดับมากที่สุด
มาก	3.51–4.50	ความพึงพอใจของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารบรรณ อยู่ในระดับมาก
ปานกลาง	2.51–3.50	ความพึงพอใจของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารบรรณ อยู่ในระดับปานกลาง
น้อย	1.51–2.50	ความพึงพอใจของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารบรรณ อยู่ในระดับน้อย
น้อยที่สุด	1.00–1.50	ความพึงพอใจของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารบรรณ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารบรรณ กระทรวงสาธารณสุข บรรจุใน Google Form เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ ออนไลน์ (online)

2. เก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่รวบรวมได้จาก Google Form ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลถอดรหัส จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล แปลผลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์สถิติ

- ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้สำหรับข้อมูลในส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารบรรณฯ

- ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 2 ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อคู่มือฯ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect For Person) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) ซึ่งจะคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์การให้คำยินยอมโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และเป็นอิสระในการตัดสินใจ การเคารพในการเป็นส่วนตัว และรักษาความลับ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้ข้อมูลและชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจนถูกต้อง และให้อิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจและการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยไม่ระบุถึงตัวบุคคล ผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับโดยในแบบสัมภาษณ์จะไม่มีการระบุชื่อนามสกุลที่อยู่ หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ผู้วิจัยจะระบุเพียงรหัสของแบบสอบถามเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 103 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 75.7 และเพศชายจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33 รองลงมา อายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.1 อายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 อายุระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.7 และอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.9 สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน พบว่า เป็นข้าราชการจำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.5 รองลงมา พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.5 พนักงานราชการ จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 จ้างเหมาบริการบุคคล จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.7 ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.8 และลูกจ้างประจำ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.9

การสังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ สังกัดหน่วยงานส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 68.9 และสังกัดหน่วยงานส่วนภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1 ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ พบว่า จบวุฒิปริญญาตรี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 59.2 รองลงมา สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 25.2 และต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 ในด้านระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งปัจจุบันอยู่ระหว่าง > 1-5 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 33.01 รองลงมา > 5-10 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 20.39 อยู่ระหว่างช่วง > 10-20 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 15.53 และ > 20-30 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 13.59 และส่วนที่ > 30 ปี มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.74 ส่วนที่อยู่ระหว่าง > 6 เดือน-1 ปี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.74 ดังสรุปภาพรวมในตารางที่ 2



และในส่วนของผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่งของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ด้านเนื้อหาสาระด้านการนำไปใช้ประโยชน์ และด้านรูปแบบ ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง จำแนกตามรายด้านและภาพรวม พบว่า ด้านเนื้อหาสาระมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.48$, S.D. = 0.62) และหากพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การร่างหนังสือราชการ และการร่างคำสั่งราชการมีระบบที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.48$, S.D. = 0.68) และความรู้จากคู่มือสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหา ในด้านการปฏิบัติงานสารบรรณที่รับผิดชอบให้มีความถูกต้อง ไม่เกิดความผิดพลาดได้ และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.48$, S.D. = 0.56) รองลงมา คือ เนื้อหาที่มีความถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อปฏิบัติสามารถเข้าใจได้ง่าย มีความละเอียด มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.47$, S.D. = 0.61)

ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ พบว่า โดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.47$, S.D. = 0.56) และหากพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจระดับมากที่สุดมี 2 ข้อ คือ 1) ความรู้ที่ได้จากคู่มือสามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้านการบริหารจัดการงานสารบรรณได้ ($\bar{x} = 4.53$, S.D. = 0.58) และ 2) สามารถที่จะนำไปปฏิบัติตามหลักปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องตรงกัน ($\bar{x} = 4.51$, S.D. = 0.61) รองลงมาได้แก่คู่มือนี้มีรายละเอียดที่ชัดเจนสามารถนำไปแนะนำปฏิบัติแก่บุคลากรและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง มีความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{x} = 4.46$, S.D. = 0.56) และในด้านการพัฒนาตรวจสอบความถูกต้องมีความเข้าใจที่ละเอียดอย่างเป็นระบบ และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ลดข้อผิดพลาดได้ มีความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{x} = 4.42$, S.D. = 0.59) ส่วนลำดับสุดท้ายความรู้จากคู่มือสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและแนะนำผู้อื่นได้ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.41$, S.D. = 0.62) ในด้านรูปแบบโดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.72) สามารถนำคู่มือไปใช้ได้สะดวก

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 103)

รายการ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	25	24.3
	หญิง	78	75.7
อายุ	อายุ 20-29 ปี	12	11.7
	อายุ 30-39 ปี	29	28.1
	อายุ 40-49 ปี	34	33



รายการ		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ต่อ)	อายุ 50-59 ปี	24	23.3
	>60 ปี ขึ้นไป	4	3.9
สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน	ข้าราชการ	52	50.5
	พนักงานราชการ	13	12.6
	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	19	18.5
	ลูกจ้างประจำ	4	3.9
	ลูกจ้างชั่วคราว	6	5.8
	จ้างเหมาบริการบุคคล	9	8.7
ส่วนภูมิภาค	ส่วนกลาง	71	68.9
	ส่วนภูมิภาค	32	31.1
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	16	15.5
	ปริญญาตรี	61	59.2
	สูงกว่าปริญญาตรี	26	25.3
ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน	> 6 เดือน – 1 ปี	9	8.74
	>1 - 5 ปี	34	33.01
	> 5 – 10 ปี	21	20.39
	> 10 – 20 ปี	16	15.53
	> 20 – 30 ปี	14	13.59
	> 30 ปี	9	8.74

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง
จำแนกตามรายด้านและภาพรวม (n = 103)

ความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ด้านเนื้อหาสาระ			
- การร่างหนังสือราชการและการร่างคำสั่งราชการ	4.48	0.68	มาก
มีระบบที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง			
- เนื้อหาความถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ	4.47	0.61	มาก
ข้อปฏิบัติ สามารถเข้าใจได้ง่ายมีความละเอียด			



ความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ด้านเนื้อหาสาระ (ต่อ)			
- ความรู้จากคู่มือสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาในด้านปฏิบัติงานสารบรรณที่รับผิดชอบให้มีความถูกต้อง ไม่เกิดความผิดพลาดได้	4.48	0.56	มาก
ภาพรวม	4.48	0.62	มาก
ด้านการนำไปใช้ประโยชน์			
- ความรู้ที่ได้จากคู่มือสามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้านบริหารจัดการงานสารบรรณได้	4.53	0.58	มากที่สุด
- คู่มือนี้มีรายละเอียดที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้แนะนำปฏิบัติแก่บุคลากรและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง	4.46	0.56	มาก
- การพัฒนาตรวจสอบความถูกต้อง มีความเข้าใจที่ละเอียดอย่างเป็นระบบและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ลดข้อผิดพลาดได้	4.42	0.59	มาก
- สามารถนำไปปฏิบัติตามหลักปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง	4.51	0.61	มากที่สุด
- ความรู้จากคู่มือสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และแนะนำผู้อื่นได้	4.41	0.62	มาก
ภาพรวม	4.47	0.58	มาก
ด้านรูปแบบ			
- สามารถนำคู่มือพกพาไปใช้อย่างสะดวก	4.28	0.72	มาก
ภาพรวม	4.28	0.72	มาก
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	4.45	0.61	มาก

ในด้านความคาดหวัง ข้อเสนอแนะผู้ตอบแบบสอบถามอยากให้เนื้อหาเพิ่มเติม ด้านระเบียบงานสารบรรณ บทบาทหน้าที่แต่ละตำแหน่งให้ชัดเจน การร่างและจัดทำหนังสือราชการทั้งแบบภายในและหนังสือภายนอก หลักการร่างหนังสือราชการในส่วนบันทึกที่เสนอต่อผู้บริหาร อีกทั้งเสนอให้มีการจัดอบรมผู้ปฏิบัติให้ถือเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน



สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณทั้งในหน่วยงานส่วนกลาง และหน่วยงานส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ที่ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.7 อายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33 สถานภาพการทำงานในปัจจุบันเป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 50.5 การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 59.2 ระยะเวลาการทำงานในด้านสารบรรณมากกว่า 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ สิงห์เจริญ พบว่า บุคลากรที่รับผิดชอบงานสารบรรณเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.80^(8, 16) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Saysune S Sangphueak⁽⁹⁾ พบว่า บุคลากรที่รับผิดชอบงานสารบรรณส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.8 อายุระหว่าง 31-35 ปี แตกต่างจากการศึกษาของสดไส เลิศเดช⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานธุรการและงานสารบรรณเป็นเพศหญิง อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 52 และสถานภาพการทำงานเป็นนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59 อาจเพราะโครงสร้างการบริหารงานภายในหน่วยงานเป็นสถานศึกษา และเป็นข้อสังเกตว่าในบริบทของมหาวิทยาลัยราชภัฏรับนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานธุรการ และงานสารบรรณ ตามนโยบายการรับนักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ตามโปรแกรมการเรียนการสอนที่จัดไว้ของแต่ละสถาบันการศึกษา

2. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการทำหนังสือสั่งการ ชนิด คำสั่ง ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านงานสารบรรณทั้งในหน่วยงานส่วนกลาง และหน่วยงานส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในภาพรวมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาสาระ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ และด้านรูปแบบ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.45$, S.D. = 0.61) สอดคล้องกับการศึกษาของสุเทพ ไชยวุฒิ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการงานวิชาการคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ โดยใช้วงจรคุณภาพเดมิง (PDCA) และผลการใช้คู่มือการบริหารจัดการงานวิชาการ พบว่า คู่มือการบริหารจัดการงานวิชาการมีคุณภาพระดับดีทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านรูปแบบของคู่มือ ด้านเนื้อหาสาระของคู่มือและด้านการนำไปใช้ และคณาจารย์คณะครุศาสตร์ มีความพึงพอใจต่อคู่มือการบริหารจัดการงานวิชาการ ภาพรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ จันทรแจ้ง⁽¹²⁾ ศึกษาการพัฒนาคู่มือการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ซึ่งศึกษาในปี 2559 พบว่า ผู้ใช้คู่มือการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการบริการวิชาการของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.29$, S.D. = 0.38) โดยก่อนพัฒนาคู่มือการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการบริการวิชาการ ผู้ใช้มีปัญหาการเบิกจ่ายร้อยละ 35.37 และหลังจากการพัฒนาการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการบริการวิชาการ ผู้ใช้มีปัญหาการเบิกจ่ายลดลง เหลือร้อยละ 17.32 จากข้อมูลดังกล่าว และความสอดคล้องการศึกษาวิจัย แสดงถึงความสำคัญของคู่มือในการปฏิบัติงาน ในรูปของเอกสารหรือหนังสือที่ผู้ปฏิบัติได้อ่านศึกษา จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติงานให้สำเร็จคล่องตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้ในเอกสาร



หรือหนังสือนั้นได้ด้วยตนเอง⁽¹³⁾ ที่ช่วยให้ทำกิจกรรมเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เอกสารที่รวบรวมเนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดแนะนำวิธีการปฏิบัติเป็นการให้คำอธิบายและเฉลยปัญหาหรือข้อสงสัย เพื่อให้ได้ความรู้และคำตอบ⁽¹⁴⁾ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดคือ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ในประเด็นความรู้ที่ได้จากคู่มือสามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้านบริหารจัดการงานสารบรรณได้ ($\bar{x} = 4.53$, S.D. = 0.58) และประเด็นสามารถนำไปปฏิบัติตามหลักปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ($\bar{x} = 4.51$, S.D. = 0.61) สอดคล้องกับการศึกษาของธนวัฒน์ รัตนเดโช⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาคู่มือการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ โดยได้ทำการรวบรวมข้อปฏิบัติ และกระบวนการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เอกสารต่างๆ รวมทั้งข้อมูลที่จำเป็นใช้ในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจต่อแนวทางการปฏิบัติจะช่วยส่งเสริมการทำงานในสถานการณ์จริงเป็นการฝึกทักษะที่จำเป็น

3. สิ่งสำคัญ คือ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ระบบงานสารบรรณที่ต้องมีการพัฒนาระบบงานและพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวที่หัวหน้าบริหารงานทั่วไปจะต้องพัฒนาเจ้าหน้าที่ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ สิงห์เจริญ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาพบว่าสภาพปัจจุบันงานสารบรรณ ผู้บังคับบัญชาจะต้องพัฒนาการปฏิบัติงานสารบรรณในด้านต่างๆ มากยิ่งขึ้น และพบว่า การพัฒนางานสารบรรณฝ่ายธุรการและสารบรรณในด้านจัดทำหนังสือราชการมีความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ด้านการตีความหรือการวินิจฉัยข้อกฎหมายที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน ผู้บังคับบัญชาควรกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนางานและการฝึกอบรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Timothy C. Peters⁽²⁾ ศึกษาบทบาทหัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไปในวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยเอกชนที่มีขนาดเล็ก และความร่วมมือในการบริหารงานพบว่า วิธีการทำงานเป็นทีมมีความสำคัญ ผู้บริหารระดับอธิการบดีของสถาบันต้องอาศัยความร่วมมือการทำงานเป็นทีมกับหัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไปที่จะช่วยในการพัฒนาระบบงานสารบรรณ และการจัดการฝึกอบรมให้กับบุคลากรเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความรู้ ความชำนาญ ความเชี่ยวชาญ และทักษะ กระบวนการขั้นตอน สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นได้ รู้จักพัฒนางานนำนวัตกรรมใหม่มาปรับปรุงอยู่เสมอเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของงาน กระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนางานสารบรรณเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติราชการและการบริการต่อประชาชน

ข้อเสนอแนะจากวิจัย

ควรมีการพัฒนาคู่มือการเขียนหนังสือราชการฉบับภาษาอังกฤษ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานสารบรรณได้อย่างถูกต้อง ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ และถูกต้องตามหลักภาษาสากล ตลอดจนพัฒนาคู่มือการทำงานสารบรรณโดยใช้กระบวนการคุณภาพ (PDCA) เพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ในการปฏิบัติงานสารบรรณ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอดจนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล เพื่อใช้
ในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์
ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี. ร่างแผนพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570 (ฉบับปรับปรุงตามผลการรับฟัง
ความเห็นของประชาชน).[ออนไลน์].2565.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2565].เข้าถึงได้จาก:
<http://academic.swu.ac.th>
2. Timothy C. Peters. A study of the role of the chief business officers of small private colleges
and university (Doctoral dissertation). California: Pepperdine University; 1999.
3. กองเทพ เกลือบพนิชกุล. ระเบียบสำนักงานกฤษฎามนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526 กับการ
ปฏิบัติงานสำนักงาน. กรุงเทพฯ: ภูมิบัณฑิต; 2526.
4. อุดมศักดิ์ ปัญญาอินทร์. สภาพงานสารบรรณและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานด้านสารบรรณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2565]. เข้าถึง
ได้จาก: <https://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/1405>.
5. เพ็ญศรี สุระไชยะ. ปัญหางานสารบรรณและแนวทางแก้ไข.วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
2553; 5(2): 171-182.
6. ณัฐรัตน์ แท่นทอง, วรรณพร บุญส่ง, กัญชพร พรหมจักรและจุไรรัตน์ รัตติโชติ. การใช้ภาษา
ในการเขียนหนังสือราชการ ที่ว่าการอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการ
สังคมมนุษย มหวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. 2563; 10(1): 83-102.
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.
8. วิไลวรรณ สิงห์เจริญ. การพัฒนางานสารบรรณ ฝ่ายธุรการและสารบรรณ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
ศรีสะเกษ. [อินเทอร์เน็ต]. 2555.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2565].เข้าถึงได้จาก:
<https://www.council.vast.com> > news
9. Saysunee Sangphueak. The development of clerical working system for office correspondence.
[Internet]. 2019. [cited 2022 Oct 10, 2022] Available from: <https://conferaces.com> > journal >
article > download



10. สดใส เลิศเดช. การพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานธุรการและงานสารบรรณ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. 2562; 6(2): 276-287.
11. สุเทพ ไชยวุฒิ, เกตุมณี มากมีและศิริมาศ โกศลย์พัฒน์. การพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการงานวิชาการของคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. พิมพ์นสาร. 2560; 13(2): 129-147.
12. พชรินทร์ จันทรแจ้ง. การพัฒนาคู่มือการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการบริการวิชาการของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. [รายงานการวิจัย]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2559.
13. นุติ รุ่งสว่าง. การพัฒนาคู่มือการสร้างหลักสูตรระดับ โรงเรียนสำหรับครูประถมศึกษา. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2543.
14. อมรรัตน์ ศูนย์กลาง. การพัฒนาคู่มือการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการสำหรับครูประถมศึกษา. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
15. ธนวัฒน์ รัตนเคโซ. การศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการท่องเที่ยว โรงเรียนการท่องเที่ยวและการบริการ. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2020; 12(1).
16. Johanna Maria Radsma. Clerical Workers: Acquiring the skills to meet tacit process expectations (Doctoral dissertation). Ontario: University of Toronto; 2010.



พฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพ
และความงามของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1
เทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

HEALTH AND BEAUTY DIETARY SUPPLEMENT CONSUMPTION BEHAVIORS AND
PURCHASE DECISION OF ADULTS AT HEALTH SERVICE CENTER 1, KHON KAEN
MUNICIPALITY, MUEANG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Received: September 23, 2022

Revised: January 23, 2023

Accepted: February 06, 2023

ธนวัฒน์ แสงสุนานนท์^{1*}, นิตชาธร ภาโนมัย²

Thanawat Saengsunanon¹, Nitchatorn Panomai²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะคิดของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 20-59 ปี รวมทั้งสิ้น 206 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.93 และเพศชาย ร้อยละ 31.07 มีความรู้การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.7 ทักษะคิดการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.96 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรเสริมอาหารฯ เมื่อควบคุมตัวแปร คือ ปัจจัยด้านทัศนคติ ($OR = 6.19, 95\%CI = 2.48-15.44, P\text{-value} < 0.001$) และ ($OR = 2.59, 95\%CI = 1.32-5.08, P\text{-value} = 0.006$) จากการศึกษา พบว่า กลุ่มวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการบริโภค และการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ เพื่อบำรุงสุขภาพเป็นส่วนมาก ทัศนคติเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมทัศนคติ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ด้วยการจัดอบรมแก่ประชาชน ในประเด็นด้านทักษะคิดของการบริโภค และการตัดสินใจเลือกซื้อที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงาม, วัยผู้ใหญ่, ทักษะคิด

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Master of Public Health Student, Nutrition for Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: sathanawat@kkumail.com



Abstract

In this study, adults at Health Service Center 1 in Khon Kaen Municipality, Mueang District, and Khon Kaen Province will have their dietary supplement intake patterns for health and beauty variables analyzed and purchased decision behaviors. Chi-Square analysis and logistic regression were used to examine 206 participants, ranging in age from 20 to 59. The findings indicated that 68.93% of participants were female and 31.07% were male, and that 42.7% had moderate awareness of dietary supplement intake and 67.96% had moderate views about dietary supplement use. When adjusting for covariates, the analysis result of factors associated to the consumption of dietary supplements for health and beauty nutrition is an attitude factor: (OR = 6.19, 95% CI = 2.48-15.44, P-value = 0.001); (OR = 2.59, 95% CI = 1.32-5.08, P-value = 0.006) From this study revealed that the vast majority of the individuals took dietary supplements. Consumption and purchase decision of dietary supplements were linked to maintain health for the most part. Since it is a guideline for promoting attitudes toward dietary supplements for health and beauty, it should organize appropriate training for adults with information on supplements in terms of correct selection in consumer preference.

Keywords: Health and Beauty Dietary Supplement Consumption Behaviors and Purchase Decision, Adults, Attitude



บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มวัยผู้ใหญ่ต้องเผชิญกับมลพิษในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องดูแลสุขภาพมากขึ้น รวมถึงการรับประทานอาหารเสริม⁽¹⁾ การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความงาม จึงเป็นที่นิยมในยุคปัจจุบัน⁽²⁾ วัตถุประสงค์ในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารคือ ผู้บริโภคมีความเชื่อว่า สามารถช่วยทำให้สุขภาพดีขึ้น⁽³⁾ ในกลุ่มผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อเพิ่มสารอาหาร ป้องกันการเจ็บป่วย รวมทั้งเพื่อบำรุงสุขภาพและเสริมความงาม ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะ ได้รับอิทธิพลจากการโฆษณา⁽⁴⁾ ที่แสดงให้เห็นว่า ณ ปัจจุบัน ประชากรโลกต้องเผชิญปัญหาโรคภัย มากขึ้น กลุ่มวัยผู้ใหญ่หันมาให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค⁽⁵⁾ โดยทั้งนี้ ในปี 2564 พบว่า ตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประเทศไทย มีมูลค่าเพิ่มขึ้นเป็น 74,247 ล้านบาท⁽⁶⁾ โดยพบว่า กว่า 1.8 ล้านครัวเรือน มีการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมาบริโภคเพิ่มขึ้น จากปี 2562 ถึง 149.3%⁽⁷⁾ สำหรับปัจจัยที่ส่งผลให้มีการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวนี้ คือ การแสดงออกหรือการกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการค้นหา การเลือกซื้อ การใช้สินค้าหรือ บริการ⁽⁸⁾ และตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ มารับประทาน นอกเหนือจากการรับประทาน อาหารปกติ โดยพบว่า ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน มีการคาดหวังประโยชน์ในทางส่งเสริมสุขภาพ ให้ดีขึ้น⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม ความรู้และทัศนคติ⁽¹⁰⁾ และการศึกษา ความสุข และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ของบุคลากรในโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการบริโภคมากที่สุด 3 อันดับได้แก่ วิตามิน คอลลาเจน และซุสไกด์⁽¹¹⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดง ณ ปัจจุบัน การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ในขณะที่ยังมีการรับรู้ถึงผลเสียของการบริโภคในระดับต่ำ โดยพบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่ให้ความสนใจ ที่จะศึกษาข้อมูลเบื้องต้นก่อนและอันตรายก่อนบริโภคอยู่ในระดับต่ำ⁽¹²⁾ โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ ที่มีความสมบูรณ์ทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ทัศนคติและสติปัญญา ทำให้ผู้ใหญ่เป็นวัยที่เริ่ม การใช้ชีวิตของตัวเอง⁽¹³⁾ ในขณะเดียวกันก็มีทัศนคติที่ต้องรักษาภาพลักษณ์⁽¹⁴⁾ ซึ่งสวนทางกับสภาวะ ร่างกายที่เสื่อมถอย⁽¹⁵⁾ ดังนั้น จึงมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงามเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁶⁾ โดยเฉพาะเพื่อการลดน้ำหนัก⁽¹⁷⁾ และการยอมรับในสังคม⁽¹⁸⁾

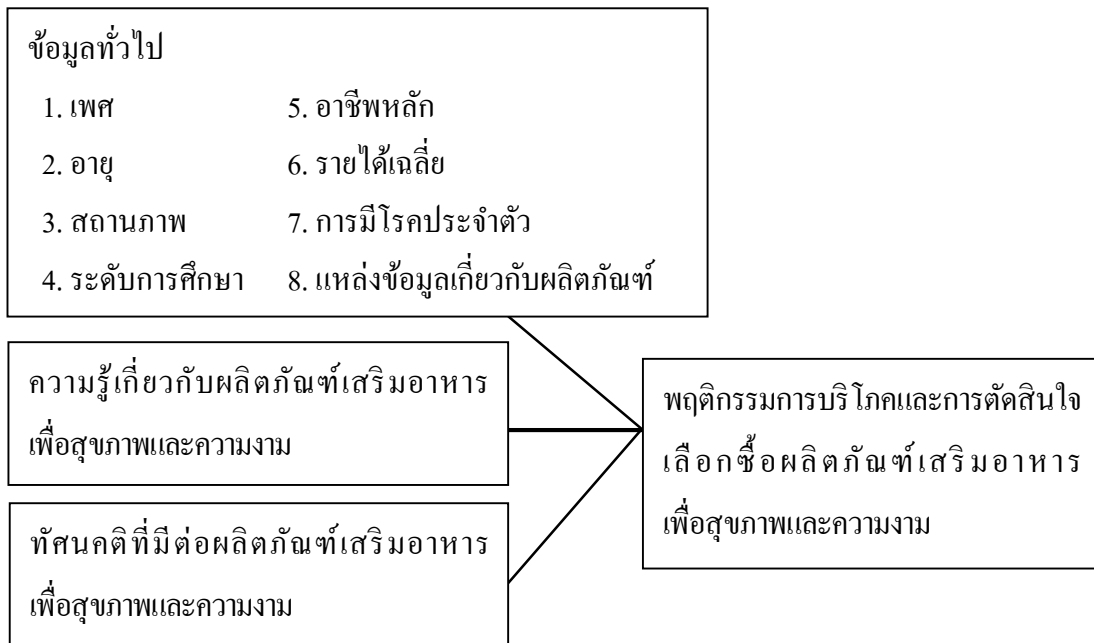
จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 20-59 ปี ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีการคมนาคมที่สะดวก ส่งผลให้มีการซื้อขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ได้ง่าย โดยผู้วิจัย ได้ทำการศึกษาในแง่ของความรู้ ทัศนคติ และความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และการพัฒนาการให้ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงามที่เหมาะสมต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อสุขภาพและความงามของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงาม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ช่วงอายุ 20-59 ปี ที่มารับบริการ ช่วงพฤษภาคม-กรกฎาคม 2565 จำนวน 500 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ อาสาสมัครเพศชายหรือหญิง สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ เป็นผู้ที่เคยบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน อาสาสมัครให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความยินดีและเต็มใจ คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีที่ทราบค่าประชากร⁽²¹⁾ ดังนี้

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



ได้กลุ่มจำนวนตัวอย่าง จำนวน 206 คน ใช้การสุ่มตัวอย่าง คือ 1) กำหนดหมายเลขประจำหน่วย 2) หาช่วงของการสุ่ม Sampling interval ได้เท่ากับ $500/206$ เท่ากับ 2 3) สุ่มหา Random Start โดยจับฉลาก R มีค่าเท่ากับ 2 4) ต่อไป คือ $2+2, 2+4, \dots, 2+(n-1)2$ ได้ขนาดตัวอย่างครบ 206 คน⁽²¹⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง จำนวน 4 ส่วน ดังนี้⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อาชีพ รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) การมีโรคประจำตัว ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ใช้สูตร KR-20 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ มี 19 ข้อ รวม 19 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 ถ้าตอบไม่ถูกต้องให้ 0 การแปลความหมายระดับความรู้ใช้แบบอิงเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ⁽²²⁾ ดังนี้ มีระดับความรู้สูง หมายถึง คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (16.00-19.00 คะแนน) มีระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนนร้อยละ 60.00-79.9 (12.00-15.00 คะแนน) มีระดับความรู้ต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (0-11.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ มี 20 ข้อ รวม 100 คะแนน โดยคำถามเป็นแบบอัตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)⁽²³⁾ ให้สเกลคำตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5-1 ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1-5 แปลระดับทัศนคติ แบ่งเป็น 3 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของ Best⁽²⁴⁾ คือคะแนน 1.00-2.99 หมายถึง ระดับไม่ส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ คะแนน 3.00-3.99 และ 4.00-5.00 หมายถึง ระดับส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ใช้เกณฑ์วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสถิติเชิงพรรณนา มี 18 ข้อ โดยบางข้อตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ในการบริโภคในรอบ 3 เดือน พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ มี 2 พฤติกรรม คือ บริโภคเพื่อบำรุงสุขภาพ และบริโภคเพื่อความงาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะทั่วไป พฤติกรรมการบริโภค ความรู้ และทัศนคติ วิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติที่มีกับพฤติกรรมการบริโภค วิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และการถดถอยพหุโลจิสติก เสนอค่า OR, 95%CI และ P-value ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และข้อมูลที่ได้เป็นการกระจายแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE652054 รับรอง ณ วันที่ 7 เมษายน 2565



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 206 คน เพศหญิง ร้อยละ 68.93 และเพศชาย ร้อยละ 31.07 อายุอยู่ในช่วง 20–30 ปี ร้อยละ 31.06 มีสถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 44.18 รายได้ครอบคลุม 20,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 33.50 นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.72 ระดับต่ำ ร้อยละ 31.07 และระดับสูง ร้อยละ 26.21 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.24 และมีทัศนคติกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ที่เหมาะสม ร้อยละ 67.96 ทัศนคติที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 32.04 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (n = 206)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	31.07
หญิง	142	68.93
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	41	19.90
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	48	23.30
พนักงานบริษัท	34	16.50
รับจ้างทั่วไป	54	26.22
เกษตรกร	14	6.80
อื่นๆ (ไม่ได้ระบุ)	15	7.28
รายได้ครอบคลุม (ต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 5,001 บาท	28	13.59
5,001-10,000 บาท	37	17.96
10,001–15,000 บาท	65	31.55
20,001 บาทขึ้นไป	69	33.50
อื่นๆ (ไม่ได้ระบุ)	7	3.40
โรคประจำตัว		
ไม่มี	160	77.67
มี	46	22.33



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ระดับสูง	54	26.21
ระดับปานกลาง	88	42.72
ระดับต่ำ	64	31.07
ระดับทัศนคติ		
เหมาะสม	140	67.96
ไม่เหมาะสม	66	32.04

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ฯ พบว่า มีเหตุผลในการซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อบำรุงสุขภาพ ร้อยละ 82.52 และเพื่อความงาม ร้อยละ 50.00 ซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ให้ตัวเองรับประทาน ร้อยละ 57.64 การบริโภคได้ผลตามที่คาดหวัง ร้อยละ 57.28 ซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ส่วนใหญ่จากร้านขายยา ร้อยละ 46.12 โดยมีเหตุผลการตัดสินใจมากที่สุดจากการลดราคา ร้อยละ 57 และได้รับรู้ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตมากที่สุด ร้อยละ 48.02 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงาม (n=206)

การตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงาม	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ		
เพื่อบำรุงสุขภาพ	170	82.52
เพื่อความงาม	103	50.00
การซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ให้ใครรับประทาน (n=203)		
ตัวท่านเอง	117	57.64
ผู้อื่น	18	8.87
ทั้งตัวท่านเองและผู้อื่น	59	29.06
ผู้อื่นเป็นผู้ซื้อให้กินเป็นประจำ	9	4.43
ผลของการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ (n=202)		
ได้ผลตามที่คาดหวัง	118	57.28
เหมือนเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง	84	40.78
แหล่งของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ที่ซื้อ		
ร้านขายยา	95	46.12



การตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงาม	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ที่ซื้อ (ต่อ)		
ศูนย์ขายตรง	37	17.96
ห้างสรรพสินค้า	64	31.07
ตัวแทนขายตรง	69	33.50
สั่งซื้อสินค้าออนไลน์	78	37.86
คลินิก	11	5.34
การส่งเสริมการขายต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ มากที่สุด		
การลดราคา	114	57.00
ซื้อ 1 แถม 1	60	30.00
การให้ของแถม	11	5.50
การเพิ่มขนาดบรรจุภัณฑ์	13	6.50
การคืนเงิน	2	1.00
ช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ บ่อยที่สุด		
โทรทัศน์	61	30.20
หนังสือพิมพ์	7	3.47
วิทยุ	9	4.46
นิตยสาร/วารสาร	9	4.46
อินเทอร์เน็ต	97	48.02

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพ ด้วยสถิติ Logistic Regression พบว่าผู้ที่มีทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ที่เหมาะสม มีอิทธิพลต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ สูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม เป็น 6.2 เท่า (OR = 6.19, 95%CI = 2.48-15.44, P-value < 0.001) และผู้ที่มีรายได้รอบครัว (ต่อเดือน) 20,001 บาทขึ้นไป มีอิทธิพลต่อการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท 6.8 เท่า (OR = 6.78, 95%CI = 1.74-26.51, P-value = 0.006) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพ (n= 206)

ปัจจัย	Crude OR			Adjusted OR		
	OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	p-value
เพศ						
ชาย	Ref.			Ref.		
หญิง	1.32	0.62-2.80	0.473	1.50	0.60-3.79	0.378
อายุ						
20-30 ปี	1.01	0.37-2.76	0.978	1.46	0.35-6.09	0.602
31-40 ปี	0.78	0.28-2.19	0.636	0.58	0.14-2.31	0.432
41-50 ปี	1.26	0.42-3.82	0.679	1.11	0.31-3.97	0.876
51-59 ปี	Ref.			Ref.		
สถานภาพสมรส						
โสด	Ref.			Ref.		
คู่/สมรส	1.14	0.61-2.91	0.466	1.70	0.61-4.67	0.306
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1.12	0.37-3.66	0.844	1.62	0.36-7.23	0.530
ระดับการศึกษา						
ประถม	1.04	0.27-3.99	0.947	1.03	0.19-5.54	0.972
ม.ต้น	1.17	0.39-3.45	0.773	1.82	0.47-7.07	0.386
ม.ปลาย/ปวช./ปวส./ อนุปริญญา	0.85	0.36-2.02	0.727	0.98	0.31-3.13	0.980
ป.ตรี ขึ้นไป	Ref.			Ref.		
อาชีพ						
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	Ref.			Ref.		
พนักงานบริษัท						
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1.08	0.43-2.72	0.865	1.19	0.35-4.04	0.775
รับจ้าง/เกษตรกร/อื่นๆ	1.48	0.64-3.40	0.357	2.42	0.80-7.31	0.119
รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน)						
ไม่เกิน 10,000	Ref.			Ref.		
10,001-15,000 บาท	0.75	0.33-1.70	0.492	0.72	0.26-2.03	0.538
20,001 บาทขึ้นไป	2.62	0.94-7.27	0.064	6.78	1.74-26.51	0.006*



ปัจจัย	Crude OR	Adjusted OR	ปัจจัย	Crude OR	Adjusted OR	ปัจจัย
โรคประจำตัว						
ไม่มี	Ref.			Ref.		
มี	4.71	0.42-2.39	0.986	1.13	0.38-3.61	0.824
ความรู้						
ระดับสูง-ปานกลาง	2.03	0.97-4.25	0.059	1.73	0.73-4.11	0.217
ระดับต่ำ	Ref.			Ref.		
ทัศนคติ						
เหมาะสม	4.50	2.12-9.55	<0.001*	6.19	2.48-15.44	<0.001*
ไม่เหมาะสม	Ref.			Ref.		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบด้วยสถิติ logistic regression, Reference (Ref.) = กลุ่มอ้างอิง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อความงามด้วยสถิติ Logistic Regression พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่เหมาะสม มีอิทธิพลต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อความงามสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติที่เหมาะสม เป็น 2.6 เท่า (OR = 2.59, 95%CI = 1.32-5.08, P-value = 0.006) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อความงาม(n=206)

ปัจจัย	Crude OR			Adjusted OR		
	OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	p-value
เพศ						
ชาย	Ref.			Ref.		
หญิง	1.31	0.73-2.37	0.367	1.54	0.78-3.03	0.214
อายุ						
20-30 ปี	1.15	0.54-2.46	0.724	0.65	0.24-1.75	0.398
31-40 ปี	1.76	0.77-3.99	0.179	1.49	0.56-3.59	0.409
41-50 ปี	1.47	0.65-3.30	0.351	1.53	0.62-3.80	0.358
51-59 ปี	Ref.			Ref.		



ปัจจัย	Crude OR			Adjusted OR		
	OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	p-value
สถานภาพสมรส						
โสด	Ref.			Ref.		
คู่/สมรส	0.61	0.34-1.10	0.101	0.50	0.24-1.03	0.061
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1.08	0.46-2.56	0.855	1.17	0.41-3.31	0.768
ระดับการศึกษา						
ประถม	Ref.			Ref.		
ม.ต้น	1.48	0.46-4.76	0.511	1.55	0.42-5.73	0.512
ม.ปลาย/ปวช./ปวส./	1.40	0.47-4.18	0.550	1.55	0.45-5.29	0.487
อนุปริญญา						
ป.ตรี ขึ้นไป	1.83	0.66-5.10	0.246	2.24	0.64-7.82	0.206
อาชีพ						
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/						
พนักงานบริษัท	1.95	1.03-3.67	0.039*	2.18	0.93-5.12	0.074
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1.37	0.67-2.80	0.386	1.60	0.68-3.74	0.281
รับจ้าง/เกษตรกร/อื่นๆ	Ref.			Ref.		
รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน)						
ไม่เกิน 10,000	Ref.			Ref.		
10,001-15,000 บาท	1.13	0.58-2.21	0.726	1.00	0.45-2.45	0.996
20,001 บาทขึ้นไป	0.97	0.50-1.88	0.931	0.51	0.20-1.26	0.142
โรคประจำตัว						
ไม่มี	1.40	0.72-2.71	0.317	2.14	0.99-4.63	0.053
มี	Ref.			Ref.		
ความรู้						
ระดับสูง-ปานกลาง	Ref.			Ref.		
ระดับต่ำ	1.20	0.66-2.17	0.547	1.07	0.56-2.05	0.842
ทัศนคติ						
เหมาะสม	Ref.			Ref.		
ไม่เหมาะสม	2.27	1.24-4.14	0.008*	2.59	1.32-5.08	0.006*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบด้วยสถิติ logistic regression, Reference (Ref.) =กลุ่มอ้างอิง



สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า เหตุผลการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ เพื่อบำรุงสุขภาพเป็น ส่วนมาก (ร้อยละ 82.52) และเพื่อความงาม (ร้อยละ 50.00) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพ มีอิทธิพลสูงกว่า ผู้ที่มีทัศนคติไม่ส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพ เป็น 6.2 เท่า และผู้ที่มิรายได้ ครบครัว 20,001 บาทขึ้นไป ซื้อผลิตภัณฑ์ฯ มากกว่าผู้ที่มิรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท เป็น 6.8 เท่า และการบริโภคเพื่อความงาม พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติไม่ส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อความงาม มีอิทธิพลสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อความงาม เป็น 2.6 เท่า ซึ่งให้เห็นได้ว่าเป็นการศึกษาเพื่อให้ทราบ และสะท้อนถึงความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติตนสู่การมีสุขภาพที่ดี ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ เสริมอาหารฯ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 206 คน ช่วงอายุ 20-59 ปี มีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Del-Balzo, V., et al. (2014)⁽¹⁰⁾ พบว่า การบริโภคได้อิทธิพลจากอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Evans, M., et al. (2012)⁽²⁵⁾ พบว่า อายุและรายได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความรู้ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญสุรณ, อรุณรัตน์ อรุณเมือง. (2556)⁽³⁾ ที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากสนใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และเชื่อว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทำให้สุขภาพดี จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ดีขึ้น

ด้านทัศนคติ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งใหม่ ประจักษ์วงศ์ (2556)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่เหมาะสม โดยส่วนมากมีทัศนคติที่เห็นด้วยมากที่สุด ที่เห็นว่าการโฆษณา มีผลต่อการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงามมาบริโภค สอดคล้องกับการศึกษาของดาณี หมู่ขจรพันธ์ (2551)⁽⁴⁾ ที่ว่าเหตุผลผู้บริโภคเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์ เสริมอาหาร คือ การโฆษณา และประชาสัมพันธ์ทำให้ผลิตภัณฑ์มีความน่าเชื่อถือ และยี่ห้อเป็นสิ่งที่ การันตีในเรื่องคุณภาพ ซึ่งช่องทางการรับรู้ข่าวสารมากที่สุดคือ อินเทอร์เน็ต และโทรทัศน์ ทำให้ ทัศนคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sands, L.M. (2012)⁽²⁶⁾ ที่ว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่นิยมบริโภค คือ วิตามิน อาจเพราะเชื่อถือในสรรพคุณ จึงเลือกซื้อเพื่อบำรุงสุขภาพ แต่ยังรับรู้ถึงผลเสียในระดับต่ำ⁽¹²⁾ และมีทัศนคติที่ต้องรักษาภาพลักษณ์⁽¹⁴⁾



ซึ่งสวนทางกับสภาวะร่างกายที่เสื่อมถอย⁽¹⁵⁾ ดังนั้น จึงมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงามเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁶⁾ โดยเฉพาะเพื่อการลดน้ำหนัก⁽¹⁷⁾ และการยอมรับในสังคม⁽¹⁸⁾

ผลการวิจัยการศึกษาความรู้ ทักษะ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ฯ คือ ทักษะในเรื่องที่เห็นด้วยว่าผู้ที่มีทักษะส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพ อาจเพราะปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ฯ ให้บริโภคเพื่อสุขภาพได้จริง ผู้บริโภคมีความใส่ใจสุขภาพ จึงมีการบริโภคผลิตภัณฑ์ฯ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสรากุล สุโคตรพรหมิและคณะ⁽¹⁶⁾ และการศึกษาที่ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom⁽²²⁾ คือ พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์ฯ ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับผลเสียของการบริโภคผลิตภัณฑ์ฯ ดังนั้น ควรจัดทำโครงการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะ ที่ส่งผลต่อสุขภาพให้ถูกต้อง เหมาะสม เช่น ตั้งเพจหรือเว็บไซต์ และมีการใช้สื่อออนไลน์ในการประชาสัมพันธ์
2. ควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพและความงาม และภาวะโภชนาการ เพราะกลุ่มวัยผู้ใหญ่มีช่วงอายุที่กว้างมากเกินไป ความสนใจในเรื่องการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฯ จะมีความแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ชุติมา ศรีทุมมา และเบญจา มุกตพันธุ์. พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558 ;8(4):6-13.
2. จรุง วรบุตร. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
3. ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์ และอรุณรัตน์ อรุณเมือง. พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนในเขตตรวจราชการที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารอาหารและยา 2556 ;20(1):38-47.
4. ดารณี หมู่ขจรพันธ์. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารข้อเท็จจริงที่ควรรู้. For Quality 2551 ;14(123):91-93.
5. ปุญญพัฒน์ ไชยมะลิ, ตั้ม บุญรอด และวิชาดา สิมลา. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2555 ;7(2):25-37.



6. Euromonitor International. Vitamins and dietary supplements. [Internet]. 2021 [cited 2021 August 25]. Available from: <http://www.euromonitor.com>
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
8. นิตยาพร เสมอใจ. พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพมหานคร: วิพริ้นท์; 2550.
9. จิราภา ไหมยหวานิช. พฤติกรรมและการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมบำรุงสุขภาพของนักศึกษา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม; 2554.
10. Del-Balzo, V., Vitiello, V., Germani, A., Donini, L.M., Poggiogalle, E., & Pinto, A. Acrossectional survey on dietary supplements consumption among Italian teenagers. Plos One 2014 ;9(7):1-6.
11. รุ่งใหม่ ประจักษ์วงศ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของบุคลากรในโรงพยาบาลสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
12. Troxler, D.S., Michaud, P.A., Graz, B., & Rodondi, P.Y. Exploratory survey about dietary supplement use: A hazardous and erratic way to improve one's health? Swiss Medical Weekly 2013 ;143(10):1-6.
13. สุชา จันทรโธม. จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2540.
14. เนตรนภา กิจรุ่งพิพัฒน์, และอนุสรณ์ พันธุ์นิธิร์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากรวิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี. มหาวิทยาลัยศิลปากร, คณะวิทยาการจัดการ. วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2555.
15. กนิษฐา หมุ่งเหลื่อม. ทศนคติและพฤติกรรมของผู้บริโภคต่ออาหารสร้างสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
16. สรากุล สุโคตรพรหมิ และคณะ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงานในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. รายงานการวิจัย, คณะบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2550.
17. เสกสรรค์ วีระสุข และ วรางครา อิศรประเสริฐ. การศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทวิตามิน ในกรุงเทพมหานคร. วารสารธุรกิจศรีนครินทรวิโรฒ. 2557 ;5(1), 65-79.
18. รุจิราวัลย์ ศรีจินดา. เจตคติและพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้บริโภคในเขตอำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์. การศึกษาปัญหาพิเศษปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2546.



19. Goldschmidt, A. B., Loth, K. A., MacLehose, R. F., Pisetsky, E. M., Berge, J. M., & Neumark-Sztainer, D. Overeating with and without loss of control: Associations with weight status, weight-related characteristics, and psychosocial health. *International Journal of Eating Disorders*. 2015 ;48(8).
20. ชมพูนุช จิตติถาวร และคณะ. ทักษะคิดและพฤติกรรมกรรมการการดูแลสุขภาพและการบริโภค การผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของคนทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.
21. อรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเชียเพรส; 2552.
22. Bloom, B.S. *Taxonomy of education objective handbook*. New York: David McKay; 1975.
23. Likert, R. *The human organization: Its management and value*. New York: McGraw-Hill; 1967.
24. Best, W. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1997.
25. Evans, M.W., Ndetan, H., Perko, M., Williams, R., & Walker, C. Dietary supplement use by children and adolescents in the United States to enhance sport performance: Results of the national health interview survey. *Journal of Primary Prevention* 2012 ;33(1):3-12.
26. Sands, L.M. Dietary supplement use, perceived benefits, and sources of information among members of a fitness center of Western New York. Master of Science Thesis, Faculty of D'Youville, College Dietetics Buffalo, New York; 2012.
27. หทัยกาญจน์ ไสตรดี และอัมพร นิมพลี. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. งานวิจัยวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.



ผลของการพัฒนาระบบบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลบางจาก

THE EFFECT OF OUTPATIENT PHARMACY DISPENSING SYSTEM DEVELOPMENT BY USING ELECTRONIC PRESCRIPTION ON MEDICATION ERRORS AT BANGCHAK HOSPITAL

Received: September 09, 2022

Revised: February 02, 2023

Accepted: February 07, 2023

สุทธิลักษณ์ ริ้วธงชัย^{1*}

Suttiluk Riwthongchai^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยาในระยะก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โดยใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบ วิธีการ: การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบสั่งยา 3 ระยะ คือ ก่อนปรับระบบ (ใช้ใบสั่งยากระดาษ) การปรับระบบช่วงที่ 1 (ใช้ใบสั่งยากระดาษร่วมกับใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์) และการปรับระบบช่วงที่ 2 (ใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบ) แบ่งประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา คือ การสั่งใช้ยา การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา และการจ่ายยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Chi-square test

ผลการวิจัย: อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ก่อนและหลังพัฒนาระบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.010$) หลังพัฒนาระบบพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง 0.82 ($p\text{-value} = 0.010$) อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาลดลง 0.80 ($p\text{-value} = 0.010$) อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาลดลง 0.026 ($p\text{-value} = 0.151$) และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาเพิ่มขึ้น 0.01 ($p\text{-value} = 0.928$)

สรุปผลการวิจัย: การพัฒนาระบบบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวม และการสั่งใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ความคลาดเคลื่อนทางยา, ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์, จ่ายยาผู้ป่วยนอก

¹ โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

Bangchak Hospital, Samutprakarn Province

*Corresponding author E-mail: piak09@hotmail.com



Abstract

Objective: To study the incidence and measure the medication errors between pre- and post-development of the dispensing system for electronic prescription in the outpatient setting.

Methods: A retrospective study of medication errors from prescription in 3 phases: pre-system (paper prescription); system modification 1 (paper prescription and electronic prescription); and system modification 2 (electronic prescription only). Medication errors were categorized into prescribing errors, transcribing errors, and dispensing errors. The statistical analysis included descriptive statistic and Chi-square test.

Results: The incidence of medication errors (per 1000 prescriptions) between pre- and post-development were significantly different ($p\text{-value} = 0.010$). After system development revealed a decrease incidence of medication errors by 0.82 ($p\text{-value} = 0.010$); a decrease incidence of prescribing errors by 0.80 ($p\text{-value} = 0.010$); a decrease incidence of transcribing errors by 0.026 ($p\text{-value} = 0.151$); and an increase incidence of dispensing errors by 0.01 ($p\text{-value} = 0.928$).

Conclusion: The development of outpatient pharmacy dispensing by using electronic prescription was able to decrease medication errors overall and prescribing errors significantly.

Keywords: Medication Error, Electronic Prescription, Outpatient Pharmacy Dispensing



บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ ในพ.ศ.2556 พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกมากถึง 142,000 ราย⁽¹⁾ องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาพบความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวนมากกว่า 1 แสนรายงานต่อปี⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกประกาศให้ความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้มาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ⁽³⁾ ในประเทศไทย การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นมาตรฐานสำคัญของการบริการทางยา ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในระบบการจัดการด้านยา⁽⁴⁾ กำหนดให้องค์กร มีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Support Systems: CDSS) เมื่อมีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Computerized physician ordering entry system: CPOE) ควรมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อช่วยตัดสินใจสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพในงานบริการทางยา⁽⁵⁾ ดังนั้น การลดความคลาดเคลื่อนทางยา จึงเป็นมาตรการสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽⁶⁾ การศึกษาในประเทศไทย พบงานวิจัยของสมปรารถนา ภักดียานุวรรตน์⁽⁷⁾ รายงานว่า ระบบสั่งจ่ายยาแบบเดิมในงานบริการผู้ป่วยนอก ที่มีทั้งแพทย์เขียนใบสั่งยาด้วยลายมือร่วมกับระบบ COPE มีความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา และการคัดลอกคำสั่งใช้ยามากกว่าใช้ระบบ CPOE เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุมิตรา สงครามศรี และมาลินี เหล่าไพบูลย์⁽⁸⁾ รายงานว่า อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ในหอผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยในต่างประเทศ ของ Erika L. Abramson⁽⁹⁾ และ Ahmed Saleh Kenawya⁽¹⁰⁾ มีความสอดคล้องกันว่าระบบ CPOE สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ และเพิ่มจำนวนใบสั่งยาที่ไม่มีความคลาดเคลื่อนเลย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ ได้พัฒนาระบบการสั่ง และจ่ายยาผู้ป่วยนอกจากระบบดั้งเดิม คือ การใช้ใบสั่งยากระดาษทั้งระบบ ปรับเป็นระบบผสมผสานโดยแพทย์สั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ส่งรายการยาผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ (Local area network: Lan) แต่ยังคงระบบการใช้ใบสั่งยากระดาษร่วมด้วย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561 โรงพยาบาลดำเนินนโยบายลดการใช้กระดาษในงานบริการผู้ป่วยนอก โดยบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกลงในระบบคอมพิวเตอร์ผ่านโปรแกรม HOSxP และใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกแทนระบบเดิม (ดังตารางที่ 1) รวมทั้งจากการทบทวนตัวชี้วัดของระบบยา ปีงบประมาณ 2560 พบ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มสูงขึ้น และพบอัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาเกินเกณฑ์ที่กำหนด คือ 3.53 ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา (เป้าหมาย คือ ไม่เกิน 3 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา)



ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยาในระยะก่อน และหลังการปรับใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบ หวังว่า งานวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกด้วยการใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบในระดับโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกก่อนและหลังปรับระบบบริการจ่ายยาโดยใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบของโรงพยาบาลบางจาก

ตารางที่ 1 แสดงการพัฒนาระบบบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางจาก

ขั้นตอน	ก่อนปรับระบบ (ห้องยาใช้ใบสั่งยากระดาษ เป็นหลัก)	ปรับระบบช่วงที่ 1 (ห้องยาใช้ใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์บางขั้นตอน)	ปรับระบบช่วงที่ 2 (ห้องยาใช้ใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบ)
ใบสั่งยาส่งมาที่ ห้องยา	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิมพ์ใบสั่งยา กระดาษและส่งมาที่ห้องยา และ ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ถูกส่งมาที่ ห้องยาทางระบบ HOSxP	ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ถูกส่งมาที่ห้องยาทางระบบ HOSxP (หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกงดพิมพ์ใบสั่งยากระดาษ)	
การคัดกรอง ใบสั่งยา และ พิมพ์ฉลากยา	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบ ใบสั่งยากระดาษกับใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์เบื้องต้น แล้วจึงสั่ง พิมพ์ฉลากยา	เภสัชกรคนที่ 1 ตรวจสอบ ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ใน ระบบ HOSxP แล้วสั่งพิมพ์ ฉลากยาและใบสั่งยากระดาษ	เภสัชกรคนที่ 1 ตรวจสอบ ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ใน ระบบ HOSxP แล้วจึงสั่ง พิมพ์ฉลากยา
การตรวจสอบ สิทธิและการ ชำระเงิน	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมส่งใบสั่งยา กระดาษให้ห้องการเงิน เพื่อให้ผู้ป่วย ชำระเงินและรอรับยา	ผู้ป่วยยื่นใบนำทางไปที่ห้องการเงินเพื่อชำระเงิน และรอรับยา	
การจัดยา	เจ้าหน้าที่ประจำห้องยาจัดยาตามฉลากสติ๊กเกอร์ยา		
การตรวจสอบ ความถูกต้อง ของยาก่อนการ จ่ายยา	เภสัชกรคนที่ 1 ตรวจสอบใบสั่งยา กระดาษและยาที่จัด	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ตรวจสอบใบสั่งยากระดาษ และยาที่จัด	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ตรวจสอบใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์ในระบบ HOSxP และยาที่จัด
การจ่ายยา	เภสัชกรคนที่ 2 ตรวจสอบใบสั่งยา กระดาษและยาที่จัด ก่อนจ่ายยาแก่ ผู้ป่วย	เภสัชกรคนที่ 2 ตรวจสอบ ใบสั่งยากระดาษกับใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์ในระบบ HOSxP และยาที่จัด ก่อนจ่ายยาแก่ผู้ป่วย	เภสัชกรคนที่ 2 ตรวจสอบ ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ใน ระบบ HOSxP และยาที่จัด ก่อนจ่ายยาแก่ผู้ป่วย



ขั้นตอน	ก่อนปรับระบบ (ห้องยาใช้ใบสั่งยากระดาษ เป็นหลัก)	ปรับระบบช่วงที่ 1 (ห้องยาใช้ใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์บางขั้นตอน)	ปรับระบบช่วงที่ 2 (ห้องยาใช้ใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบ)
การตรวจสอบ คำสั่งการใช้ยา กับ ข้อมูล ใน ระบบ HOSxP	เภสัชกรตรวจสอบใบสั่งยากระดาษ เมื่อมีข้อสงสัยจึงตรวจสอบข้อมูลใน ระบบ HOSxP เป็นราย ๆ	มีการตรวจสอบใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์ทุกราย รวม 2 ระดับ โดยเภสัชกรคนที่ 1 และ 2	มีการตรวจสอบใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์ทุกราย รวม 3 ระดับ โดย เภสัชกรคนที่ 1 เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม และเภสัชกรคนที่ 2

คำนิยามศัพท์

ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยที่สามารถป้องกันได้ ขณะที่ยานั้นอยู่ในความควบคุมดูแลของผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 4 ชนิด คือ 1) ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา (Prescribing error) 2) ความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่ง (Transcribing error) 3) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) และ 4) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error)

ระดับความรุนแรงที่ส่งผลต่อผู้ป่วยในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดย National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCC MERP)⁽¹¹⁾ แบ่งเป็น 9 ระดับ คือ ระดับ A: ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้, ระดับ B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย, ระดับ C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว, ระดับ D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม, ระดับ E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม, ระดับ F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืกระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป, ระดับ G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร, ระดับ H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต และ ระดับ I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ของข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบสั่งยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางจาก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 ถึง 2563 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน

ปรับระบบ ปีงบประมาณ 2561 ระยะปรับระบบช่วงที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 และระยะปรับระบบช่วงที่ 2 ปีงบประมาณ 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกที่มีรายการยาทั้งหมดในฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ HOSxP ของโรงพยาบาลบางจาก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 ถึง 2563 (วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2563)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาของงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 3 หัวข้อ คือ ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ข้อมูลจำนวนใบสั่งยาและจำนวนรายการยาต่อใบสั่งยาเก็บจากฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ HOSxP ของโรงพยาบาลบางจาก

ชนิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา แบ่งเป็น ไม่ระบุจำนวนยา/ระบุจำนวนผิด สั่งใช้ยาในขนาดสูงกว่าปกติ น้อยกว่าปกติ พิมพ์วิธีใช้ยาผิดจากความตั้งใจ ไม่สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ เป็นต้น

ชนิดความคลาดเคลื่อนการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา แบ่งเป็น ไม่ระบุรูปแบบยา ไม่ระบุวิธีใช้ยา สั่งยาผิดรูปแบบ ไม่ระบุความแรงยา ระบุความแรงยาผิด ขนาดและวิธีบริหารยาไม่เหมาะสม เป็นต้น

ชนิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา แบ่งเป็น จ่ายยาผิดชนิด จ่ายยาขนาด/วิธีบริหารยาผิด จ่ายยาที่ไม่เหมาะสม จ่ายยาไม่ครบ/เกินรายการ จ่ายยาผิดความแรง จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Statistics Package for Social Sciences (SPSS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยาด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Chi-square test กำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05

คำนวณอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา จากสูตร อัตราความคลาดเคลื่อน (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) = (จำนวนความคลาดเคลื่อน x 1,000) / จำนวนใบสั่งยาที่มีรายการยาทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ 010/2564 วันที่รับรอง 20 ธันวาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนใบสั่งยาในระยะก่อนปรับระบบ ระยะปรับระบบช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 มีจำนวน 128,502 ใบ 147,958 ใบ และ 141,084 ใบ เป็นใบสั่งยาที่มีรายการยาจำนวน 76,996 ใบ 85,013 ใบ และ 79,515 ใบ



จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อหนึ่งใบสั่งยาเท่ากับ 3.94 รายการ 3.95 รายการ และ 4.12 รายการ ตามลำดับ ในแต่ละระยะมีใบสั่งยาที่มีรายการยา 2-5 รายการจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 59.68, 58.51 และ 57.01 รองลงมาเป็นใบสั่งยาที่มีรายการยา 6-10 รายการ คือ ร้อยละ 19.29, 20.37 และ 22.27 ตามลำดับ

2. ความคลาดเคลื่อนทางยาในการปรับระบบใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์

2.1 จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา

ระยะก่อนปรับระบบ พบความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวน 341 ครั้ง แบ่งเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา 324 ครั้ง การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา 2 ครั้ง และการจ่ายยา 15 ครั้ง

ระยะปรับระบบช่วงที่ 1 พบความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวน 474 ครั้ง แบ่งเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา 434 ครั้ง การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา 8 ครั้ง และการจ่ายยา 32 ครั้ง

ระยะปรับระบบช่วงที่ 2 พบความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวน 287 ครั้ง แบ่งเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา 271 ครั้ง การจ่ายยา 16 ครั้ง ไม่พบความคลาดเคลื่อนขั้นตอนถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา

2.2 อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา)

การเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) พบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมในระยะปรับระบบช่วงที่ 1 เท่ากับ 5.58 เทียบกับระยะก่อนการปรับระบบ 4.43 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมในระยะปรับระบบช่วงที่ 2 คือ 3.61 เทียบกับช่วงก่อนการปรับระบบ 4.43 พบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.010$) ความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกระยะ ($p\text{-value} < 0.05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ความคลาด เคลื่อน ทางยา	อัตราความคลาดเคลื่อน			ผลต่างของอัตราความคลาดเคลื่อน (เพิ่มขึ้น+/ลดลง-)					
	ก่อน	ปรับ	ปรับ	ปรับระบบ	p-value	ปรับระบบ	p-value	ปรับระบบ	p-value
	ปรับ	ระบบ	ระบบ	ช่วงที่ 1		ช่วงที่ 2		ช่วงที่ 2	
	ระบบ	ช่วงที่1	ช่วงที่2	และก่อน		และช่วง		และก่อน	
				ปรับระบบ		ที่ 1		ปรับระบบ	
ภาพรวม	4.43	5.58	3.61	+1.15	0.001*	-1.97	<0.001*	-0.82	0.010*
- สั่งใช้ยา	4.21	5.11	3.41	+0.90	0.008*	-1.70	<0.001*	-0.80	0.010*
- ถ่ายทอด	0.026	0.094	0.00	+0.068	0.081	-0.094	N/A**	-0.026	0.151
คำสั่ง									
- จ่ายยา	0.19	0.38	0.20	+0.19	0.032*	-0.18	0.038*	0.01	0.928

* ทดสอบโดย Pearson Chi-Square test, $p\text{-value} < 0.05$

** เนื่องจากจำนวนตัวอย่างน้อยมากไม่สามารถทดสอบทางสถิติได้



2.3 ชนิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่พบมากที่สุด ระยะก่อนปรับระบบ คือ ไม่ระบุจำนวน/ระบุจำนวนผิด พบร้อยละ 33.02 ระยะปรับระบบช่วงที่ 1 คือ ไม่ระบุจำนวน/ระบุจำนวนผิด พบร้อยละ 35.48 ระยะปรับระบบช่วงที่ 2 คือ ไม่ระบุจำนวน/ระบุจำนวนผิด พบร้อยละ 31.37 (ดังตารางที่ 3)

ความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งการใช้ยา ระยะก่อนปรับระบบ พบจำนวน 2 ครั้ง คือ ไม่ระบุวิธีใช้ยา และรายการยาผิดชนิด ระยะปรับระบบช่วงที่ 1 พบขนาดยาสูงกว่าปกติมากที่สุด ร้อยละ 37.50 เท่ากับรายการยาผิดชนิด ระยะปรับระบบช่วงที่ 2 ไม่พบความคลาดเคลื่อน (ดังตารางที่ 3)

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่พบมากที่สุดในระยะก่อนปรับระบบ คือ จ่ายยาผิดชนิด และจ่ายขนาด/วิธีบริหารยาผิด พบเท่ากันคือ ร้อยละ 26.66 ระยะปรับระบบช่วงที่ 1 พบการจ่ายขนาด/วิธีบริหารยาผิด ร้อยละ 31.25 และระยะปรับระบบช่วงที่ 2 พบจ่ายยาผิดชนิดมากที่สุด ร้อยละ 25.00 (ดังตารางที่ 3)

2.4 ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา

ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจ่ายยา แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นตั้งแต่การสั่งใช้ยา และความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นภายในห้องยา ในช่วงก่อนการปรับระบบ ปรับระบบช่วงที่ 1 และปรับระบบช่วงที่ 2 พบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่เกิดขึ้นตั้งแต่การสั่งใช้ยา เท่ากับ 8 ครั้ง (ร้อยละ 53.33) 16 ครั้ง (ร้อยละ 50.00) และ 5 ครั้ง (ร้อยละ 31.25) ตามลำดับ ส่วนความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่เกิดจากภายในห้องยา เท่ากับ 7 ครั้ง (ร้อยละ 46.67) 16 ครั้ง (ร้อยละ 50.00) และ 11 ครั้ง (ร้อยละ 68.75) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการปรับระบบ

ชนิดความคลาดเคลื่อนทางยา	ก่อนปรับระบบ		หลังปรับระบบ ช่วงที่ 1		หลังปรับระบบ ช่วงที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา						
1. ไม่ระบุจำนวนยา/ระบุจำนวนผิด	107	33.02	154	35.48	85	31.37
2. สั่งใช้ยาในขนาดสูงกว่าปกติ	37	11.42	43	9.91	21	7.75
3. พิมพ์วิธีใช้ยาผิดจากความตั้งใจ	36	11.11	72	16.59	48	17.71
4. ไม่สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ	24	7.41	21	4.84	25	9.23
5. สั่งใช้ยาในขนาดน้อยกว่าปกติ	24	7.41	33	7.60	14	5.16
6. สั่งใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้	23	7.10	24	5.53	4	1.47
7. ไม่ระบุรูปแบบยา/สั่งยาผิดรูปแบบ	20	6.17	45	10.37	22	8.12



ชนิดความคลาดเคลื่อนทางยา	ก่อนปรับระบบ		หลังปรับระบบ ช่วงที่ 1		หลังปรับระบบ ช่วงที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. พิมพ์ชื่อยาผิด	13	4.01	17	3.92	11	4.06
9. สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา	13	4.01	8	1.84	14	5.16
10. สั่งใช้ยาซ้ำซ้อน	10	3.09	5	1.16	2	0.74
11. สั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	11	3.39	8	1.84	9	3.32
12. ไม่ระบุวิธีใช้ยา	2	0.62	1	0.23	1	0.37
13. ไม่ระบุความแรงยา/ระบุความแรงผิด	1	0.31	3	0.69	2	0.74
14. ขนาดและวิธีบริหารยาไม่ชัดเจน	1	0.31	0	0.00	0	0.00
15. สั่งใช้ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างยา	1	0.31	0	0.00	2	0.74
16. เพิ่มยาหลังจากสั่งยาไปแล้ว	0	0.00	0	0.00	11	4.06
17. อื่น ๆ	1	0.31	0	0.00	0	0.00
รวม	324	100.00	434	100.00	271	100.00
ความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่ง						
1. ไม่ระบุวิธีใช้ยา	1	50.00	0	0.00	0	0.00
2. ขนาดบริหารยาสูงกว่าปกติ	0	0.00	3	37.50	0	0.00
3. ขนาดบริหารยาดำกว่าปกติ	0	0.00	2	25.00	0	0.00
4. รายการยาผิดชนิด	1	50.00	3	37.50	0	0.00
รวม	2	100.00	8	100.00	0	0.00
ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา						
1. จ่ายยาผิดชนิด	4	26.66	6	18.75	4	25.00
2. จ่ายยาขนาด/วิธีบริหารยาผิด	4	26.66	10	31.25	3	18.75
3. จ่ายยาที่ไม่เหมาะสม	3	20.00	0	0.00	1	6.25
4. จ่ายยาไม่ครบ/เกินรายการ	1	6.67	3	9.37	3	18.75
5. จ่ายยาผิดความแรง	1	6.67	0	0.00	2	12.50
6. จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้	1	6.67	0	0.00	1	6.25
7. จ่ายยาผิดรูปแบบ	1	6.67	1	3.13	0	0.00
8. จ่ายยาไม่ครบ/เกินจำนวน	0	0.00	7	21.87	2	12.50
9. จ่ายยาผิดคน	0	0.00	2	6.25	0	0.00
10. จ่ายยาปนชนิดกัน	0	0.00	1	3.13	0	0.00
11. จ่ายยาฉลากผิด	0	0.00	2	6.25	0	0.00
รวม	15	100.00	32	100.00	16	100.00



2.5 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ตั้งแต่ก่อนปรับระบบ ปรับระบบช่วงที่ 1 และปรับระบบช่วงที่ 2 ส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับ B คือร้อยละ 91.79, 90.30 และ 91.99 ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ตั้งแต่ก่อนปรับระบบ ปรับระบบช่วงที่ 1 และปรับระบบช่วงที่ 2 ส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับ B คือร้อยละ 95.99, 96.78 และ 97.41 ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา พบเฉพาะในช่วงระยะก่อนปรับระบบ และปรับระบบช่วงที่ 1 พบความรุนแรงระดับ B ทั้งหมด ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ตั้งแต่ก่อนปรับระบบ ปรับระบบช่วงที่ 1 และปรับระบบช่วงที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นระดับ C-D คือ ร้อยละ 86.67, 93.75 และ 81.25 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการปรับระบบ

ระดับความรุนแรง ความคลาดเคลื่อนทางยา	ก่อนปรับระบบ		หลังปรับระบบ ช่วงที่ 1		หลังปรับระบบ ช่วงที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด						
ระดับ A	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระดับ B	313	91.79	428	90.30	264	91.99
ระดับ C-D	24	7.04	43	9.07	18	6.27
ระดับ E-F	4	1.17	3	0.63	5	1.74
ระดับ G ถึง I	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	341	100.00	474	100.00	287	100.00
ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา						
ระดับ A	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระดับ B	311	95.99	420	96.78	264	97.41
ระดับ C-D	11	3.39	13	2.99	5	1.85
ระดับ E-F	2	0.62	1	0.23	2	0.74
ระดับ G ถึง I	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	324	100.00	434	100.00	271	100.00
ความคลาดเคลื่อนการถ่ายทอดคำสั่ง						
ระดับ A	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระดับ B	2	100.00	8	100.00	0	0.00
ระดับ C ถึง I	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	2	100.00	8	100.00	0	0.00



ระดับความรุนแรง ความคลาดเคลื่อนทางยา	ก่อนปรับระบบ		หลังปรับระบบ ช่วงที่ 1		หลังปรับระบบ ช่วงที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา						
ระดับ A	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระดับ B	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระดับ C-D	13	86.67	30	93.75	13	81.25
ระดับ E-F	2	13.33	2	6.25	3	18.75
ระดับ G ถึง I	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	15	100.00	32	100.00	16	100.00

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบของโรงพยาบาลบางจาก สามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) จาก 4.43 เป็น 3.61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายาลดลงจาก 4.21 เป็น 3.41 ส่วนความคลาดเคลื่อนในการถ่ายถอดคำสั่งจ่ายาที่ลดลง และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่เพิ่มขึ้นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ พบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลบางจากลดลง หลังการพัฒนาระบบ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น คือ หลังการพัฒนาระบบในช่วงที่ 2 ซึ่งใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ในระบบจ่ายยาผู้ป่วยนอกทั้งระบบเปรียบเทียบกับระยะก่อนการพัฒนาและการพัฒนาช่วงที่ 1 มีการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.010$ และ < 0.001 ตามลำดับ) และความคลาดเคลื่อนของคำสั่งจ่ายาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.010$ และ < 0.001 ตามลำดับ) เช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของสมปรารถนา ภัคดิยานุวรรณ⁽⁷⁾ ซึ่งรายงานว่ พบการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายาและการคัดลอกคำสั่งจ่ายาของระบบสั่งจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่มีทั้งการเขียนด้วยลายมือร่วมกับระบบ CPOE มากกว่าระบบที่ใช้ CPOE เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุมิตรา สงครามศรี และมาลินี เหล่าไพบูลย์⁽⁸⁾ และ Ahmed Saleh Kenawya และ Victoria Kettb⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากใช้การสั่งจ่ายาด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ นอกจากการพัฒนาระบบจ่ายยาที่ใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคยังได้มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานบริการ เพื่อแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งจ่ายา



ด้านต่างๆ ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การไม่ระบุจำนวนยา/ระบุจำนวนผิด รองลงมาคือสั่งใช้ยาในขนาดสูงกว่าปกติ และพิมพ์วิธีใช้ยาผิดจากความตั้งใจ โดยการพัฒนาช่วงที่ 2 นี้ได้มีการเพิ่มการตรวจสอบใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์โดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในขั้นตอนการตรวจสอบยาที่จัดก่อนจ่าย มีเพิ่มการเขียน note ในใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์เมื่อแพทย์มีการปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนตัวยา เพิ่มระบบเตือน pop up บนหน้าจอคอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ซึ่งมีผลสนับสนุนให้ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาและการจ่ายยาลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของใจภัส วัคอุดม⁽¹²⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้

เมื่อเปรียบเทียบระยะพัฒนาระบบช่วงที่ 1 และระยะก่อนพัฒนาระบบของงานวิจัยนี้ พบการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยามากขึ้นทั้งภาพรวม การสั่งใช้ยา และการจ่ายยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001, 0.008$ และ 0.032 ตามลำดับ) ซึ่งความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่มากขึ้นนี้เป็นผลจากการปรับให้เภสัชกรคนที่ 1 เป็นผู้คัดกรองใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่แรกรับคำสั่งใช้ยาแทนเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ซึ่งเภสัชกรสามารถตรวจสอบความถูกต้องของการสั่งใช้ยาได้ดีกว่า สอดคล้องกับการวิจัยของอัญชลี อังศธรมรัตน์ และสุจิตรา ตั้งมันคงวรกุล⁽¹³⁾ ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนระบบการคัดกรองใบสั่งยา โดยเภสัชกรสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาได้เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 8.6 และการวิจัยของณฐมน สุคนนท์และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า การปรับระบบงานให้เภสัชกรคัดกรองใบสั่งยาผู้ป่วยในเป็นขั้นตอนแรกสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาได้เพิ่มขึ้น ส่วนการเกิดความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาที่มากขึ้นอาจมีสาเหตุจากการที่เภสัชกรคนที่ 2 ต้องตรวจสอบทั้งใบสั่งยากระดาษคู่กับใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์และยาที่จัด จึงมีความซ้ำซ้อนในการทำงานมากขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาได้มากขึ้น แต่เมื่อลดการตรวจสอบเหลือเพียงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ในระยะพัฒนาช่วงที่ 2 พบว่า การเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาลดลงจากช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.038$)

งานวิจัยนี้ พบว่า การเกิดความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เนื่องจากโรงพยาบาลได้ใช้ระบบ CPOE ในการการสั่งจ่ายยาของผู้ป่วยนอกอยู่ก่อน ซึ่งโอกาสการถ่ายทอดคำสั่งการใช้ยาจึงมีน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนจึงลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคลากรกับความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่า ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่เกิดขึ้นจากห้องยามีจำนวนมากขึ้น อาจมีสาเหตุจากปัญหาการทำงานของบุคลากรในห้องยา สอดคล้องกับงานวิจัยของสายใจ ศาลาสุขและคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยาผู้ป่วยนอก รายงานสาเหตุความคลาดเคลื่อนทางยาจากบุคลากร เช่น เร่งรีบ ขาดความละเอียดรอบคอบ เป็นต้น



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจึงมีข้อจำกัดของข้อมูล เช่น จำนวนชนิดของยาในใบสั่งยา ช่วงเวลาการเกิดความคลาดเคลื่อน และศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียว ดังนั้น ผู้วิจัยเสนอแนวทางวิจัยในอนาคตแบบศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) และศึกษาผลของระบบการใช้ใบสั่งยาระบบอิเล็กทรอนิกส์ด้านอื่น เช่น ค่าใช้จ่ายด้านยาที่เสียไปเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อน และด้านระยะเวลา รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น ปัจจัยด้านบุคคล เพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางจาก ซึ่งให้การสนับสนุนงานวิจัยนี้ รวมถึงบุคลากรของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค และงานบริการผู้ป่วยนอก ที่ร่วมพัฒนาระบบการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางจาก

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet* 2015;385(9963):117–71.
2. The U.S. Food and Drug Administration. Working to reduce medication errors [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/information-consumers-and-patients-drugs/working-reduce-medication-errors>.
3. World health organization. Patient safety [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี; 2565.
5. คณะทำงานพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล. ชุดตัวชี้วัดระบบยาในโรงพยาบาล. ใน: ธิดา นิงสานนท์, เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ตัวชี้วัดระบบยาในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2; 2551. หน้า 40-3.



6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2564]: 1-2. เข้าถึงได้จาก URL: <https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/มาตรฐาน/Attach/มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย.pdf>
7. สมปารณา ภักดียานุวรรตน์. การเปรียบเทียบการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระหว่างระบบสั่งจ่ายยาแบบใหม่กับระบบสั่งจ่ายยาแบบเดิมในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยภูมิ. เชียงรายเวชสาร 2563;12:99-113.
8. สุมิตรา สงครามศรี, มาลินี เหล่าไพบูลย์. การสั่งยาด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในการลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี: Interrupted Time Series Design. ว.เภสัชศาสตร์อีสาน 2560;13(2):53-66.
9. Abramson EL, Kaushal R. Computerized Provider Order Entry and Patient Safety. *Pediatr Clin N Am* 2012;59:1247-55.
10. Kenawya AS, Kettb V. The impact of electronic prescription on reducing medication errors in an Egyptian outpatient clinic. *Int J Med Inform* 2019;127:80-7.
11. National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCC MERP). About medication errors [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>.
12. ใจภัส วัฒนคุณ. การพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2563;26:24-38.
13. อัญชลี อังศธรมรัตน์, สุจิตรา ตั้งมันคงวรกุล. ผลของการคัดกรองคำสั่งใช้ยาและอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนของการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564;18(1):1-10.
14. ณฐมน สุคนนท์, วรางคณา สีมพผล, มนัสนันท์ วงษ์ครุฑ, น้ำทิพย์ คงนิล, นิชาภา ทองศรี, ชีราพร สุภาพันธุ์. การพัฒนาระบบคัดกรองใบสั่งยาแผนกผู้ป่วยในเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี. ว.เภสัชศาสตร์อีสาน 2564;17(3):25-38.
15. สายใจ ศาลาสุข, สงครามชัย ลีทองดี, รับขวัญ เชื้อลี. กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขุนันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2562;8(2):68-77.



การพัฒนารูปแบบการจัดการด้านโภชนาการโดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF A NUTRITION MANAGEMENT MODEL BY A HEALTH LITERATE SCHOOL MECHANISM FOR SOLVING OBESITY AMONG ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS, YANG TALAT DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Received: January 06, 2023

Revised: February 28, 2023

Accepted: March 03, 2023

ภาวิกา ยุกบนารัตน์¹, อติสร วงศ์คงเดช^{2*}, กษมา วงษ์ประชุม²

Pawika Yubonnat¹, Adisorn Wongkongdech^{2*}, Kasama Wongprachum²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านโภชนาการโดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 โรงเรียนพินิจราษฎร์บำรุง ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนจำนวน 82 คน และกลุ่มภาคีเครือข่ายจำนวน 30 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือเชิงปริมาณ โดยแบบสอบถาม เครื่องมือเชิงคุณภาพ เพื่อบันทึกและสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ระยะเวลาในการศึกษา สิงหาคม-ตุลาคม 2565 รวม 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วย Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการมี 7 ขั้นตอน 1) ศึกษาบริบท และสภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ดำเนินงานตามแผน 5) สังเกตการณ์มีส่วนร่วม 6) สรุปบทเรียน 7) ประเมินปัจจัยความสำเร็จ โดยพบว่า หลังการพัฒนาเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีชมรมออกกำลังกาย และหลังการอบรมมีผลคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะอ้วนเพิ่มมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการภาวะอ้วน, ภาวะอ้วน, โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Master Student, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail: adisorn.w@msu.ac.th



Abstract

This action research aimed to develop of a nutrition management model by the health literate school mechanism for solving obesity among the student at primary school, Yang Talat district, Kalasin province. This study was conducted among students grade 1–6 in the primary school at Pinijratbamrung School. A total of 82 students with overweight and obesity, and 30 stakeholders. Research Instrument include Instrument for develop a participatory action research model. Questionnaire-based quantitative Instrument and qualitative Instrument to record and observe participation duration of study August-October 2022, total 3 months. The data were analyzed the descriptive statistic, and inference statistics to compare differences by Paired t-test, Qualitative data was analyzed by content analysis.

This results was revealed that the process of developing this system consists of 7 steps; 1) Learning of the context and problems, 2) Participatory workshops, 3) Action plan formulation, 4) Implementation based on the action plan, 5) Participatory observation, 6) Summarize the lesson, 7) Assess success factors It was found that after development there were changes such as an environment conducive to good health. There is a fitness club. And after activities showed the mean score of knowledge about obesity, practices to reduce obesity, access to health information, health communication, self-management and media awareness, and decision to prevent obesity which were increased more than before the operating in the statistically significant at $p\text{-value} < 0.05$.

Keywords: Obesity management model, Obesity, Health Literacy School



บทนำ

โรคอ้วนในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำลายในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้สูง (high-income country) เท่านั้น แต่ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง (low and middle income countries) โดยเฉพาะในเขตเมือง สถานการณ์ภาวะอ้วน องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กที่เป็นโรคอ้วนได้เพิ่มขึ้นทั่วโลกจาก 31 ล้านคนในปี 2533 เป็น 44 ล้านคนในปี 2555 และภายในปี 2568 หรืออีก 10 ปีข้างหน้า คาดการณ์ว่าจะมีเด็กเป็นโรคอ้วนทั่วโลก 70 ล้านคน⁽¹⁾ และจากข้อมูลสถานการณ์แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ประจำปีงบประมาณ 2563 พบว่าเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี เขตสุขภาพที่ 7 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 71.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 9.05

จากรายงานระบบ Health Data Center (HDC) งานอนามัยโรงเรียนจังหวัดกาฬสินธุ์ ตัวชี้วัดร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 สูงดีสมส่วน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด มีเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนถึง ร้อยละ 10.07 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 10)⁽³⁾ จากการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า โรงเรียนพินิจราษฎร์บำรุง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษาเป็นลำดับที่ 1 ของเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด⁽⁴⁾ แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดกิจกรรม และให้คำแนะนำด้านโภชนาการ แต่ผลการดำเนินงาน พบว่า ยังมีหลายปัจจัยที่ไม่ประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ร้านค้าในโรงเรียน พฤติกรรมการบริโภคของนักเรียน ความรอบรู้ในการเลือกบริโภค และการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายของเด็กนักเรียนยังปฏิบัติไม่จริงจังและไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น ขาดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง จึงเสนอแนะให้มีการจัดกิจกรรมที่สามารถควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่เป็นรูปธรรม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของเด็กนักเรียน การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ กระบวนการดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate school: HLS) ซึ่งหมายถึง โรงเรียนที่มีการจัดการระบบบริหารจัดการให้ทุกคนในโรงเรียนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมสามารถสื่อสารความรู้ จัดการสิ่งแวดล้อม และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (เกศินี สราญฤทธิชัย (2563)⁽⁵⁾ ดังนั้น จึงได้ศึกษาพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษาโดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม และได้ผลจริงจังเพื่อจะได้นำมาแก้ไขปัญหภาวะอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษาให้เกิดประสิทธิผล และประโยชน์สูงสุดต่อไป



วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านโภชนาการโดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ระดับการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วน ระดับการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ ระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะอ้วน และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังการพัฒนา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและสภาพการจัดการด้านโภชนาการเพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ได้แก่ นโยบายและแนวทางการดำเนินงานการจัดการด้านโภชนาการและการศึกษาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กนักเรียน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการด้านโภชนาการโดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and MC Taggart ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan), การปฏิบัติ (Act), การสังเกต (Observe), การสะท้อนผล (Reflect)

โดยทำการศึกษา ระหว่างเดือนสิงหาคม–ตุลาคม 2565 รวมระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ของโรงเรียน ในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ของโรงเรียนที่ได้จากการสุ่ม คือ โรงเรียนพินิจราษฎร์บำรุง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีภาวะเริ่มอ้วน คือ มีค่าตั้งแต่ + 2 S.D. ถึง + 3 S.D. และมีภาวะอ้วนมีค่าตั้งแต่ + 3 S.D. ขึ้นไป โดยใช้กราฟเกณฑ์น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่สูงเดียวกัน (weight for height) ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 รวมจำนวน 82 คน 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการ ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน ครูที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ ผู้ประกอบการอาหารของโรงเรียน กลุ่มผู้ค้าขายอาหารหรือขนมหรือเครื่องดื่มที่อยู่ใกล้เคียงกับโรงเรียน กลุ่มนักเรียน กลุ่มผู้ปกครอง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกรรมการสถานศึกษา จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกด้วยวิธีจำเพาะเจาะจง (purposive sampling)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือพัฒนาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบส่วนร่วมและใช้กลไกความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การตรวจคัดกรองโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน จัดอบรมพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น บันไดนับแคล บอร์ดให้ความรู้ จำนวนน้ำตาลในเครื่องดื่ม และมอบสื่อโปสเตอร์เพื่อให้โรงเรียนใช้ในการเรียนการสอน จัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ติดตามและประเมินผลพฤติกรรมทางสุขภาพของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเสี่ยง

2. เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาข้อมูลพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดภาวะอ้วน คือ แบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลสถานะบุคคล เช่น ลักษณะทางประชากร เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับชั้นที่กำลังศึกษา จำนวนเงินที่ได้ไปโรงเรียน 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร 4) แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ 5) แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะอ้วน 6) แบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3. เครื่องมือเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ได้แก่ แบบบันทึก แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วส่งให้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์จำนวน 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมและคุณภาพเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Index of Item -Objective Congruence: IOC) โดยหาค่า IOC ได้เท่ากับ 0.69 และได้แก้ไขตามคำแนะนำของเชี่ยวชาญ

2. ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และปรับปรุงข้อคำถามนำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง (Tryout) ที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในทุกประเด็น ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ด้วยวิธีการ หาค่า KR-20 ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KUder-Richardson) เท่ากับ 0.85 2) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะอ้วน และการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย นำมาหาความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.75



การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ ความรู้ พฤติกรรม ภาวะโภชนาการ ก่อนและหลังการดำเนินงานภายในกลุ่ม ด้วย Paired t-test พร้อมทั้งอธิบายค่า Mean difference, 95%CI และ p-value < 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล โดยการวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์ และเหตุผลในประเด็นศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัยโดยการให้ข้อมูลขึ้นอยู่ด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 309-199/2565 ได้รับการรับรองวันที่ 5 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.85) มีอายุระหว่าง 6-9 ปี (ร้อยละ 48.78) ภาวะโภชนาการแบ่งตามเกณฑ์กราฟอ้างอิงการเจริญเติบโตของกระทรวงสาธารณสุขปี 2564⁽⁶⁾ พบว่า น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight for age) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 78.05 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (height for age) มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 60.98 และประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight for height) มีภาวะอ้วนร้อยละ 67.05 เมื่อให้นักเรียนประเมินรูปร่างหรือน้ำหนักตัวตนเอง พบว่า ประเมินว่าตัวเองอ้วน ร้อยละ 63.42

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.76 พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา และมีบุคคลในครอบครัว ที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 52.44 ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 28.05) ได้รับค่าใช้จ่ายมาโรงเรียนเฉลี่ยประมาณวันละ 49.63 บาท และพบว่า นักเรียนชื่อน้ำหวาน/น้ำอ้อดม ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ชื่อนมกรบูรกรอบ/ขนมหวาน ร้อยละ 98.78

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านโภชนาการ โดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติ (Planning) โดยการ 1) ศึกษาบริบทชุมชนและวิเคราะห์สถานการณ์โรคอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2562–2564 ดำเนินการสนทนากลุ่มครูอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า (1.1) ดำเนินงานตามนโยบายที่ผ่านมา ส่วนใหญ่นักเรียนไม่ตระหนักถึงการลดน้ำหนัก (1.2) การดำเนินงานขาดการมีผู้นำทีม



(1.3) สถานการณ์ COVID-19 ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถออกสำรวจภาวะสุขภาพเด็กได้ (1.4) งบประมาณการดำเนินงานไม่เพียงพอ (1.5) ภาระงานของผู้รับผิดชอบงานเยอะ ทำให้ไม่สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้ รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการแก้ไขปัญหาไม่ล้อย เป็นระบบ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการนำเสนอข้อมูล ร่วมศึกษา วางแผนการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงาน เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยมีกิจกรรมและแผนการ ดำเนินงาน ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน จัดอบรมพฤติกรรมและความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยบูรณาการกับงานอนามัยโรงเรียน ร่วมกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลยางตลาด มีกิจกรรมให้ความรู้โดยแบ่งออกเป็น 4 ฐาน ดังนี้ ฐานที่ 1 ความรู้รอบรู้และพฤติกรรมการบริโภค ฐานที่ 2 การรู้เท่าทันสื่อและการเลือกซื้อสื่อในการบริโภค ฐานที่ 3 การออกกำลังกายที่เหมาะสม ฐานที่ 4 ตรวจสุขภาพ 10 ท่า/อันตรายจากยาเสพติด และการใช้ยา ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น บันไดนับแคล บอร์ดให้ความรู้ จำนวนน้ำตาล ในเครื่องดื่ม และมอบสื่อโปสเตอร์ เพื่อให้โรงเรียนใช้ในการเรียนการสอน จัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ติดตามและประเมินผลพฤติกรรมทางสุขภาพของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเสี่ยง

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Acting) ได้แก่ 1) การตรวจคัดกรองโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน สรุปผลการคัดกรอง นำผลที่ได้เสนอในที่ประชุม 2) อบรมเพื่อปรับพฤติกรรมและความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อในการตัดสินใจและในการเลือกบริโภคสินค้า การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม 1 วัน 3) ปรับเปลี่ยน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น บันไดนับแคล บอร์ดให้ความรู้ จำนวนน้ำตาลในเครื่องดื่ม และมอบสื่อโปสเตอร์เพื่อให้โรงเรียนใช้ในการเรียนการสอน จัดตั้งชมรมออกกำลังกาย โดยมีครู หมอวิชาสุศึกษาและพลศึกษา และแกนนำนักเรียนเป็นผู้นำออกกำลังกายในตาราง ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ และคาบสุดท้ายของทุกวันพุธ ติดตามและประเมินผลพฤติกรรมทางสุขภาพของเด็กที่มี ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเสี่ยง โดยการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน แบบทดสอบการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วน การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันโรคอ้วน

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) 1) การติดตามสนับสนุน พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยสังเกตจากบันทึกการปฏิบัติงานของแต่ละมาตรการ 2) ประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการร่วมกิจกรรม ผลการประเมิน พบว่า โดยผลคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคอ้วน พบว่า ก่อนการพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนอยู่ในระดับต่ำ หลังการ พัฒนาอยู่ในระดับสูง, ผลคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดภาวะอ้วนก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง, ผลคะแนนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสาร



สุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง, ผลคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะอ้วน ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน, การปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วน, การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ส่วนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่า มากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (N=82)

แบบสอบถาม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mean Diff.	95%CI		p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ				
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน	6.05	1.84	ต่ำ	8.74	1.54	สูง	2.69	2.35 – 3.04		<0.001*
2. การปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วน	25.66	8.66	ปานกลาง	41.01	12.13	สูง	15.35	13.37 – 17.34		<0.001*
3. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	34.65	13.68	ต่ำ	47.76	14.19	ปานกลาง	13.11	10.89 – 15.33		<0.001*
4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	13.65	4.89	ปานกลาง	17.13	4.27	สูง	3.48	2.80 – 4.18		<0.001*
5. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	3.35	0.70	ต่ำ	4.58	0.20	สูง	1.23	0.93 – 1.52		<0.001*



ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล โดยสรุปข้อมูลผลการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านโภชนาการ โดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนพินิจราษฎร์บำรุง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำกระบวนการ SWOT Analysis พบว่า จุดแข็ง คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนางาน นโยบายชัดเจน บุคลากรมีความพร้อมสำหรับการดำเนินงาน มีทีมงานที่มีความรู้และมีความตื่นตัวในการดำเนินงาน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จุดอ่อน คือ โรงเรียนยังไม่สามารถประยุกต์ใช้ขั้นตอน V-shape ในหลักสูตรการเรียนการสอนได้เต็มที่ โอกาสพัฒนา คือ การมีภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือด้วยดี และผู้บริหารเห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และอุปสรรค คือ ขาดการประชาสัมพันธ์ลักษณะการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ ได้นำกระบวนการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ร่วมกัน มาวางแผนการดำเนินการติดตามงานร่วมกันจนก่อให้เกิดแผนการทำงาน เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ได้แก่ การตรวจและคัดกรองโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน การอบรมให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง การติดตามและเฝ้าระวังพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน และจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ทั้งนี้ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเจ้าหน้าที่เองเกิดการอำนวยความสะดวกซึ่งกันและกัน ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมสำหรับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา

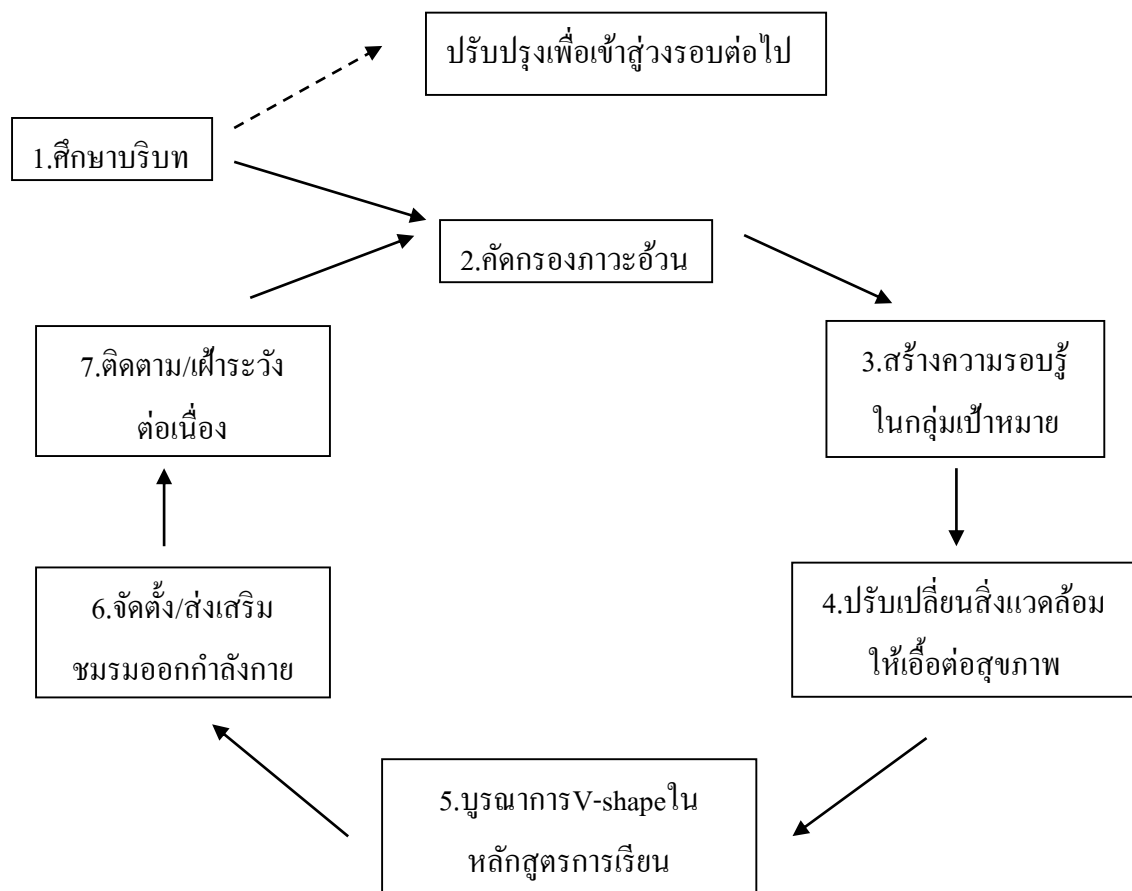
สรุปผลการวิจัย

ผลของการเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ หลังการอบรมมีผลคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะอ้วนเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และจากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับการสนทนากลุ่ม ก่อให้เกิดแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านโภชนาการ โดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ดังนี้ จัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคและความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ ยังมีการตรวจและคัดกรองโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน โดยปกติทีมผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนจากโรงพยาบาลยางตลาดจะออกคัดกรองปีการศึกษาละ 1 ครั้ง หลังการพัฒนารูปแบบได้เกิดการติดตามและเฝ้าระวังพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน



และตรวจคัดกรองโรคอ้วนภาคเรียนละ 1 ครั้ง และได้มีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ทั้งนี้ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเจ้าหน้าที่เองเกิดการอำนวยความสะดวกซึ่งกันและกัน ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมสำหรับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา

สรุปรูปแบบการดำเนินงานการจัดการด้านโภชนาการโดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์



อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁽⁷⁾ ซึ่งอภิปรายผลได้ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ อยู่ในระดับต่ำ และหลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้



การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนันญดา บัวเพื่อน (2561) ได้ศึกษารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในเขตเมือง⁽⁸⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภา อยู่อินไกร (2555) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย⁽⁹⁾ ซึ่งภายหลังการศึกษาจากงานวิจัยนี้ พบว่า ความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เช่นเดียวกัน

การปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วน และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะอ้วน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดภาวะอ้วนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วนสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากกิจกรรมการอบรมพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็ก ประถมศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง กระบวนการจัดการอบรมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วนซึ่งการอบรม ประกอบด้วย การบรรยายในฐานกิจกรรมความรู้และพฤติกรรมการบริโภคฐานกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม และฐานกิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อและเลือกใช้สื่อ โดยใช้สื่อวิดีโอประกอบการสอน การใช้สื่อประกอบในการสอนเกี่ยวกับการอ่านฉลากโภชนาการ การดูปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อให้คำปรึกษา และแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มีประเมินผลด้วยการถาม-ตอบ รวมถึงการจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ และมีแรงจูงใจในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ดันติเอกรัตน์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคอ้วนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรม การทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของบุษรัตน์ พุฒวิชัยดิษฐ์ และนพวรรณ เปียชื่อ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม การอ่านฉลากโภชนาการในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6⁽¹¹⁾ ซึ่งภายหลังการศึกษาจากงานวิจัยนี้ พบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วน และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะอ้วน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เช่นเดียวกัน

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของกลุ่มภาคีเครือข่ายจากการประเมิน พบว่า การมีส่วนร่วมหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาและศึกษาหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกับกิจกรรมต่างๆ จนก่อให้เกิดรูปแบบกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม



และทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี (2562) ได้ศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน 6-15 ปีโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย⁽¹²⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2556) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน ภายใต้อำนาจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)⁽¹³⁾

สรุปได้ว่าผลการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านโภชนาการโดยกลไกโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาครั้งนี้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะอ้วน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะอ้วน และการมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ใช้ระยะเวลาเพียง 3 เดือน เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย ดังนั้น ควรมีการติดตามผลระยะยาว 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินถึงน้ำหนักตัวภายหลังการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน
2. ส่งเสริมให้โรงเรียน และครอบครัวมีตัวแทนในการกำหนดนโยบายการดูแลภาวะโภชนาการและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น เมนูอาหาร การอบรมผู้ประกอบการทั้งในและรอบรั้วโรงเรียน
3. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบต่อไปอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนพินิจราษฎร์บำรุง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลยางตลาด และผู้เข้าร่วมกระบวนการวิจัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยให้ดำเนินไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.



2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2563). แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.
3. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับติดตามตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการ.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2563). รายงานจากระบบ Health Data Center (HDC) งานอนามัยโรงเรียน.
5. เกศินี สราญฤทธิชัย. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎีและหารประยุกต์ใช้ (Health Literacy: Concept, Theories, and Applications): คลังนานาวิทยา.
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับติดตามตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการ.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner (3rd ed.). Geelong, Australia: Deakin University Press.
8. ธนัญญา บัวเฟื่อน. (2561). รูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในเขตเมือง. อินทนิลทักษิณสาร.
9. โสภา อยู่อินไกร. (2555). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. มหาวิทยาลัยพะเยา.
10. ศศิธร ดันติเอกรัตน์ และคณะ. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคอ้วนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2558.
11. บุษรัตน์ พุดวิชัยดิษฐ์ และนพวรรณ เปียชื่อ. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการอ่านฉลาดโภชนาการของขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการอ่านฉลาดโภชนาการในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6. ราชบัณฑิตยบาลสาร.
12. ศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี. (2562). รูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน 6-15 ปี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.
13. กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 23(2):44-5.



**การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข บริการจัดการความเสี่ยง
ด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ : ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์**
**MODEL DEVELOPMENT THE CAPACITY OF HEALTH WORKERS PERFORMANCE
AND RISK AND SAFETY MANAGEMENT IN HEALTH SERVICE SYSTEM :
CASE STUDY IN SECONDARY HOSPITAL, PHETCHABUN PROVINCE**

Received: January 16, 2023

Revised: March 12, 2023

Accepted: March 19, 2023

พชร มาเทียน^{1*}

Pachara Matian¹

บทคัดย่อ

วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ปฏิบัติงานวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขและระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ วิธีดำเนินการวิจัย รูปแบบดำเนินการวิจัยเป็นแบบผสมผสาน 2 ระยะ การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำนวน 240 คน ใช้การสุ่มแบบมีระบบ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ องค์ประกอบด้านความปลอดภัยผู้ป่วย และสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่า 0.867 การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการตอบแบบสอบถาม 25 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างได้จากแนวคำถามวิจัยเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 82.55) สมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.79) แนวทางการพัฒนา รูปแบบการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ประกอบด้วย โครงสร้าง กลยุทธ์ ระบบการทำงาน ทักษะ รูปแบบ บุคลากรและค่านิยมร่วม

ข้อเสนอแนะ การกำหนดรูปแบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการความเสี่ยง, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, ระบบบริการสุขภาพ

¹ นิติกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

Law officer, Senior Professional Level, Phetchabun Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: ppmatian@gmail.com



Abstract

Safety culture in organization is the process to develop the patient safety. The research aimed to study and develop the model development the capacity of health worker's performance and risk and safety management in health service system. Research methodology was the mixed methods research composed 2 phrases. The quantitative research, population was 240 health workers worked in Secondary hospital and systematic random sampling was determined for data collection by questionnaires composed of 5 parts; such as characteristic, knowledge, attitude, patient safety component, and capacity of health worker performance and risk and safety management. In addition to check questionnaire standardization, testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.867. The qualitative research, population was 25 health workers who completed questionnaire answering and purposive random sampling was determined for interviewing and focus group. The semi-structured interview was applied by questionnaire item, data analysis as follow by percentage, standard deviation and content analysis.

As a quantitative resulted, patient safety component had mean score with high level (82.55%). The capacity of health worker's performance and risk and safety management had mean score with high level (86.79%). Guideline for the model development the risk and safety management in health service system including structure, strategy, system for working, health worker' skill, the style working, staff, and shared value. Suggestion, Chief of organization should be determining the guideline of risk and safety management for every department in secondary hospitals.

Keywords: Risk management, Patient safety, Health service system



บทนำ

วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร หมายถึง ผลรวมของค่านิยม ทักษะ การรับรู้ สมรรถนะ และรูปแบบประสิทธิภาพ จากมติที่ประชุมสมัชชาองค์กรอนามัยโลก ครั้งที่ 55 พ.ศ.2545 ได้มีมติในการให้ความสำคัญกับคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Quality of Care: Patient Safety) และเรียกร้องประเทศสมาชิกสนับสนุนให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ ปี พ.ศ.2561 ประเทศไทยประกาศนโยบายขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personal Safety: 2P Safety) เพื่อเสริมสร้างคุณภาพระบบบริการสุขภาพที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นเป้าหมายโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมีความต้องการพัฒนาให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย เนื่องจากบุคคลเป็นหน่วยย่อยที่ต้องมีพฤติกรรมความปลอดภัยก่อนถึงจะหล่อหลอมขึ้นสู่การเกิดองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย การบริหารความเสี่ยง และคำนึงถึงหลักแห่งความปลอดภัยของบุคลากร ผู้ให้บริการเป็นสำคัญ⁽²⁾ การบริหารความเสี่ยงเป็นการจัดการในเรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล รวมทั้งการดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยง และการจัดการค่าใช้จ่าย⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) กำหนดประเด็นในการประกันและรับรองคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลคือ มาตรฐานด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ.2561 และจัดทำโครงการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม⁽⁴⁾ จากรายงานการลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก สุโขทัย อุตรดิตถ์ และตาก มีโรงพยาบาลทั้งหมด จำนวน 41 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ.2562-2564 มีโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 25, 29 และ 33 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.9, 70.7 และ 80.4 ตามลำดับ และจังหวัดเพชรบูรณ์มีโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิทั้งหมด จำนวน 11 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ.2562-2564 เข้าร่วมโครงการฯจำนวน 4, 5 และ 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.3 , 45.4 และ 63.3 ตามลำดับ⁽⁴⁾

จากข้อมูลรายงานการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการที่มีการร้องเรียนเกิดเป็นข้อพิพาททางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างปี พ.ศ.2562-2564 ศูนย์ปฏิบัติการเรื่องร้องเรียนและข้อพิพาททางการแพทย์ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีข้อร้องเรียนและข้อพิพาททางการแพทย์เพิ่มขึ้น มีคดีข้อพิพาททางการแพทย์ในชั้นศาล จำนวน 1 คดี และมีข้อพิพาทในกระบวนการไกล่เกลี่ย จำนวน 11 เรื่อง รายงานสถิติการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 มีที่เพิ่มขึ้น ระหว่างปี พ.ศ.2562-2564 มีผู้ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น



เป็นเงินจำนวนรวมกว่าสิบล้านบาท ถึงแม้ว่าจังหวัดเพชรบูรณ์ ได้มีการพัฒนาระบบการใกล้เคียงข้อร้องเรียนของผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุขตั้งแต่ ปี พ.ศ.2555 จนถึงปัจจุบัน⁽⁵⁾ แต่จากสถิติการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์การเกิดข้อร้องเรียนข้อพิพาท และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเสริมสร้างสมรรถนะ คือ การพัฒนาความสามารถของแต่ละบุคคลในการทำงานที่ต้องอาศัยการผสมผสานกับความรู้และทักษะด้านต่างๆ ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายของตนเองและขององค์กรได้ โดยแบ่งประเภทสมรรถนะเป็น สมรรถนะหลักและสมรรถนะประจำหน้าที่ (Functional Competency) ซึ่งเป็นสมรรถนะที่แสดงถึงความสามารถของตัวบุคคลในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้มีประสิทธิภาพ เช่น ความรู้ ทักษะ ความสามารถของบุคคลที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้งานสำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามที่องค์กรต้องการ⁽⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁽⁷⁾ พบว่า การพัฒนาการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองเป็นอันดับแรก ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งหากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ จะส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขและพัฒนากระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ตามด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบของการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขและพัฒนากระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้



1. ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย การเสริมสร้างสมรรถนะ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของผู้วิจัยให้มีความไวเชิงทฤษฎี

1.2 ศึกษารวบรวมจากเอกสารข้อร้องเรียนและการจัดการข้อร้องเรียน สรุปรายงานสาธารณสุขประจำปี เพื่อทำความเข้าใจรอบด้านเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของโรงพยาบาล ตลอดจนศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามนโยบายการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ

2. การศึกษากระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประยุกต์เครื่องมือทางการบริหารมาใช้ในการวิเคราะห์การบริหารคือ แบบจำลอง 7-s McKinsey⁽⁸⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยระยะที่ 1 กลุ่มประชากร ได้แก่ บุคลากรที่มีหน้าที่ในการให้บริการในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 580 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง⁽⁹⁾ ระดับเชื่อมั่น 95% จำนวน 240 คน โดยการกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ปีงบประมาณ 2565 2) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี การเลือกรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ

การวิจัยระยะที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการตอบแบบสอบถามการวิจัยระยะที่ 1 คัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจงเลือก (Purposive sampling) จากแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ และสามารถติดต่อผู้ตอบแบบสอบถามได้ จำนวน 25 คน โดยการกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) ทำหน้าที่ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่ปี 2560-2565 2) ยินยอมให้เก็บข้อมูลจนกว่าจะเสร็จสิ้นการวิจัย ดำเนินการวิจัยเดือนธันวาคม 2565 – มีนาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามวิจัย การสร้างแบบสอบถามวิจัย โดยผู้วิจัยทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย เพื่อนำมาใช้ในการสร้างแบบสอบถามวิจัยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ



2) ความรู้ความเข้าใจการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (80%) ระดับปานกลาง (61-79%) ระดับต่ำ (60%)

3) ทักษะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย

4) องค์ประกอบด้านความปลอดภัยผู้ป่วย ประกอบด้วย ด้านองค์กร ด้านผู้บริหาร ด้านทีมงาน ด้านระบบการทำงาน ด้านสภาพแวดล้อมและด้านผู้ป่วย

5) สมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ประกอบด้วย วัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมความยืดหยุ่น วัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมการเฝ้าระวัง และวัฒนธรรมความเป็นธรรม

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4 และ 5 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W⁽¹¹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

ผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมกลับคืนครบ 100%

2. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ตามกรอบแนวคิดแบบจำลอง 7-s McKinsey⁽⁸⁾ ประกอบด้วย โครงสร้าง กลยุทธ์ ระบบการทำงาน ทักษะ รูปแบบ บุคลากร ค่านิยมร่วม การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ประกอบด้วย

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยตนเอง โดยก่อนเริ่มต้นการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียงและสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อน เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ตรวจสอบความถูกต้องไปพร้อมๆ กับการทบทวนตนเองก่อนการให้สัมภาษณ์ครั้งใหม่ ซึ่งการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 คน จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์จะมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือจนกว่าข้อค้นพบที่ได้มีความอิ่มตัว

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม โดยมีทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นผู้เข้าร่วมสนทนาใช้เวลาประมาณ 180 นาที ในประเด็น 1) ระบบการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล 2) ระบบการจัดการข้อร้องเรียน ข้อพิพาททางการแพทย์ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ การเกิดข้อร้องเรียน ข้อพิพาททางการแพทย์



4) แผนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล 5) แนวทางการพัฒนาตามกรอบแนวคิดระบบบริหารคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง และด้านระบบบริการสุขภาพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยประเมินค่าความสอดคล้อง IOC (Item objective congruence) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽¹²⁾ เท่ากับ 0.867

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ สร้างดัชนี จำแนกหมวดหมู่ เชื่อมโยงข้อมูล และตีความเพื่อหาความสัมพันธ์ของเรื่องราว และหาข้อสรุปโดยการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) ด้วยการคืนผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ตรวจสอบ (Member checking) เพื่อได้แย้งหรือยืนยันข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่ NTC 888-0015 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.68) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30-49 ปี (ร้อยละ 63.68) ($\bar{X}$ =38.39, S.D.= 10.253, Min=22, Max=59) มีสถานภาพสมรส/คู่ และอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 49.53) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 79.25) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000-40,000 บาท (ร้อยละ 35.85) ($\bar{X}$ =32,870.57, S.D.=16,607.87, Min=7,500, Max=99,500) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 61.79) ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 61.79) รองลงมา คือ แผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 19.34) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 43.87) ($\bar{X}$ =13.62, S.D.=9.317, Min=1, Max=39)

บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ด้านความปลอดภัยระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.92) ค่าเฉลี่ย 13.46 (S.D.=2.147) มีทัศนคติด้านความปลอดภัยระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.42) ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D.=0.322)



มีความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบด้านความปลอดภัยผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ระดับสูง (ร้อยละ 82.55) ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D.=0.392) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ ทักษะด้านความปลอดภัย และองค์ประกอบด้านความปลอดภัย (n = 212)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้ด้านความปลอดภัย	33	15.57	144	67.92	35	16.51	13.46	2.147
ทัศนคติด้านความปลอดภัย	103	48.58	109	51.42	-	-	3.72	0.322
องค์ประกอบด้านความปลอดภัย	175	82.55	37	17.45	-	-	4.05	0.392
1. ด้านองค์กร	177	83.49	35	16.51	-	-	4.09	0.500
2. ด้านผู้บริหาร	184	86.79	28	13.21	-	-	4.20	0.546
3. ด้านทีมงาน	181	85.38	31	14.62	-	-	4.15	0.433
4. ด้านระบบการทำงาน	164	77.36	48	22.64	-	-	4.14	0.577
5. ด้านสภาพแวดล้อม	133	62.74	78	36.79	1	0.47	3.87	0.595
6. ด้านผู้ป่วย	110	51.89	101	47.64	1	0.47	3.75	0.554

ข้อมูลสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย การรายงานความเสี่ยง ความยืดหยุ่น การเรียนรู้ การเฝ้าระวัง และความเป็นธรรม ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.79) ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.= 0.400) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 212)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย	184	86.79	28	13.21	-	-	4.08	0.400
1. การรายงานความเสี่ยง	176	83.02	36	16.98	-	-	4.12	0.456
2. ความยืดหยุ่น	146	68.87	66	31.13	-	-	3.99	0.530
3. การเรียนรู้	187	88.21	25	11.79	-	-	4.22	0.503



ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
4. การเฝ้าระวัง	147	69.34	65	30.66	-	-	4.07	0.487
5. ความเป็นธรรม	140	66.04	72	33.96	-	-	4.02	0.501

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามนโยบายระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

ด้านองค์กร การกำหนดโครงสร้างบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยใช้รูปแบบการบริหารงานตามสายการบังคับบัญชา เริ่มต้นโครงสร้างการบริหารจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการความเสี่ยง หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้ปฏิบัติงาน ตามลำดับ

“รูปโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของโรงพยาบาลใช้รูปแบบเดียวกับโครงสร้างการบริหารงานปกติ โดยจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทำงานประสานกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล”

ด้านผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำหนดนโยบายบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานอย่างชัดเจน

“ผู้บริหาร โรงพยาบาลกล้าตัดสินใจในการบริหารจัดการเมื่อเกิดปัญหาหรือมีความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย”

ด้านทีมงาน โรงพยาบาลมีการตั้งทีมงานขึ้น ในรูปแบบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง แต่ละแผนกของโรงพยาบาล ทำหน้าที่ควบคุมกำกับ ประเมินผล และประสานงานกับผู้บริหาร หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติงาน ในการลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัย

“คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) มีการกำหนดความเสี่ยงที่สำคัญและแนวทางการแก้ไข และควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน”

ด้านระบบการทำงาน โรงพยาบาลมีกระบวนการและขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียน โดยมีหัวหน้าคณะกรรมการความเสี่ยงทำหน้าที่ใกล้เคียง กำหนดปัญหาความเสี่ยงด้านความปลอดภัยมาจากทางไหน

“มีระบบการรายงานความเสี่ยงในเวลา และนอกเวลาราชการ แยกออกจากกัน โดยรายงานผ่านตามสายบังคับบัญชา ภายใน 24 ชั่วโมง”

ด้านบุคลากร มีแผนการจัดประชุมให้ความรู้ จัดมหกรรม CQI เรื่อง ความเสี่ยงและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ



“ทีมคุณภาพของโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาคุณภาพศักยภาพให้แก่บุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งแนวทางการจัดการข้อร้องเรียน การจัดการความปลอดภัยในโรงพยาบาล”

ด้านค่านิยมร่วม การปฏิบัติตามนโยบายแนวทางการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่ต้องปฏิบัติ และการรายงานความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น ไม่ถือเป็นความผิด ทำให้ผู้รายงานไม่เกิดความกังวลที่จะรายงานความเสี่ยง

“รับผิดชอบ สามัคคี มีวินัย เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรับผิดชอบในการรายงานความเสี่ยง และเข้าใจวัฒนธรรมความปลอดภัย ตามเป้าหมายหลักของโรงพยาบาล”

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของ ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนอย่างจริงจังและแข็งขัน จากผู้บริหารระดับสูง 2) การมีทีมงานที่เข้าใจ และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคในการขับเคลื่อนระบบให้ทั่วทั้งองค์กร 3) การเชื่อมโยงระบบบริหารความเสี่ยงเข้ากับโครงสร้างระบบงานเดิม 4) การนำการบริหารความเสี่ยงไปใช้เป็นตัวชี้ให้เห็นถึงโอกาสและการปรับปรุงระบบงาน 5) สร้างตัวชี้วัดที่ชัดเจนและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์องค์กร และ 6) การสื่อสารถึงผลสัมฤทธิ์และประสิทธิผลให้ทั่วทั้งองค์กร

อภิปรายผลการวิจัย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) คือ การปราศจากความเสียหาย หรืออันตรายอันเป็นผลจากการรักษา ได้แก่ การที่ผู้ป่วยตาย พิการ หรือได้รับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น มีผลให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยที่ได้คาดหมายมาก่อน เช่น ผลจากโรคแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผลจากอุบัติเหตุ ความผิดพลาดต่างๆ เป็นกฎระเบียบที่ค่อนข้างใหม่ข้อหนึ่งในการดูแลสุขภาพอันมุ่งเน้นไปยังวิถีทางที่จะป้องกันความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นศาสตร์แห่งการกำจัดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาพยาบาล คุณภาพบริการพยาบาลมีเกณฑ์การมาจาก 2 ทาง คือ จากผู้ให้บริการเป็นคุณภาพตามการปฏิบัติและจากผู้รับบริการเป็นคุณภาพตามการรับรู้ต้องมีการผสมผสาน 2 อย่างนี้ อย่างเหมาะสมจึงจะเกิดความพึงพอใจในบริการและเป็นบริการที่มีคุณภาพ⁽¹³⁾

แนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขและระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านกลยุทธ์ 2) โครงสร้าง 3) ระบบ 4) รูปแบบ 5) บุคคล 6) ทุกๆ 7) ค่านิยมร่วม⁽⁸⁾

1. ด้านกลยุทธ์การดำเนินการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย จุดสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ คือ การมุ่งเน้นมุมมองที่ผู้รับบริการ



หรือผู้ป่วยเป็นสำคัญ เน้นที่ความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยว่าต้องการอะไร เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการรักษา อีกทั้งคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีการนำข้อมูลความเสี่ยงและความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยกำหนดเป็น วัตถุประสงค์ พันธกิจ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์ในการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽¹⁴⁾

2. ด้านโครงสร้างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย การกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ใช้รูปแบบการบริหารงานตามสายการบังคับบัญชาเริ่มต้นโครงสร้างการบริหารจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการความเสี่ยง หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้ปฏิบัติงาน ตามลำดับ เนื่องจากการแบ่งโครงสร้างของโรงพยาบาลที่มีความชัดเจนจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงาน จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า โรงพยาบาลมีการกำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านความเสี่ยง และความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรไว้อย่างชัดเจน ซึ่งทำให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้จากการที่โรงพยาบาลมีการออกแบบอาคารและหอผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายต่อผู้ป่วย นอกจากนี้โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติและคู่มือในการทำงานที่ชัดเจน และรัดกุมด้านการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเฉพาะโรงพยาบาลมีการจัดสิ่งสนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ อัครกิตติ์ พัฒนาสัมพันธ์⁽¹⁵⁾ พบว่า การออกแบบโครงสร้างขององค์กรควรมีการแบ่งโครงสร้างให้ชัดเจนจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน การสั่งการในการทำงานของบุคคล การเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โครงสร้างองค์กรควรเป็นแนวดิ่ง และแนวราบ

3. ด้านระบบการทำงานของบุคลากรในการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย โรงพยาบาลมีการกำหนดกฎระเบียบและวิธีปฏิบัติในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีมาตรการที่เข้มงวดในการให้ผู้ปฏิบัติงานยึดถือปฏิบัติ รวมทั้งโรงพยาบาลมีการวางแผนป้องกันความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย และมีแผนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นรูปธรรมและเป็นลายลักษณ์อักษร โดยการจัดระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) เป็นทีมงานที่ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างเป็นระบบ สะดวก และง่ายต่อการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว และ ประสิทธิภาพ 2) มีระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อลดการเกิดอันตรายในผู้ป่วย 3) มีระบบการตรวจสอบเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ระบบแจ้งเตือน/ห้ามสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ หรือทบทวนความถูกต้องของคำสั่งการรักษา 4) มีการจัดระบบการจัดการข้อมูลเอกสาร ประวัติ และสถิติในการรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมีความสะดวกรวดเร็วในการสืบค้น และ 5) มีการจัดระบบการให้คำปรึกษาหรือการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่มีปัญหา หรือมีความซับซ้อนในการปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจนเอื้อต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁵⁾ พบว่า ระบบการทำงานในองค์กรเป็นกระบวนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกันในทุกระดับ เป็นวิธีการที่ทำให้บุคลากรมีส่วนร่วม



ในการทำงานเป็นการวางแผนการใช้เครื่องมือ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกที่เกิดขึ้น

4. ด้านรูปแบบจัดการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย โรงพยาบาลมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับดูแลด้านความเสี่ยงให้แก่บุคลากร อย่างเป็นทางการและชัดเจน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเล็กหรือปัญหาใหญ่ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะช่วยกันในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และให้กำลังใจกันและกันในการทำงาน โดยสมาชิกทีมงานจะมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดี ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมีขวัญ และกำลังใจ ที่ดีในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัครกิตต์ พัฒนาสัมพันธ์⁽¹⁵⁾ พบว่า การเป็นพี่เลี้ยงจะเป็นการถ่ายทอด ความรู้ระหว่างบุคลากรที่มีประสบการณ์มากกว่าให้กับเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งการทำงานที่ดี เพื่อเป็น ตัวอย่างอันดี และสามารถสร้างแรงจูงใจใ้มน้ำใจดีแก่บุคลากรใหม่ได้

5. ด้านบุคลากร การเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการความเสี่ยง ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นจะเน้นการทำงานเป็นทีม จากผลการวิจัย พบว่า บุคลากรสาธารณสุข มีความคิดเห็นด้านทีมงานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.38) ซึ่งตรงกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ พบว่า ทีมคุณภาพของโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาคุณภาพ สักยภาพให้แก่บุคลากร สาธารณสุข รวมทั้งแนวทางการจัดการข้อร้องเรียน การจัดการความปลอดภัยในโรงพยาบาล สามารถ อธิบายเหตุผลได้ว่า การทำงานทีมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการออกแบบให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยทีมผู้ปฏิบัติงานมีการส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพสูงและเกิดผลลัพธ์ ทางสุขภาพที่ดี ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ ระหว่างบุคลากรในทีมที่มีประสิทธิภาพสูง และมีความปลอดภัยนั้น ความรู้ ทักษะและทัศนคติของ บุคลากรในทีม การให้ความร่วมมือ การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน บทบาทความรับผิดชอบและ พึงพาการตัดสินใจเป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁶⁾ พบว่า การทำงานร่วมกันของ บุคลากรสาธารณสุขภายในทีมเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยที่เป็นศูนย์กลางในการทำงานเป็นทีม และได้รับการช่วยเหลือจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

6. ด้านทักษะของบุคลากร จากข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า จากมุมมองของผู้บริหารและ คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล ให้ความเห็นว่า การพัฒนาทักษะของบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่เกิดมาจากการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะในการลด ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรพร้อมที่จะทุ่มเทและให้ความร่วมมือ ในการปรับปรุงงาน เพื่อให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จ และบรรลุเป้าหมายด้านความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของกรณีการ สหัชชัช และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน



ให้แก่บุคลากรจะส่งเสริมทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น เช่น การนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้อ้างอิงอยู่เสมอ

7. ด้านค่านิยมร่วมในการทำงาน สมาชิกทีมที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีเป้าหมายเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย มีความสามัคคีให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วยผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้สมาชิกในทีมสุขภาพเกิดความมุ่งมั่นร่วมกันที่จะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จากผลการวิจัย พบว่า การบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติงานโดยยึดหลักทางการบริหารมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ ด้านกลยุทธ์ โครงสร้าง ระบบ รูปแบบ บุคคล ทักษะ ค่านิยมร่วม ดังนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาล ควรให้การสนับสนุนทีมคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลในการทำปัจจัยทั้ง 7 ปัจจัย มาใช้ในการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่การวิจัยครั้งต่อไป จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากระบวนการและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งนี้ เพื่อให้การศึกษาสามารถนำไปกำหนดเป็นกลยุทธ์ หรือแนวทางที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ควรนำไปสกัดเป็นองค์ประกอบและนำไปศึกษาเชิงปริมาณด้วยการทำเป็น โมเดล สมการ โครงสร้าง จะทำให้ได้ผลการศึกษาที่สามารถนำไปต่อยอดในการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Quality of care: patient safety. Fifty-fifty World Health assembly A55/13. Provisional Agenda item 13.9 [online] 23 March 2002 [cited 2023 Jan 02];1-6. Available from: URL: http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ea5513.pdf



2. กระทรวงสาธารณสุข. ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ที่ สธ. 0228.05/2690. 2559.
3. อนุวัฒน์ สุขขุติกุล. ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์, 2543: 2-14.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. Patient safety concept and practice. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2561.
5. รายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ 2564. เอกสารอัดสำเนา. 2564.
6. จอมกัฒน์ จันทะศักดิ์. ปัจจัยสมรรถนะที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาจารย์สถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ 2561; 7(1): 162-176.
7. พงษ์ศักดิ์ ค้างวาท. การพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพครูโรงเรียนเอกชนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพิษณุโลก เขต 1. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยศรีปทุม. 2557.
8. Sign, A. A Study of role of McKinsey's 7S framework in achieving organizational excellence. Organization Development Journal 2013; 331(3): p39.
9. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences.(9th ed). New York: John Wiley & Sons. 2010.
10. Bloom, B.S. Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York. 1975.
11. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall. 1977.
12. Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper. 1951.
13. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล(ปรับปรุงครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2524.
14. กรรณิการ์ สิทธิชัย, สันติธร ภูริภักดี. การจัดการองค์การตามแนวคิด 7s ของ McKinsey ที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรนวัตกรรม กรณีศึกษาองค์กรที่ได้รางวัลองค์กรนวัตกรรมยอดเยี่ยม. Verdian E-Journal, Silpakorn University 2561; 11(3): 1419-1435.
15. อัครกิตต์ พัฒนสัมพันธ์. ประสิทธิภาพ ตามแนวคิด 7s ของ McKinsey กรณีศึกษา บริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในนิคมอุตสาหกรรมเวทโกรว์ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยรำไพพรรณี 2565; 16(1): 5-14.
16. จริญญา บุญรอดรักษ์. ปัจจัยทำนายความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561.



องค์ประกอบและตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

FACTORS AND INDICATORS FOR THE DEVELOPMENT OF EXCRETA MANAGEMENT SYSTEMS OF LOCAL GOVERNMENT ORGANIZATIONS IN KALASIN PROVINCE

Received: November 17, 2022

Revised: March 12, 2023

Accepted: March 23, 2023

ศิริชัย รินทะราช^{1*}

Sirichai Rintarhat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและหาตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC

ผลวิจัย พบว่า องค์ประกอบและตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ และ 50 ตัวบ่งชี้ คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านนโยบายการจัดการสิ่งปฏิกูล มี 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 2 ด้านผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มี 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 3 ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณมี 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 4 ด้านสถานที่การก่อสร้างบ่อปฏิกูล มี 6 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 5 ด้านผู้นำชุมชน มี 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 6 ด้านความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน มี 6 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 7 ด้านแบบแปลนในการก่อสร้าง มี 3 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 8 ด้านบริหารจัดการ มี 9 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบที่ 9 ด้านข้อกฎหมายและข้อบัญญัติท้องถิ่น มี 3 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 10 ด้านวิชาการและจัดการความรู้ มี 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 11 ด้านการสร้างเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชนภายในและภายนอก มี 3 ตัวบ่งชี้

ข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาและจัดการสิ่งปฏิกูลในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ : การจัดการสิ่งปฏิกูล, องค์ประกอบ, ตัวบ่งชี้, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health

*Corresponding author E-mail: Sirichai.Ph.D@gmail.com



Abstract

The purpose of this research was to study the composition and find indicators for the development of sewage management system in Kalasin Province. This research is descriptive and cross-sectional. The analysis of the data using descriptive statistics, percentages, means, standard deviations, and IOC.

The results it was found that the components and indicators for the development of sewage management systems of local administrative organizations in Kalasin Province consisted of 11 elements and 50 indicators. Component 1 of Sewage Management Policy has 4 indicators. Component 2 of Executives of local administrative organizations has 4 indicators. Component 3 of Planning and budgeting has 4 indicators. Component 4 of Site of the construction of a sewage pond has 6 indicators. Component 5 of Community leaders has 4 indicators. Component 6 of Availability of public health volunteers and the public has 6 indicators. Component 7 of Construction plans, consisting has 3 indicators. Component 8 of Management has 9 indicators. Component 9 of Local laws and ordinances according to the Public Health Act 1992, consisting of 3 indicators. Component 10 of Academic and knowledge management, has 4 indicators. Component 11 of government network building private sector and internal and external communities has 3 indicators.

Recommendations to be a quality criterion for the development and management of sewage in local government organizations. in the area of Kalasin Province

Keywords: sewage management, components, indicators, local government organization



บทนำ

สิ่งปฏิญญาตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หมายถึง อุจจาระหรือปัสสาวะ และหมายความรวมถึงสิ่งอื่นใดซึ่งเป็นสิ่งโสโครกหรือมีกลิ่นเหม็นซึ่งห้าม ถ่าย เท ทิ้งในที่สาธารณะ นอกจาก ในที่ที่ราชการท้องถิ่นจัดไว้ให้ ทั้งนี้ การจัดการสิ่งปฏิญญาเป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (กรมอนามัย ; 2552)⁽¹⁾ และพระราชบัญญัติการรักษาความสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 ซึ่งในปี 2562 พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจัดการสิ่งปฏิญญาพร้อมเพียงร้อยละ 2.35 เท่านั้น จากรายงานกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2564 พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีทั่วประเทศ ร้อยละ 35.14 อัตราต่อแสนประชากร พบมากที่สุดในภาคอีสาน ร้อยละ 32.51 อัตราต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข : <https://www.hiso.or.th/>)⁽²⁾ ซึ่งการศึกษาของอัจฉราพร โนนแสง, ฤทธิรงค์ จังโกฏี (2560)⁽³⁾ พบว่า ในระดับชุมชนไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิญญาที่ถูกหลักสุขลักษณะ มีพฤติกรรมเสี่ยงถ่ายนอกส้วมเมื่อต้องออกไปทำนา ร้อยละ 20.39 และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามบันทึกความร่วมมือร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีนโยบายผลักดันการก่อสร้างบ่อกำจัดสิ่งปฏิญญาผ่านการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environment Health Accreditation : EHA) ในประเด็นการจัดการสิ่งปฏิญญา EHA 3002

จากปัญหาข้างต้นสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ รับประทานปลาร้า ปลาซึ่ม ที่มีพยาธิ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต จากรายงานผลการศึกษาของ วาทีณี จันทรเจริญ, ปิยะภรณ์ ดวงมนตรี (2561)⁽⁴⁾ พบว่า มีการปนเปื้อนของไข่พยาธิ ตัวพยาธิ จากตะกอนสิ่งปฏิญญาที่รูดสิ่งปฏิญญาไปทิ้งในที่สาธารณะหรือเอกชนในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 328 ตัวอย่าง ตรวจพบไข่พยาธิหรือตัวพยาธิ จำนวน 34 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 10.4 โดยร้อยละ 4.6 เป็นไข่พยาธิใบไม้ตับ รองลงมา เป็นไข่พยาธิตัวตืด และสตรองจิลอยด์ คิดเป็นร้อยละ 3.4 และ 2.4 ตามลำดับ และการจัดการสิ่งปฏิญญาในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 จังหวัด พบว่า มีจำนวนบ่อปฏิญญา จำนวน 25 แห่ง จาก อปท.ทั้งหมด 726 แห่ง ร้อยละ 3.44 โดยจังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 บ่อ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 5 บ่อ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 9 บ่อ และจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 7 บ่อ และใช้งานได้ในปัจจุบัน จำนวน 4 บ่อ

จากข้อมูล พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์มีบ่อปฏิญญาจำนวน 7 บ่อ คิดเป็นร้อยละ 5.29 จากหน่วยงาน อปท.ทั้งหมด จำนวน 151 แห่ง ซึ่งมีจำนวนไม่เพียงพอในการรองรับการทิ้งสิ่งปฏิญญาทำให้เกิดปัญหาการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิญญาส่งผลให้เกิดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV/CCA) และจากการสอบถามการจัดการสิ่งปฏิญญาในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 151 แห่ง พบว่า อปท. ที่มีนโยบายที่จะดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิญญา จำนวน 15 อปท.



และหน่วยงานที่มีสถานที่ คือ ความพร้อมด้านที่ดินในการสร้างบ่อจัดการสิ่งปฏิกูล จำนวน 11 อปท. จำนวนรศูดสิ่งปฏิกูลมีทั้งหมด 93 คัน จากทั้งหมด 32 อปท. ที่ตอบแบบสอบถาม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ; 2565)⁽⁵⁾

ดังนั้น จึงควรมีการผลักดันขับเคลื่อนการสร้างบ่อจัดการสิ่งปฏิกูลให้มีความครอบคลุมทุกอำเภอหรือทุก อปท. ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาถึงองค์ประกอบและตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการผลักดันและขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบและหาตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัย เชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การกำหนดองค์ประกอบและตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกรอบแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบ จากการศึกษาเอกสารวิชาการ ผลงานการวิจัย หนังสือ ตำรา

ขั้นตอนที่ 2 สทนากลุ่ม ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานสภาท้องถิ่น สมาชิกสภา ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เพื่อกำหนดองค์ประกอบ และตัวบ่งชี้

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดองค์ประกอบและตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 2 พัฒนาตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวบ่งชี้ที่เหมาะสม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกตัวบ่งชี้ โดยใช้แบบสอบถามประเมินวิเคราะห์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective congruence)



ขั้นตอนที่ 3 กำหนดระดับความสำคัญขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ด้วยแบบสอบถาม
ความคิดเห็นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานสภาท้องถิ่น สมาชิกสภา
ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการสร้างบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูล จำนวน 7 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานสภาท้องถิ่น สมาชิกสภา
ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการสร้างบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะ
เจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 56 คน

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 - กุมภาพันธ์ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม

1.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง เพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวบ่งชี้
ที่เหมาะสมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - Depth Interview)

1.2 แบบสอบถามประเมินวิเคราะห์ คัดเลือกตัวบ่งชี้ ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of
item objective congruence) การวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง คัดเลือกตัวบ่งชี้ ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง
IOC (Index of item objective congruence) มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ในทุกด้านถือว่าผ่านเกณฑ์คุณภาพ

การประเมินตัวบ่งชี้ของผู้เชี่ยวชาญ มีความหมายดังนี้

0 หมายถึง ตัวบ่งชี้ไม่มีคุณภาพในด้าน ความตรง ความชัดเจน การใช้ประโยชน์
ความเหมาะสม และความเป็นไปได้

1 หมายถึง ตัวบ่งชี้มีคุณภาพในด้าน ความตรง ความชัดเจน การใช้ประโยชน์
ความเหมาะสม และความเป็นไปได้

1.3 แบบสอบถาม เพื่อกำหนดระดับความสำคัญขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ โดยให้
ค่าคะแนนระดับความสำคัญด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย
ค่าเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายความว่า องค์ประกอบ/ตัวบ่งชี้ มีระดับความสำคัญมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายความว่า องค์ประกอบ/ตัวบ่งชี้ มีระดับความสำคัญมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายความว่า องค์ประกอบ/ตัวบ่งชี้ มีระดับความสำคัญปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายความว่า องค์ประกอบ/ตัวบ่งชี้ มีระดับความสำคัญน้อย



ค่าเฉลี่ย 1.01-1.80 หมายความว่า องค์ประกอบ/ตัวบ่งชี้ มีระดับความสำคัญน้อยที่สุด ความกว้างของอันตรภาคชั้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.79 ปัดเป็นค่าเฉลี่ย 0.80 ซึ่งได้ค่ามาจากการคำนวณโดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ (Fisher exact Probability Test อ้างอิงใน ชัชวาล เรื่องประพันธ์, 2539)⁽⁶⁾

$$\text{ความกว้างอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้คุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
2. การทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชานสภาท้องถิ่น สมาชิกสภา ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951) ที่มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.78 ขึ้นไป เมื่อพิจารณาทั้ง รายด้านและทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่น รายด้าน เท่ากับ 0.831-0.920 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.960
3. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์อย่างง่ายแบบเพียร์สัน โดยการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) โดยคะแนนรวมของทุกข้อกับข้อคำถามนั้น มีค่าเป็นบวกระหว่าง 0.710-0.942 ซึ่งเป็นค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.50$ ($r = 0.297$) ปรากฏว่า ข้อคำถามผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective congruence)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC62/2565 ชื่อโครงการวิจัย องค์ประกอบและตัวบ่งชี้การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่รับรองการพิจารณาจริยธรรม วันที่ 7 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่มีบ่อจัดการสิ่งปฏิกูล จำนวน 7 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง

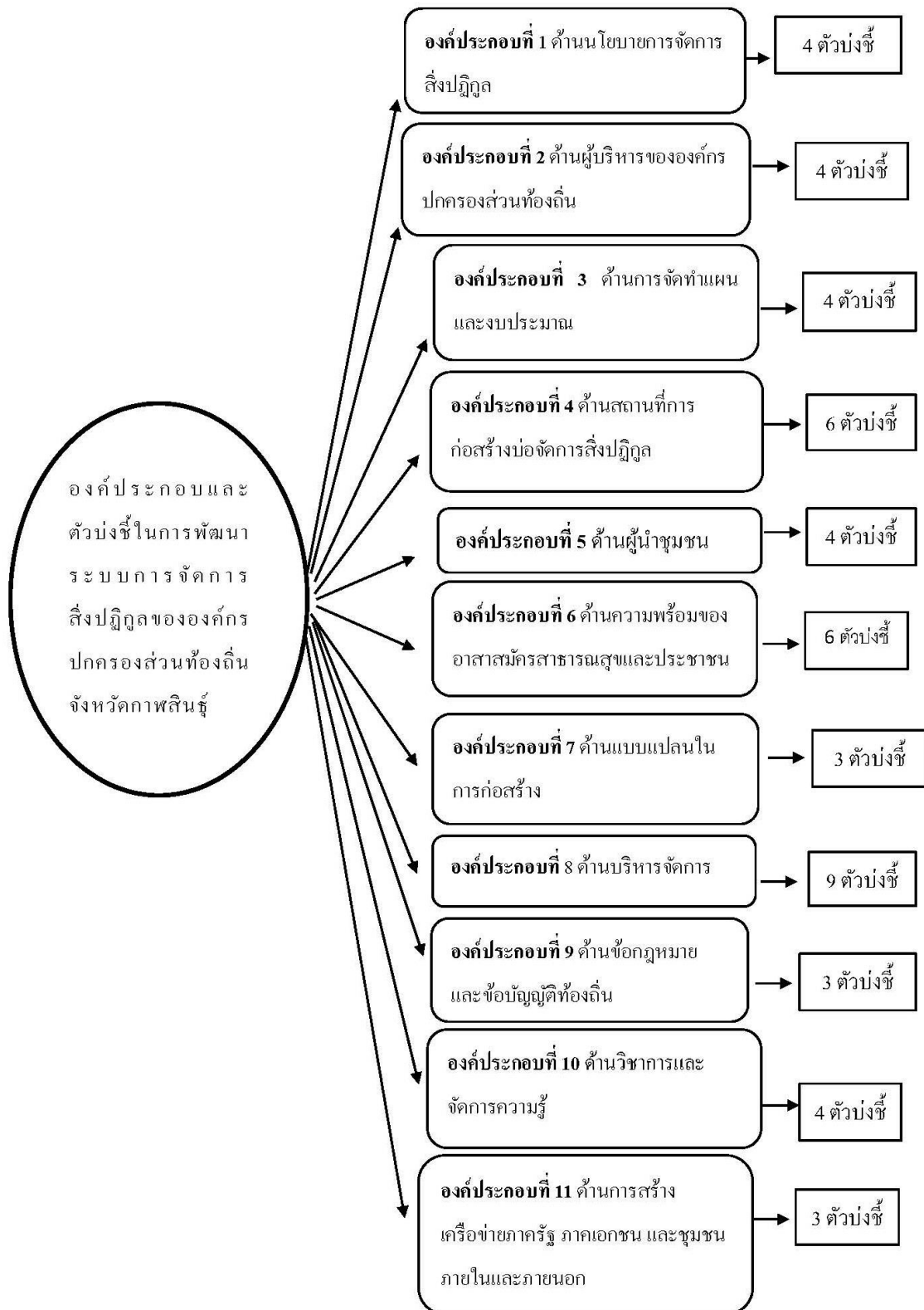


ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.64 เพศชาย ร้อยละ 30.36 อายุเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 45 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 35 และปริญญาตรี ร้อยละ 25

2. ผลการพัฒนาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ในการพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ในการพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ 11 องค์ประกอบ และ 50 ตัวบ่งชี้ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความตรง ด้านความชัดเจน ด้านการใช้ประโยชน์ ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นไปได้ มีรายละเอียด ตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ในการพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

องค์ประกอบ	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	การแปลผล
องค์ประกอบที่ 1 ด้านนโยบายการจัดการสิ่งปฏิกูล	$\bar{X} = 4.72$	ระดับความสำคัญมากที่สุด
องค์ประกอบที่ 2 ด้านผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	$\bar{X} = 4.83$	ระดับความสำคัญมากที่สุด
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ	$\bar{X} = 4.87$	ระดับความสำคัญมากที่สุด
องค์ประกอบที่ 4 ด้านสถานที่การก่อสร้างบ่อปฏิกูล	$\bar{X} = 4.91$	ระดับความสำคัญมากที่สุด
องค์ประกอบที่ 5 ด้านผู้นำชุมชน	$\bar{X} = 4.48$	ระดับความสำคัญมากที่สุด
องค์ประกอบที่ 6 ด้านความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน	$\bar{X} = 4.39$	ระดับความสำคัญมากที่สุด
องค์ประกอบที่ 7 ด้านแบบแปลนในการก่อสร้าง	$\bar{X} = 4.68$	ระดับความสำคัญมากที่สุด
องค์ประกอบที่ 8 ด้านบริหารจัดการ	$\bar{X} = 4.48$	ระดับความสำคัญมากที่สุด
องค์ประกอบที่ 9 ด้านข้อกฎหมายและข้อบัญญัติท้องถิ่นตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข 2535	$\bar{X} = 4.65$	ระดับความสำคัญมากที่สุด
องค์ประกอบที่ 10 ด้านวิชาการและจัดการความรู้	$\bar{X} = 3.54$	ระดับความสำคัญมาก
องค์ประกอบที่ 11 ด้านการสร้างเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชนภายในและภายนอก	$\bar{X} = 3.97$	ระดับความสำคัญมาก





สรุปผลการวิจัย

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ในการพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิภูมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ และ 50 ตัวบ่งชี้ คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านนโยบายการจัดการสิ่งปฏิภูม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.72$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด โดยมีตัวบ่งชี้ 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 2 ด้านผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.83$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด โดยมีตัวบ่งชี้ 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 3 ด้านการจัดทำแผนและงบประมาณ มีน้ำหนักความสำคัญ มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.87$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด โดยมี 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 4 ด้านสถานที่การก่อสร้างปอปฏิภูม มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.91$ ระดับความสำคัญมากที่สุด โดยมี 6 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 5 ด้านผู้นำชุมชน มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.48$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด โดยมี 4 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 6 ด้านความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.39$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด มี 6 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 7 ด้านแบบแปลนในการก่อสร้าง มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.68$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด โดยมี ตัวบ่งชี้ 3 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 8 ด้านบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.48$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด โดยมี 9 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 9 ด้านข้อกฎหมาย และข้อบัญญัติท้องถิ่นตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข 2535 มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.65$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด โดยมี 3 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 10 ด้านวิชาการและจัดการความรู้ มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.54$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด โดยมี 4 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบที่ 11 ด้านการสร้างเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชนภายในและภายนอก มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.97$ มีระดับความสำคัญมากที่สุด มี 3 ตัวบ่งชี้

อภิปรายผลการวิจัย

องค์ประกอบด้านนโยบายการจัดการสิ่งปฏิภูม พบว่า การกำหนดนโยบายด้านการจัดการสิ่งปฏิภูมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการถ่ายทอดนโยบายให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ มีความสำคัญมากที่สุดและเป็นนโยบายที่สอดคล้องกับของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด และคณะกรรมการสิ่งปฏิภูมและขยะมูลฝอยจังหวัด เพราะในการพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิภูมการกำหนดนโยบายและทิศทางของผู้บริหารจะเป็นปัจจัยสำเร็จในการดำเนินการ พบว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไฉไล ช่างคำ, บุญเกิด เชื้อธรรม, สุกัญญา เชื้อธรรม (2564)⁽⁷⁾, ไฉไล ช่างคำ และคณะ (2548))⁽⁸⁾ พบว่า มีการขยายผลเชิงนโยบาย สู่กลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) ทั้ง 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานและจัดทำ Road map การจัดการสิ่งปฏิภูม และผลการศึกษาของ วีระศักดิ์ สืบเสาะ (2551)⁽⁹⁾ ศึกษาการจัดการสิ่งปฏิภูมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าเทศบาลร้อยละ 97.83 มีการออกเทศบัญญัติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิภูม



ในพื้นที่ แต่ไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูลที่เป็นระบบตามหลักสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน มีการนำสิ่งปฏิกูลที่เก็บขนไปทิ้งในที่สาธารณะที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

องค์ประกอบด้านสถานที่การก่อสร้างบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูล พบว่า อปท.ต้องมีความพร้อมของด้านสถานที่ในการก่อสร้าง การขออนุญาตใช้ที่สาธารณะประโยชน์ในการก่อสร้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ หลักรอด, เมธิ ชุ่มศิริ และธิดารัตน์ คำรงค์สอน (2549)⁽¹⁰⁾ มีเทศบาลเพียงร้อยละ 5.2 (6 แห่ง) ที่มีสถานที่ และระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล แต่สามารถใช้งานได้ทั้งระบบ มีเพียง 2 แห่ง และใช้ได้บางส่วน 2 แห่ง โดยรองรับกากสิ่งปฏิกูลจากรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลของเทศบาลเอง และรถของเอกชนที่เทศบาลอนุญาตฯ รวม 4 แห่งเท่านั้น นอกนั้น ยังไม่มีการบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้อง สมรัฐ นัยรัมย์ (2561)⁽¹¹⁾ และพบว่า การกำจัดสิ่งปฏิกูลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 มีเทศบาลเพียงแห่งเดียว ที่มีระบบกำจัดสิ่งปฏิกูล ได้แก่ เทศบาลนครนครราชสีมาเป็นระบบแบบหมักร่วม ระหว่างขยะอินทรีย์และสิ่งปฏิกูล และเทศบาลที่ไม่มีระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลยังไม่มีแผนในการก่อสร้าง ระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล

องค์ประกอบด้านผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญกับนโยบายการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ให้ถูกสุขลักษณะสนับสนุน และผลักดันการดำเนินการสร้างบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูลและการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เพราะการบังคับใช้กฎหมาย ตามข้อบัญญัติท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมให้มีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่เป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิพนธ์ เสียงเพราะ (2561)⁽¹²⁾ ได้ศึกษาสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลของเขตสุขภาพที่ 2 เทศบาลเมืองสุโขทัย เทศบาลมีการออกเทศบัญญัติเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 76.5 และเทศบาลมีการเรียนเรื่องการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลเพียงร้อยละ 2.5

องค์ประกอบด้านแบบแปลนในการก่อสร้าง พบว่ามีการออกแบบหรือได้รับการสนับสนุนแบบแปลนการก่อสร้างบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูล ที่สอดคล้องกับงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะการจัดทำบ่อปฏิกูลต้องมีความพร้อมของแบบแปลนในแต่ละขนาดที่สอดคล้องกับงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไฉไล ช่างคำ, บุญเกิด เชื้อธรรม, สุกัญญา เชื้อธรรม (2564)⁽⁷⁾ พบว่า การขยายผลการจัดการสิ่งปฏิกูลสู่ภาคีเครือข่ายระดับเขตในการแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและออกแบบแปลนระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล และผลการศึกษาของนิพนธ์ เสียงเพราะ (2561)⁽¹²⁾ พบว่า มีการก่อสร้างบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูลในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า แบบแปลนการก่อสร้างมี 4 ระบบ คือ ระบบบ่อหมักไร้อากาศ พบที่เทศบาลอุดรดิตถ์ ระบบลานทรายกรอง พบที่เทศบาลเมืองสวรรคโลก และเทศบาลนครแม่สอด ระบบบ่อปรับเสถียร พบที่เทศบาลตำบลบ้านแก่ง

องค์ประกอบด้านข้อกฎหมายและข้อบัญญัติท้องถิ่นตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 พบว่า การออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยเฉพาะ และมีการบังคับใช้



โดยผู้ประสงค์ดำเนินการ เก็บขน กำจัดสิ่งปฏิกูล ต้องได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นให้มีการดำเนินการตามมาตรการทางกฎหมาย ตามแนวทางการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 2558)⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของจำเนียร มูลเทพ (2552)⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลบ้านค้อ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าเทศบาลมีปัญหาไม่มีสถานที่ทิ้งสิ่งปฏิกูล ประกอบกับผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการออกข้อบัญญัติ/ข้อตกลง เรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล ตามบทบัญญัติพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มาตรา 18 และมาตรา 19

องค์ประกอบด้านความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน โดย อสม. พร้อมสนับสนุนและผลักดันการดำเนินการกำจัดสิ่งปฏิกูล มีการสร้างความตระหนักรู้ (Health literacy) ในการจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV/CCA) และประชาชนมีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายร่วมเฝ้าระวังการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เพราะ อสม.เป็นกลไกระดับพื้นที่ที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจกับประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดทำบ่อปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของ ทิธี (2561)⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษารูปแบบการจัดการเมืองสะอาดอย่างยั่งยืนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดลพบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมการดำเนินงานของเครือข่ายประกอบด้วย 3 มิติ คือ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการส่งเสริมความรู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ไปใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนการจัดทำบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่
2. ควรมีการนำเสนอองค์ประกอบและตัวบ่งชี้การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ส่วนราชการ และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอยจังหวัด และคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) ได้รับทราบและเป็นข้อมูลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาขับเคลื่อนในภาพจังหวัดกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. แนวทางการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2552.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสุขภาพคนไทยในระดับพื้นที่. <https://www.hiso.or.th>. 15 สิงหาคม 2565.



3. อัจฉราพร โนนแสง, ฤทธิรงค์ จังโกฏฐิ. การจัดการสิ่งปฏิกูลและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. วาทีณี จันทร์เจริญ, ปิยะมากรณ์ ดวงมนตรี. การศึกษาการปนเปื้อนของไข่พยาธิ ตัวพยาธิจากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รูดูดส่งนำไปทิ้งในที่สาธารณะหรือเอกชนในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2561. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ; 2561.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย . ผลการสำรวจความพร้อมการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ; 2565.
6. ชัชวาล เรืองประพันธ์. สถิติพื้นฐาน. ขอนแก่น ; 2539 : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
7. ไฉไล ช่างคำ, บุญเกิด เชื้อธรรม, สุกัญญา เชื้อธรรม. รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ; 2564. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน 2564).
8. ไฉไล ช่างคำ และคณะ. สถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 และ เขต 14. กลุ่มพัฒนาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 7 ; 2548.
9. วีระศักดิ์ สืบเสาะ. การจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย ปี 2551. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
10. สุภาภรณ์ หลักรอด, เมธิ ชุ่มศิริ และธิดารัตน์ คำรงค์สอน. สถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลในเขตภาคกลางตะวันตก. ราชบุรี : ศูนย์ อนามัยที่ 4 ; 2549.
11. สมรัฐ นัยรัมย์. การจัดการสิ่งปฏิกูลในเขตเทศบาล พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ปีที่ 12 ฉบับที่ 29 กันยายน-ธันวาคม 2561.
12. นิพนธ์ เสียงเพรา. การจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลในเขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก : ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2561.
13. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการสิ่งปฏิกูล (แบบครบวงจร) กรุงเทพฯ ; โรงพิมพ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ; 2558.
14. จำเนียร มุลเทพ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลตำบลบ้านค้อ อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม 2552 ; 11 (4) ; 14-20.
15. รัชพล ทีดี (2561) รูปแบบการบริหารจัดการเมืองสะอาดอย่างยั่งยืน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดลพบุรี วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. September-October 2018.



ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำหัตถการส่องกล้องระบบ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โรงพยาบาลสกลนคร

EFFECTIVE OF DEVELOPMENT COMPETENCY FOR PERIOPERATIVE NURSE IN ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIO PANCREATOGRAPHY : ERCP AT SAKON NAKON HOSPITAL

Received: January 19 , 2023

Revised: March 12, 2023

Accepted: March 23, 2023

นิจวรรณ นองขุนสาร¹, วิชชุดา กิตติวาริต^{2*}

Nidjawan Nongkunsan¹, Witchuda Kittiwarat^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การทำ ERCP 2) เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำ ERCP 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำ ERCP กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) ผู้ป่วยทำ ERCP 72 คน 2) พยาบาลห้องผ่าตัด 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะ แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชายและหญิงเท่ากัน อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 42 ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัด ร้อยละ 100 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคะแนนความพึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ยภาพรวม 4.30 (SD = 0.59) กลุ่มตัวอย่างพยาบาล มีคะแนนสัดส่วนความรู้ก่อนและหลังผ่าตัด ไม่ต่างกัน ผลการประเมินสมรรถนะก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปได้ว่า การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะหัตถการของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยระบบพยาบาลที่เลี้ยงและระยะเวลาในการฝึกที่เหมาะสม ส่งผลให้การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ห้องผ่าตัด, สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด, การส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

¹ Register nurse Special professional at Operative room Sakon nakon Hospital

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

² Register nurse professional at Operative room Sakon nakon Hospital

*Corresponding author E-mail: kwitch15@gmail.com



Abstract

The purposes of this research were to study for 1) To examine ERCP situation in scrub nurses 2) To development ERCP competency in scrub nurses 3) To study the effective of ERCP competency in scrub nurses. A sample was selected from specific criteria 1) 72 patients of ERCP 2) 18 scrub nurses , The research tools are including of 1) competency assessment 2) knowledge assessment and 3) satisfaction assessment, the information was analyzed by using descriptive statistics, percentage, mean and standard deviation. The findings of this research is , the samples are equal numbers of males and females, age between 61-70 years old (42%), prepared for pre-operative (100%), no complications , have so much satisfaction level ($\bar{X}$ =4.30 , SD=0.59). A sample was selected from specific criteria of scrub nurses have pre-post operative knowledge was no significant different. However, There was a competency performance pre-post operative ERCP statistically significant different at 0.05. Finally, the ERCP development of specific competencies in scrub nurses by preceptor and suitable duration for effective competencies of scrub nurses.

Keywords: Operating Room, Competency of Perioperative Nurses, Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography



บทนำ

หัตถการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน :Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP เป็นหัตถการที่แพทย์ใช้กล้องส่องลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenoscope) ทำการตรวจวินิจฉัยกายวิภาคของท่อน้ำดีและตับอ่อน เริ่มในปี ค.ศ.1968 เริ่มใช้ fiberscope ส่องเข้าไปในลำไส้เล็กส่วนต้น และสอดสายเข้าไปใน ampulla of varta และในปี ค.ศ.1970 ได้รายงานการทำ ERCP อย่างเต็มรูปแบบที่สามารถแสดงภาพ ได้ทั้งท่อน้ำดีและท่อนตับอ่อน และมีการพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ และเทคนิคการหัตถการอย่างมากมาย ทำให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ได้อย่างแม่นยำ ปลอดภัย และยังมีการพัฒนานาเอนาอุปกรณ์ช่วยอีกหลายชนิด ช่วยทำการผ่าตัดรักษา โดยการผ่านทางกล้องนี้ เช่น การตัดเปิดปากท่อน้ำดี การคล้องนิ้วออกจากท่อน้ำดีและตับอ่อน การสลายนิ่ว การขบนิ่ว การใส่ท่อระบายน้ำดีหรือตับอ่อน ในกรณีที่มีการอุดตันจากการตีบแคบหรือจากมะเร็ง⁽¹⁾ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสกลนคร มีพยาบาลวิชาชีพ 58 คน การแบ่งตามระดับสมรรถนะของเบนเนอร์⁽²⁾ พบว่า ร้อยละ 25 เป็นพยาบาลมีประสบการณ์ในห้องผ่าตัดไม่เกิน 4 ปี การจัดอัตรากำลังแบบหมุนเวียนในแต่ละห้องผ่าตัด เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งมีระยะเวลาการหมุนเวียนมาเข้าห้องผ่าตัดที่ทำการทำ ERCP ใช้เวลาประมาณ 18 เดือน สถิติการทำ ERCP ตั้งแต่ปี 2561-2564 จำนวน 367, 287, 289 และ 201⁽³⁾ ตามลำดับ จากการทบทวน พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำ ERCP จำนวน 4 ราย และพบปัญหาในระหว่างการทำหัตถการ ได้แก่ พยาบาลที่ไม่ทำงานประจำขาดสมรรถนะในการทำ ERCP เตรียมอุปกรณ์ไม่ครบ ขาดการสื่อสารที่ดี บรรยากาศตึงเครียด การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ประกอบด้วย การพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และพยาบาลประจำห้องผ่าตัดมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและทีมผ่าตัด เพื่อช่วยให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีความสุขสบายหลัง⁽⁴⁾

จากความเป็นมาของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้การบูรณาการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด⁽⁵⁾ กับการจัดการเชิงระบบ (System Approach)⁽⁶⁾ โดยมีพยาบาลที่เลี้ยง ผู้วิจัยจึงมีความต้องการให้เกิดความปลอดภัย และบรรยากาศการทำงานที่ดี จึงต้องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำ ERCP ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การทำ ERCP
- 2) เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำ ERCP
- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำ ERCP



การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษากรอบแนวคิดโดยบูรณาการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด⁽⁵⁾ และการจัดการเชิงระบบ (System Approach)⁽⁶⁾ ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด⁽⁷⁾ ระบบพยาบาลที่เลี้ยง⁽⁸⁾ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 2) ปัจจัยเชิงกระบวนการ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ในการทำ ERCP 3) ปัจจัยเชิงผลลัพธ์ ประเมินผลจากแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด การวัดความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนภาวะแทรกซ้อน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำ ERCP ในโรงพยาบาลสกลนคร โดยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน มิถุนายน 2565 ถึง พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่มีประสบการณ์ 0-4 ปี โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 18 คน ทำหน้าที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งถูกหมุนเวียนตามการจัดอัตรากำลังโดยมีระยะเวลาการหมุนเวียน 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับ ERCP ในโรงพยาบาลสกลนคร การเลือกแบบจำเพาะเจาะจง มีคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ERCP แบบนัดล่วงหน้า และไม่เคยทำ ERCP มาก่อน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา ต้องเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จากสถิติผู้ป่วย ที่รับการทำ ERCP ตั้งแต่ปี 2561-2564 จำนวน 367, 287, 289 และ 201 เฉลี่ย 24 รายต่อเดือน คำนวณหาค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 72 ราย โดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

ขณะทำการศึกษามีผู้ป่วย ทำ ERCP ทั้งหมด 76 ราย แต่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่าง 72 ราย มี 4 ราย ทำหัตถการเพิ่ม ได้แก่ สลายนิ่วด้วยเลเซอร์ 2 ราย และใช้เครื่องอัลตราซาวด์บ่อน (EUS) 2 ราย จึงคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือวัดสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมอุปกรณ์การทำ ERCP

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ จำนวน ประสบการณ์ในการทำงานในห้องผ่าตัด แบบสอบถามแบบให้เลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

2.2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำหัตถการ ERCP จำนวน 20 ข้อ

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำ ERCP⁽⁹⁾ จำนวน 10 ข้อ

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำ ERCP ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ด้วยวิธี การหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์เฉพาะทางตับและท่อน้ำดี และตับอ่อน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษงานผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาทางการพยาบาล สาขาวิชาการการพยาบาล ผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลหัวหน้างานห้องผ่าตัด 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์สัดส่วนก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ และความรู้ก่อนหลังของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด มีกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงใช้สถิติอนุกรมการทดสอบของแมคนีมาร์⁽¹⁰⁾ (McNemar test for significance of changes) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เนื่องจากการเปรียบเทียบความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากมีพยาบาลที่เลี้ยงเป็นคนเดียวตลอดการวิจัย และประเมินเป็น 2 ค่า คือ สอบผ่าน และสอบไม่ผ่าน มีคะแนนสอบ 2 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNREC035/1565 เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 การรวบรวมข้อมูลจาก



แบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง การตอบแบบสอบถาม และการส่งกลับคืนแบบสอบถาม แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผลของข้อมูลจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยนำผลการศึกษามาสรุปในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การทำ ERCP ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ เอกสาร และด้านกระบวนการ รวมทั้งศึกษารอบแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดของสำนักการพยาบาล⁽⁵⁾ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการศึกษาเชิงระบบและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับการพัฒนาสมรรถนะ
หัตถการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ปัจจัย	สภาพปัญหา	โอกาสและประเด็นการพัฒนา
ปัจจัยนำเข้า บุคลากร (Man)	- ขาดความรู้และทักษะในการทำน้ำที่ - ไม่ปฏิบัติตามบทบาท - พยาบาลไม่เพียงพอ - ศัลยแพทย์มีหลายท่าน มีวิธีการ แตกต่างกัน	- มีการสอนในวันแรกที่หมุนเวียนมาห้อง ผ่าตัด - จัดระบบพี่เลี้ยงประจำห้องผ่าตัด - ทำแผนขออัตรากำลังเพิ่ม
อุปกรณ์ เอกสาร (Material)	- อุปกรณ์ไม่เพียงพอใช้งาน - เครื่องเอกซเรย์มีเครื่องเดียว ใช้ 3 แผนก	- ทำคู่มือการเตรียมอุปกรณ์ผ่าตัด ERCP - ทำแผนขออุปกรณ์เพิ่ม - ทำคู่มือการเตรียมอุปกรณ์ผ่าตัด ERCP
ด้านกระบวนการ (Method)	- เตรียมอุปกรณ์ไม่ครบ - ขาดคู่มือการเตรียมผ่าตัดที่เป็น ปัจจุบัน - ปัญหาการปฏิบัติงานทดแทน - ส่งชิ้นเนื้อลำไส้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัด วันศุกร์ - จำนวนส่งชิ้นเนื้อแตกต่างกัน - ผู้ป่วยไม่มียาที่ต้องใช้ เช่น Buscopan	- กำหนดหน้าที่พยาบาลที่มาปฏิบัติงาน ทดแทน - ประสานกิวผ่าตัดขอผ่าตัดเป็นรายแรก - ทบทวน sign out จำนวนสิ่งส่งตรวจ - แจ้งในวาระการประชุมประจำเดือน ของ กรรมการสหสาขาวิชาชีพ (PCT ศัลยกรรม) - ลงรายงานอุบัติการณ์ เมื่อพบในการ เตรียมผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐาน



ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ERCP กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย และหญิงเท่ากัน มีอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 42 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56 ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัด ร้อยละ 100 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83 มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด 2-4 ปี ร้อยละ 83

ส่วนที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำหัตถการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โรงพยาบาลสกลนคร เป็นภาพรวม พบว่ามีความเห็นด้วยอย่างมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.30 (SD = 0.59) และรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหัวข้อการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องที่ท่านได้รับค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.47 (SD = 0.56) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยต่อการพัฒนาสมรรถนะ ERCP (n = 72)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ท่านพึงพอใจกับการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยส่องกล้องที่ท่านได้รับ	4.47	0.56	มาก
ท่านพึงพอใจต่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการส่องกล้อง	4.42	0.55	มาก
ท่านพึงพอใจต่อคำแนะนำและการตอบข้อซักถามของพยาบาลห้องผ่าตัด	4.36	0.59	มาก
ท่านพึงพอใจต่อการจัดสถานที่ให้ญาติ บริเวณหน้าห้องผ่าตัด มีความสะอาด สงบ	4.33	0.58	มาก
ท่านพึงพอใจต่อบรรยากาศในห้องรอผ่าตัดเป็นไปด้วยความสงบ	4.31	0.57	มาก
ท่านพึงพอใจต่อการไม่เปิดเผยร่างกายของท่านก่อนเริ่มการส่องกล้อง	4.25	0.69	มาก
ท่านพึงพอใจต่อการเจ็บผู้ป่วยเป็นไปด้วยความปลอดภัยโดยพนักงานแปลของห้องผ่าตัด	4.25	0.55	มาก
ท่านพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้ข้อมูลการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้อง ที่หอผู้ป่วย	4.22	0.54	มาก
ท่านพึงพอใจในการให้ข้อมูลขณะรอผ่าตัด พยาบาลประจำห้องรอผ่าตัดแสดงท่าที่เป็นมิตร และความช่วยเหลือ	4.19	0.57	มาก
ท่านพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์	4.13	0.65	มาก
คะแนนรวม	4.30	0.59	มาก



ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการทำหัตถการก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด แสดงจำนวนคนที่สอบตกและสอบได้ในช่วงก่อนและหลังให้ intervention พบว่ามี 5 คนที่สอบผ่านหลัง posttest และมี 13 คน ที่สอบผ่านทั้ง pre และ post test ผลการทดสอบสถิติ McNemar มีค่า p มากกว่า 0.05 แสดงว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของผู้ที่สอบ ได้และสอบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถิติ McNemar แสดงสัดส่วนคะแนนความรู้ก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (n = 18)

ผลการประเมินสมรรถนะ		กลุ่ม 2 สัปดาห์	
กลุ่ม 4 สัปดาห์	สอบตก	สอบผ่าน	P -value
สอบไม่ผ่าน	0	5	0.063
สอบผ่าน	0	13	

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบสมรรถนะก่อนและหลัง แสดงสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ผ่าน และไม่ผ่านการประเมิน พบว่า มี 5 คน ที่ไม่ผ่านการประเมินทั้งก่อนและหลัง และมี 13 คน ที่ก่อนเริ่ม Intervention ไม่ผ่าน และสอบผ่านหลังการให้ intervention ผลการทดสอบสถิติ McNemar มีค่า $p < 0.05$ แสดงว่า มีความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินไม่ผ่านเป็นผ่านการประเมินนั้นแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์สถิติ McNemar การประเมินพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (n = 18)

ผลการประเมินสมรรถนะ		กลุ่ม 2 สัปดาห์	
กลุ่ม 4 สัปดาห์	ไม่ผ่าน	ผ่าน	p-value
ไม่ผ่าน	5	0	0.000
ผ่าน	13	0	

ส่วนที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการประเมินสมรรถนะกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในการทำหัตถการ ERCP สมรรถนะรายด้าน ได้แก่ การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย ด้านร่างกายการป้องกัน การติดเชื้อและการพยาบาลเพื่อตอบสนองผู้ป่วย เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะของ



กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วย ERCP เป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด 29.87 (SD = 1.77) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการทำ ERCP รายด้าน (n=18)

คะแนนการประเมินสมรรถนะรายด้าน	ก่อน		หลัง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
สมรรถนะการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย	9	0	29.78	1.77
สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยด้านร่างกายการป้องกันโรคติดเชื้อ	7	0	19.44	1.10
สมรรถนะการพยาบาลเพื่อตอบสนองผู้ป่วย	1	0	12.67	1.24
รวม	18	0	20.63	1.67

ส่วนที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการประเมินสมรรถนะกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในการทำหัตถการ ERCP สมรรถนะรายข้อ เมื่อพิจารณา ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วย ERCP เป็นรายข้อ พบว่า ด้านการดูแลผู้ป่วยรักษาอุณหภูมิของร่างกาย และการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติหลังการส่องกล้อง ERCP มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด 4.0 (SD = 0.00) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการประเมินหลังพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการทำ ERCP จำแนกรายข้อ (n = 18)

ผลการประเมินสมรรถนะรายข้อ	$\bar{X}$	SD
1. การดูแลอุณหภูมิร่างกาย	4.00	0.00
2. การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติหลังการส่องกล้อง ERCP	4.00	0.00
3. การป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย	3.89	0.32
4. การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากรังสี	3.83	0.38
5. การป้องกันการผ่าตัดผิดพลาด	3.50	0.51
6. การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากสารเคมี	3.22	0.55
7. การป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรค	3.22	0.43
8. การประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย	3.22	0.43



ผลการประเมินสมรรถนะรายข้อ	$\bar{X}$	SD
9. การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย	3.17	0.38
10. การทวนสอบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	3.17	0.38
11. การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการเคลื่อนย้าย	3.11	0.32
12. การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการจัดทำ	3.11	0.32
13. การป้องกันการอันตรายจากสิ่งแวดล้อม/อุปกรณ์	3.11	0.32
14. การจัดการความปวด	3.06	0.24
15. การให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตามความต้องการ	3.06	0.24
16. การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเครื่องจีไฟฟ้า	3.00	0.00
17. การปฏิบัติการพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ	3.00	0.00
18. การป้องกันอันตรายจากการใช้ยา	3.00	0.00
19. การวางแผนเพื่อลดระยะเวลาในกระบวนการผ่าตัด	2.89	0.58
20. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยในห้องผ่าตัด	2.39	0.92
รวม	3.25	0.31

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ โดยการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำในการทำหัตถการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โดยบูรณาการมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และการจัดการเชิงระบบ พบว่า ด้านผู้ป่วย มีภาวะแทรกซ้อน 4 ราย ด้านบุคลากร บุคลากรขาดความมั่นใจในการเย็บผู้ป่วย และเตรียมอุปกรณ์ไม่ครบถ้วน ด้านอุปกรณ์ มีการใช้อุปกรณ์จำนวนมาก และมีความยุ่งยากในการใช้งาน ขาดเอกสารคู่มือในการปฏิบัติงานที่ทันสมัย และด้านกระบวนการ พบว่า ศัลยแพทย์มีการผ่าตัดขั้นตอนหัตถการที่แตกต่างกัน และการจัดทำผู้ป่วยมีหลายท่า เช่น นอนคว่ำ นอนหงาย ตะแคงซ้าย ตะแคงซ้ายกึ่งหงาย เป็นต้น ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัดในการทำหัตถการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการทีมผู้วิจัย แล้วนำผลไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วปรับตามคำแนะนำ จากนั้นนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และนำไปประเมินผลพัฒนาสมรรถนะหัตถการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ระยะที่ 3 การศึกษาผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ทำ ERCP ประเมินผลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายพัฒนาสมรรถนะที่สร้างขึ้น จำนวน 72 ราย ผู้ศึกษา พบว่า โดยรวมมีคะแนนความคิดเห็นด้วยระดับมาก ผู้ป่วยได้รับการเย็บก่อนผ่าตัดผ่าตัดร้อยละ 100 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สถิติ McNemar เปรียบเทียบก่อน



และหลังพัฒนาสมรรถนะ พบว่า ความรู้ก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะฯ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีคะแนนไม่แตกต่างกัน แต่มีสมรรถนะก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ศึกษาขอเสนออภิปราย 2 ประเด็น ได้แก่

1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ในการทำหัตถการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โรงพยาบาลสกลนคร ประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รับการทำการหัตถการ ERCP ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ (Specific Care) สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ⁽¹¹⁾ และเน้นถึงกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ การจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลและผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย การบันทึกการผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสม เพื่อการสื่อสารและการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาคู่มือการทำ ERCP ลักษณะเป็นภาพ และมีคลิปวิดีโอ ทำให้ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดพัฒนาสมรรถนะตามได้อย่างรวดเร็ว

2) สมรรถนะก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ในการทำ ERCP แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์บวกกับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด⁽¹²⁾ ผู้ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ใช้การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ในการทำ ERCP มีความพึงพอใจในระดับมาก อธิบายได้ว่า การพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลฯ ที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง และช่วยให้พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านการบริหารทางการพยาบาล ผู้บริหารห้องผ่าตัดควรสนับสนุนให้มีการทบทวนสมรรถนะที่จำเป็นในการผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน เช่น การผ่าตัดตับแบบหวังผลการรักษา การผ่าตัดเส้นเลือดในช่องท้องโป่งพอง เพื่อเป็นการส่งเสริมบรรยากาศการทำงาน of พยาบาลห้องผ่าตัดให้มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือกับการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ, ทวี รัตนชอุก. หัตถการการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน Practical ERCP. 2556; กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
2. Benner PE. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice, 1984; California: Addison-Wesley.
3. ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสกลนคร. รายงานการประเมินตนเองห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร.2564; /statistic60.html.
4. อุชาติ อัครวิเศษ. สารหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์เล่ม 2 ฉบับปรับปรุง.พิมพ์ครั้งที่ 2. 2555; กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
5. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลปรับปรุงครั้งที่ 2. 2550; นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
6. ทิสนา แคมมณี. ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 14. 2554; กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด Perioperative Nurse Competency. 2554; กรุงเทพฯเวชสาร: กรุงเทพฯ.
8. อัญญา ปลอดเปลื้อง. สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2556.; 8(3):168-174.
9. ชานินทร์ ศิลปจารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSSและ AMOS. พิมพ์ครั้งที่ 13. 2555; นนทบุรี: เอสอาร์พรีนติ้งแมสโปรดักส์จำกัด.
10. จุฬาลักษณ์ บารมี. สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. 2551; ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4. 2562;.นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.



12. ศรีสุดา พิรวณิชกุล, อนงค์ ศรชัย, วิลาวรรณ ตันติสิทธิพร, คำพอง คำนนท์, วันเพ็ญ สุกแสง. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี. [online]. [2023 Jan 9] Available from: he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/252563/171571.
13. สุภิกา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ อังคนิตย์, อารียา สอนบุญ. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดและปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(3): 51-60.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก

FACTORS RELATED TO FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR OF THE ELDERLY IN THE ELDERLY CLUB, BAN NA SUB-DISTRICT, NAKHONNAYOK PROVINCE

Received: December 24, 2022

Revised: March 30, 2023

Accepted: April 04, 2023

สุดาพร ราชวงศ์¹, จารุณี จันทร์เปล่ง^{2*}

Sudaporn Rachawong¹, Jarunee Janpleng^{2*}

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน ระยะเวลา พฤศจิกายน 2564-กุมภาพันธ์ 2565 เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ $r = 0.166$, $p\text{-value} = 0.028$ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ $p\text{-value} = 0.060$ 3) ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ $r = 0.244$ $p\text{-value} = 0.001$, $r = 0.180$ $p\text{-value} = 0.017$ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทางหน่วยงานต่างๆ ควรจัดทำสื่อ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ผู้สูงอายุ, ชมรมผู้สูงอายุ

¹ นักโภชนาการ โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

Nutritionist Banna Hospital Nakhon Nayok Province

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา จังหวัดนครนายก

Lecturer of Faculty of Nursing St Theresa International College Nakhon Nayok Province

*Corresponding author E-mail: Jarunee.j@stic.ac.th



Abstract

This survey research the purpose of this study was to study the food consumption behavior of the elderly in the elderly club, Ban Na Subdistrict, Nakhon Nayok Province and to study the relationship of and to study the relationship of predisposing factors, Enabling factors, and Reinforcing factors and food consumption behavior of the elderly in the elderly club. A sample of 175 people, period November 2021-February 2022. Interview data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient statistics.

The results of the research showed that 1) eating behavior of the elderly in the elderly club moderate level, 44 percent. 2) The predisposing factor is knowledge about food intake, there was a correlation with the eating behavior of the elderly, $r = 0.166$, $p\text{-value} = 0.028$, but the perceived benefits of health care there was no relationship $p\text{-value} = 0.060$ 3) Enabling factors and Reinforcing factors correlated with the eating behavior of the elderly $r = 0.244$ $p\text{-value} = 0.001$, $r = 0.180$ $p\text{-value} = 0.017$, respectively.

Recommendations: Support knowledge about healthy eating for elderly, various agencies should create media on eating behavior of the elderly maybe use the LINE application.

Keywords: Food consumption behavior, Elderly, Elderly club



บทนำ

โครงสร้างอายุของประชากรโลกและของประเทศต่างๆ กำลังกลายเป็นวิกฤตการณ์ที่ส่งผลให้ประชากรโลกมีแนวโน้มมีอายุสูงขึ้น ปรากฏการณ์ดังกล่าว เป็นผลสืบเนื่องมาจากอัตราเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดต่ำลง เนื่องจากนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ มีประสิทธิภาพ ซึ่งผลสำเร็จดังกล่าว ทำให้ภาวะการเจริญพันธุ์และอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่เดียวกันประชากรทั่วโลกมีอายุยืนยาวขึ้น สถานการณ์ประชากรของประเทศไทยก็เช่นเดียวกันกับทั่วโลก เนื่องจากเทคโนโลยีด้านการแพทย์เจริญขึ้น รวมถึงการมีหลักประกันสุขภาพที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประชากรมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ประชากรมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวขึ้น⁽¹⁾ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งกินผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ (400 กรัมหรือ 5 ส่วนต่อวัน) ลดลง รวมทั้งยังกินเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และนม น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย ทำให้ได้รับพลังงาน วิตามิน และแร่ธาตุไม่เพียงพอ เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น⁽²⁾

ข้อมูลประชากรอำเภอบ้านนาในปี 2565 มีจำนวน 53,901 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 13,661 คน คิดเป็นร้อยละ 25.34 ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 98.40 ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 1.11 และผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 0.42 ในตำบลบ้านนา มีประชากรทั้งตำบล 5,060 คน มีผู้สูงอายุ 1,577 คน คิดเป็นร้อยละ 31.17 แบ่งเป็น ติดสังคม ร้อยละ 98.06 ติดบ้าน ร้อยละ 12.38 ติดเตียง ร้อยละ 1.15 ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง จำนวน 499 คน คิดเป็นร้อยละ 31.64 โรคเบาหวาน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 20.23 ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง รับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม ตำบลบ้านนา มีชมรมผู้สูงอายุ 3 ชมรม คือ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านนา ชมรมผู้สูงอายุบ้านนาบานชื่น ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบ้านนา⁽³⁾ ซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุติดสังคมที่มากทำกิจกรรมร่วมกัน เดือนละ 1 ครั้ง จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ สุพรรณิ พุกษา (2559)⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับดี มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับไม่ดี 2.00 เท่า และการศึกษาของ นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559)⁽⁵⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ

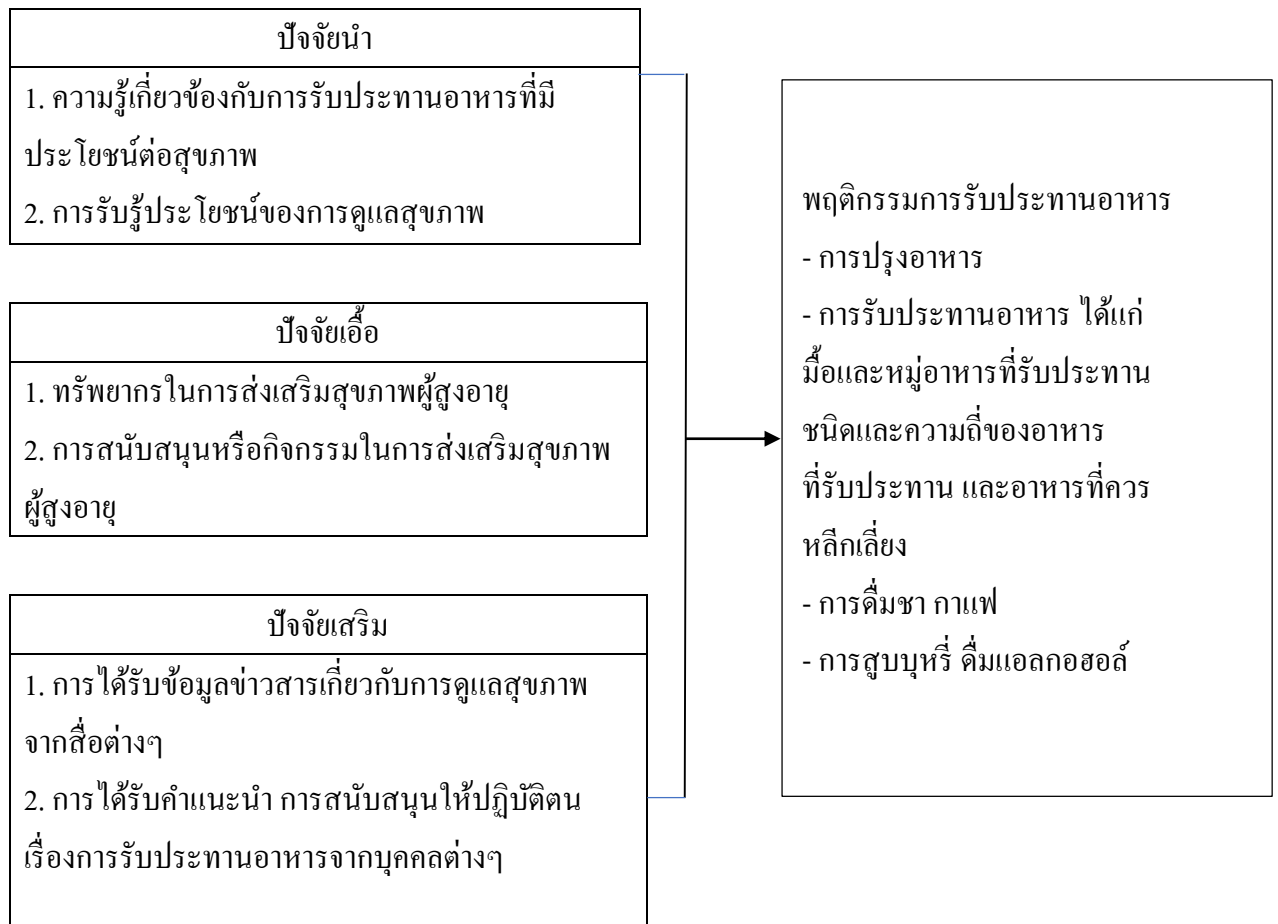


อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.298, p < 0.001$) ส่วนปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การมีทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ พงศธร ศิลาเงิน (2560)⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา พบว่าด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยเสริมในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเรื่อง การรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติในเรื่อง การรับประทานอาหารของวัยสูงอายุจากบุคคลต่างๆ การศึกษาของ กฤษดา พรหมสุวรรณ (2560)⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในปี 2564 ตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก มีประชากรทั้งตำบล 5,164 คน มีผู้สูงอายุ 1,437 คน คิดเป็นร้อยละ 27.82 มีผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.73 ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 1.39 ผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 96.86⁽³⁾ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน รับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้เป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง งานวิจัยนี้ มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ใช้เป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก ในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดประเด็นในการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นฐานความคิดและสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกำหนดประเด็นในการทบทวน ดังนี้ ความหมายและแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ทฤษฎี PRECEDE Framework



กรอบแนวคิดงานวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านนา จำนวน 285 คน โดยใช้ตารางเจี๊ยะและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) (อ้างอิงในเอกสารการสอน พงศ์เทพ จิระโร)⁽⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ชมรมผู้สูงอายุบ้านนาบ้านขึ้น และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านนา ชมรมละ 50 คน และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบ้านนา จำนวน 62 คน โดยจะมีการสุ่มแบบ accidental sampling โดยกำหนดว่าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านนา ที่สามารถตอบแบบสอบถามทาง google form ได้ ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน แต่ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 175 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าที่คำนวณได้ และเพื่อป้องกันการผิดพลาดของการเก็บแบบสอบถาม จึงเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็น 175 คน เพิ่มมา 13 คน คิดเป็นร้อยละ 8 (จิราภา ทรงสถาพรเจริญ, 2559)⁽⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน แบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนดัดแปลงจากแบบสอบถามของ วรณวิมล เมฆวิมล⁽¹⁰⁾ ที่ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม การศึกษา ทบทวนวิเคราะห์เอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ
2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การมีทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยเสริมในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เรื่องการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติตน เรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้หาคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ทุกข้อ หาคุณภาพด้านความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน โดยใช้แบบวัดความรู้ใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน คำนวณ



ค่าสถิติของคะแนนรายข้อ (ซึ่งให้คะแนนแบบ 1, 0) จากนั้นจึงคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) (พงศ์เทพ จิระโร)⁽⁸⁾ จากแบบประเมินในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง = 0.807

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่และค่าร้อยละ ใช้บรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้บรรยายคะแนน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครนายก โครงการวิจัยเลขที่ NPHO 2021-017 ลงวันที่ 20 มกราคม 2565

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.30 ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 61.70 สถานภาพคู่ ร้อยละ 56.60 พักอาศัยกับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 42.29 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 91.40 แหล่งที่มาของรายได้ พบว่า มีรายได้จากการประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.00 ส่วนการมีโรคประจำตัว พบว่า มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 61.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

รายการ	จำนวน (175)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	29.70
หญิง	123	70.30
อายุ		
60-69 ปี	108	61.70
70-79 ปี	46	26.30
80-89 ปี	19	10.90
90 ปีขึ้นไป	2	1.1



รายการ	จำนวน (175)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	27	15.40
คู่	99	56.60
หม้าย/หย่า/แยก	49	28.00
การพักอาศัยร่วมกับบุคคลต่างๆ		
คนเดียว	28	16.00
คู่สมรส	74	42.29
หลาน	26	14.86
บุตร	35	20.00
ญาติ	12	6.85
รายได้		
พอใช้	160	91.40
ไม่พอใช้	15	8.60
แหล่งที่มาของรายได้		
ประกอบอาชีพ	56	32.00
จากบุตรหลาน	30	17.15
เบี้ยดำรงชีพผู้สูงอายุ	43	24.57
ข้าราชการบำนาญ	44	25.14
อื่นๆ	2	1.14
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	67	38.30
มี	108	61.70

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.028 และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	0.166*	0.028
2. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	0.143	0.060

**p < 0.01, *p < 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบด้วย ทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	0.244**	0.001

**p < 0.01, *p < 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสริม ซึ่งประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เรื่องการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตน เรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.017 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ	0.180*	0.017

*p < 0.05



สรุปผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.028 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบด้วย ทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุน ให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.017

อภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณวิมล เมฆวิมล (2555)⁽¹⁰⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุพรรณิ พฤกษา (2559)⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับดี มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับไม่ดี 2.00 เท่า และการศึกษาของ วาสนา สิทธิกัน (2560)⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ได้แก่ (1) ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06-3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15-25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐปรัตน์ รักษ์ภาณุสิทธิ และคณะ (2561)⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากที่สุด และมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับดี ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผลการวิจัย พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้



เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.00 รองลงมามีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 35.40 และมีความรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 16 โดยแนวคิดของ Green, 1980 (อ้างถึงใน วรรณวิมล เมฆวิมล)⁽¹⁰⁾ กล่าวไว้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งจะเป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งได้จากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งอาจมีผลทั้งสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ก็จะสามารถปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ในงานวิจัยนี้ พบว่า มีปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 55.40 ซึ่ง Green and Kreuter, 1991 (อ้างถึงใน วรรณวิมล เมฆวิมล)⁽¹⁰⁾ ซึ่งปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น หรือขัดขวางพฤติกรรมนั้น ซึ่งทุกคนมีความเท่าเทียมกันในสิทธิที่จะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละชุมชน ในเขตตำบลบ้านนา มีตลาดที่มีอาหารที่ได้รับการตรวจสอบปนเปื้อนในทุกเดือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีตู้น้ำดื่มที่ได้มาตรฐาน ในชมรมผู้สูงอายุจะมีนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศธร ศิลาเงิน (2560)⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา พบว่า ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยเสริมในการส่งเสริมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านนา เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี จึงมีโอกาที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น ในอินเทอร์เน็ต ทางแอปพลิเคชันไลน์ จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากบุคคลที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นข้าราชการที่เกษียณแล้ว ต่างมีความหลากหลายอาชีพ และมีประสบการณ์ที่เคยผ่านมา ทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยน



เรียนรู้ในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และกิจกรรมในชมรมที่มีการแลกเปลี่ยน ผัก ผลไม้ปลอดสารพิษ ในทุกเดือน ในชมรมอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศธร ศิลาเงิน (2560)⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา พบว่า ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายวยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การดื่มยาคุมเหล่า ช่วยให้เจริญอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น หรือ ผู้สูงอายุ ควรดื่มกาแฟเป็นประจำทุกวัน
2. การส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากสื่อต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุปัจจุบันมีการใช้ แอปพลิเคชันไลน์หรือยูทูปหรือเฟสบุ๊ค ในการหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นส่วนใหญ่ ทางองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือสถานบริการด้านสุขภาพ ควรจัดทำสื่อให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ความรู้ และเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

เอกสารอ้างอิง

1. ปณิศา ลิ้มปะวัฒนะ. กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. พิมพ์ครั้งที่ ๑ หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ขอนแก่น; 2560.
2. กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.moph.go.th. [3 พฤศจิกายน 2564].
3. กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลบ้านนา. ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านนา; 2565.
4. สุพรรณิ พฤกษา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย; 2559.
5. นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.). วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.



6. พงศธร ศิลาเงิน .ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
7. กฤษดา พรหมสุวรรณ . ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2560.
8. พงศ์เทพ จิระโร. เอกสารประกอบการสอนวิชาวิจัยทางสุขภาพ. สำนักวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา; 2564.
9. จิราภา ทรงสถาพรเจริญ. ปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มการตัดสินใจเข้าร้านกาแฟสำหรับคนรักสุนัข (Dog Café) เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
10. วรรณวิมล เมฆวิมล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2555.
11. วาสนา สิทธิกัน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2560.
12. รุปรัตน์ รัชฎาณูสิทธิ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2561; 3: 170-178.



การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย

DEVELOPMENT OF COVID-19 PATIENT CARE MODLE IN CASE OF HOME ISOLATION KAMALASAI HOSPITAL

Received: December 05, 2022

Revised: March 23, 2023

Accepted: March 30, 2023

ธีระพันธ์ โตหนองแปน^{1*}

Teerapun Tonongpan^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาปัญหา การพัฒนาแบบ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาปัญหา 2) วางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหา 3) นำการแก้ไขสู่การปฏิบัติ 4) ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มเป้าหมาย 1) กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบทบทวนเวชระเบียน แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดความพึงพอใจ แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย 1) ทบทวนเวชระเบียน เพศหญิง ร้อยละ 54.76 อายุ 11-20 ปี มากที่สุด ใช้ ร้อยละ 41.81 ภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย ร้อยละ 96.76 ผู้ปฏิบัติงาน ขาดทักษะและความชำนาญงาน 2) การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วย ประสานเครือข่าย จัดรูปแบบการดูแล เตรียมทีมบุคลากร เอกสารประเมินผู้ป่วย ส่งมอบอุปกรณ์การแพทย์และยา 3) ผลการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.25$, S.D = 0.91) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.77$, S.D = 0.61) ความพึงพอใจของสหวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.61$, S.D = 0.84)

ข้อเสนอแนะ : จัดอัตรากำลังหน่วยงานอื่นมาช่วยการดูแล ควรทบทวนหน้าที่ให้ชัดเจน สถานที่คัดกรองเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ เน้นย้ำ การคัดกรอง เว้นระยะห่างทางสังคม

คำสำคัญ: การพัฒนา, ผู้ป่วยโควิด-19, กักตัวที่บ้าน

¹ กลุ่มงานทางการแพทย์ โรงพยาบาลกมลาไสย

medical work group Kamalasai Hospital

*Corresponding author E-mail: teerapun2@gmail.com



Abstract

The Action Research studies problem development and evaluation of COVID-19 home isolation, 4 phases: problem study, solution planning, practicing and evaluation. Targets are 1) COVID-19 patients 2) informants 3) participants Tools are medical record review, depression test, satisfaction test, Self-care behavior questionnaire, in-depth interview group discussion observation. Quantitative analysis uses descriptive statistics. Qualitative data uses content analysis.

Results 1) 54.76% women aged 11-20 years the most fever 41.81%, less depression 96.76%. 2) patient care model development, networking, patient care modeling, personnel preparation, patient evaluation documents, medical equipment, medicines delivery 3) The model development was very satisfied ($\bar{x} = 4.25$, S.D = 0.91), the self-care behavior ($\bar{x} = 4.77$, S.D = 0.61) and multidisciplinary satisfaction was the highest level ($\bar{x} = 4.61$, S.D = 0.84)

Suggestion : employing patient care agencies. Reviewing duties, screening ran missionary risk, emphasizing screening practices and distancing.

Keywords: development, COVID-19 patients, home isolation



บทนำ

โรคติดเชื้อโควิด-19 มีการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา เริ่มจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ การติดต่อผ่านทางไอ จาม สัมผัส โดยตรงกับสารคัดหลั่งของคนและสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558⁽¹⁾

สถานการณ์ของผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565 มีรายงานผู้ติดเชื้อทั่วโลกจำนวน 487,092,477 ราย รักษาหายแล้ว จำนวน 422,085,072 ราย เสียชีวิต จำนวน 6,162,356 ราย ประเทศไทย พบ ผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 1,404,912 ราย รักษาหาย จำนวน 1,187,953 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 25,130 ราย ผู้ป่วยปอดอักเสบรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 1,808 ราย นอนรักษาเฉลี่ยในจังหวัด จำนวน 23 ราย อัตราครองเตียง 29.5 เขตสุขภาพที่ 7 พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 80,424 ราย รักษาหาย จำนวน 55,720 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 175 ราย กำลังรักษาอยู่ จำนวน 24,529 ราย อาการรุนแรง จำนวน 41 ราย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 38,435 ราย รักษาหาย จำนวน 19,231 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 48 ราย กำลังรักษาอยู่ จำนวน 6,542 ราย จำนวนผู้นอนโรงพยาบาล จำนวน 612 ราย โรงพยาบาลสนาม จำนวน 510 ราย Home Isolation จำนวน 5,420 ราย⁽²⁾ อำเภอกมลาไสย พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 2,457 ราย รักษาหาย จำนวน 1,273 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 8 ราย ผู้ป่วยกำลังรักษาอยู่ จำนวน 1,176 ราย จำนวนผู้นอนโรงพยาบาล จำนวน 612 ราย โรงพยาบาลสนาม จำนวน 454 ราย Home Isolation จำนวน 420 ราย⁽³⁾ ปัญหาที่พบในการกักตัวที่บ้านก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 ทุกรายต้องเข้ารับการดูแลที่โรงพยาบาลเฝ้าระวัง 2 วัน ไม่พบเชื้อลงปอดส่งไปรักษาต่อที่บ้าน การระบาดเป็นเชื้อ Omicron มากขึ้น กรมควบคุมโรคให้ประเมินตามกลุ่มผู้ป่วย เช่น กลุ่มสีเขียว สีเหลือง สีแดง สืบเนื่องจากโรงพยาบาลกมลาไสยขาดแคลนอัตราากำลัง ไม่มีเตียงรองรับ ไม่มีทีมในการดูแลที่ชัดเจน ขาดการสื่อสารขั้นตอนการทำงานแบบมีส่วนร่วม

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้านปลายปี พ.ศ. 2564 พบ การระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์ Omicron อาการของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยโรงพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยการแยกกักตัวที่บ้าน มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ได้นำบทเรียน จากการระบาดในช่วงที่ผ่านมา เป็นแนวทางในการปรับปรุง ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อยส่วนใหญ่มักจะค่อยๆ ดีขึ้นจนหาย อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายสัปดาห์แรก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงควรสังเกตอาการตนเอง เมื่อไม่แน่ใจสามารถโทรศัพท์ปรึกษาหรือเข้าไปรับการตรวจที่โรงพยาบาล โดยติดต่อไปยังโรงพยาบาลก่อนเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป ผู้ป่วยโควิด-19 จะเริ่มแพร่เชื้อก่อนมีอาการประมาณ 2-3 วัน ไปจนถึงสิ้นสุดสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย นับจากวันที่เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อยหรืออาการดีขึ้นแล้ว อาจจะยังมีเชื้อไวรัสที่สามารถแพร่ ไปสู่ผู้อื่นทางน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยเป็นระยะเวลาประมาณ 10 วัน หลังจากเริ่มป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษา



ในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องแยกตัวขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วย หรือตรวจพบเชื้อ⁽¹⁾

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน ต้องเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่วินิจฉัยใหม่ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มสีเขียว มีบ้านหรือที่พักอาศัย ในช่วงที่ต้องแยกตัว พักอาศัยตลอดระยะเวลา กักตัวไม่ให้ออกจากบริเวณที่พัก มีผู้จัดหาอาหาร และของใช้จำเป็นให้ ผู้ป่วยวัดไข้ และวัดค่า ออกซิเจนในเลือดเช้า, เย็น เป็น ส่งการประเมินผู้ป่วยให้โรงพยาบาลทางไลน์⁽¹⁾

จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านการดูแลผู้ป่วย ให้สามารถเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เกิดความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน (HI) ทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้านขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาล กมลาไสย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพ แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ 4) การสืบค้นและ ประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การยกร่างแนวปฏิบัติการ และ 6) การตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติการ ร่วมกับการประยุกต์ชุดข้อเสนอแนะในการจัดการ และการทบทวน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโควิด-19⁽⁹⁾

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระยะที่ 3 ระยะการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ไปปฏิบัติ ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ประชากรที่ใช้ในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ในช่วงเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 420 คน หลังจากนั้น คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ บุญชม ศรีสะอาด $n = P(1-P)/e^2/Z^2 + (P1-P)/N$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 239 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 251 คน

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระยะที่ 2 เพื่อการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ อปท.เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน จำนวน 30 คนโดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

3. กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณี กักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลกมลาไสย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 30 คน

4. กลุ่มเป้าหมายในการทดลองปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 กักตัวที่บ้าน ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2565 ที่ได้จากคำนวณกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย กลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 กักตัวที่บ้าน โดยการทบทวนจากเวชระเบียน ในช่วงเดือนมกราคม ถึง 15 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 420 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการกำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่างของ บุญชม ศรีสะอาด $n = P(1-P)/e^2/Z^2 + (P1-P)/N$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 239 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 251 คน

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ อปท.เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน จำนวน 30 คนโดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

3. กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณี กักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย สาธารณสุข อำเภอ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลกมลาไสย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 30 คน



4. กลุ่มเป้าหมายในการทดลองปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 กักตัวที่บ้าน ในช่วง 16 กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2565 จำนวน 120 คน เลือกแบบจำเพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 8 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการพบทบทวนเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁰⁾

3. แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลความหมายของผลค่าเฉลี่ย โดยคำนวณช่วงห่างของคะแนน และใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายผลค่าเฉลี่ย ของบุญชม ศรีสะอาด⁽⁴⁾ ตั้งแต่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ในการตัดสิน เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลความหมายของผลค่าเฉลี่ย โดยคำนวณช่วงห่างของคะแนน และใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายผลค่าเฉลี่ย ของบุญชม ศรีสะอาด⁽⁴⁾ ตั้งแต่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ในการตัดสิน เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลความหมายของผลค่าเฉลี่ย โดยคำนวณช่วงห่างของคะแนน และใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายผลค่าเฉลี่ย ของบุญชม ศรีสะอาด⁽⁴⁾ ตั้งแต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ในการตัดสิน เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51- 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51- 4.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51- 3.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51- 2.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00- 1.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้อยที่สุด



6. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักในเรื่อง ความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ ความเหมาะสมของงบประมาณ การบริหารจัดการโครงการ กระบวนการจัดทำแผนดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน

7. แบบสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย

8. แบบสังเกตเป็นการสังเกตการณ์ โดยผู้วิจัยสังเกตและร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาสร้างเครื่องมือในการทบทวนเวชระเบียน แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน แบบสอบถามความพึงพอใจของสหวิชาชีพ แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน ที่สร้างขึ้นได้เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเข้าใจและการใช้ภาษา เพื่อความถูกต้องเหมาะสม จำนวน 3 ท่าน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาทำได้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.6-1 และนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำแบบทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง อำเภอม้องชัย จำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน แบบสอบถามความพึงพอใจของสหวิชาชีพ แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน หาค่าความเที่ยงใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81, 0.84, 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูล โดยหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง โดยตรวจแบบสอบถามแล้วซึ่งใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่ 23 กันยายน 2565 เลขที่จริยธรรมวิจัย KLSREC41/2565 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง



ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหา ได้ผลการศึกษาดังนี้

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน ที่ดำเนินการเข้ากักตัวที่บ้านในช่วงเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 251 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.76 อายุมากที่สุดคือ 11-20 ปี ร้อยละ 23.81 ไข้ ร้อยละ 41.81 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 96.76

1.2 จากการสนทนากลุ่ม แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักโภชนาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข. พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้ ด้านการบริหารอัตรากำลัง ทีมบริหารให้แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด มาช่วยปฏิบัติหน้าที่ ช่วยจัดคิวเข้ารับการรักษาเชื้อโควิด-19 (SWAB PCR) ทันตแพทย์ช่วยเก็บตัวอย่างเชื้อโควิด-19 (SWAB PCR) เจ้าหน้าที่ยังขาดทักษะ และความชำนาญงานในการปฏิบัติ โดยเฉพาะด้านการคัดกรองผู้ป่วยในระยะแรกงานอุบัติเหตุเป็นที่เลี้ยงในการดูแล อีกทั้งการสื่อสารกับผู้ป่วยยากลำบาก เพราะเสี่ยงในการติดเชื้อมกับผู้ป่วย ในส่วนระบบการจัดส่งอาหารให้แก่ผู้ป่วย การส่งอาหารไม่ทันเวลา และการเบิกจ่ายงบประมาณการทำอาหารให้แก่ผู้ป่วยล่าช้า จึงทำให้ผู้ป่วยต้องประกอบอาหารเอง อีกทั้งการจัดมาตรฐานการกักตัวของผู้ป่วยยังไม่ดีพอ

1.3 การสังเกตการปฏิบัติของแพทย์ ทีม SRRT พยาบาล พบปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ด้านบุคลากร ขาดทักษะในการคัดกรอง มีรูปแบบการให้บริการที่ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะการประสานงานกับหน่วยงานอื่นหรือภาคีเครือข่าย อีกทั้งบทบาทหน้าที่ของบุคลากรยังไม่ชัดเจน เพราะไม่มีคู่มือในการปฏิบัติงานจริง ทำให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานเกิดปัญหาขึ้น อีกทั้งปัญหาในการใช้คอมพิวเตอร์ และ โปรแกรมซึ่งมีหลายขั้นตอนทำให้เกิดการส่งข้อมูลล่าช้า และผิดพลาดได้

2. ผลดำเนินวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย ได้นำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเน้นในประเด็นของการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพเครือข่ายคนในชุมชน การมีเครือข่ายร่วมกันสร้างความตระหนักในชุมชนให้มีความเข้มแข็งในชุมชน ออกแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย ต้องประกอบด้วย (1) แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโควิดที่แยกกักตัวที่บ้าน (2) เกณฑ์ในการนำส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล (3) แนวทางการติดตามรักษา (4) การจัดการขยะติดเชื้อช่วงแยกกักตัวที่บ้าน (5) การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ (6) จัดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ชุมชน (7) จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโควิดที่แยกกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย



3. ผลนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย ไปสู่การปฏิบัติการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย ไปสู่การปฏิบัติ มีดังนี้

3.1 การจัดเตรียมทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โดย (1) จัดตั้ง ทีมดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว 4 คน แพทย์อายุรกรรม 2 คน แพทย์กุมารเวชกรรม 1 คน พยาบาล (หัวหน้าทีม) 1 คน ทีมประเมินผู้ป่วย ทีมพยาบาลดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ทีมเภสัชกร และทีมเทคโนโลยีและสารสนเทศ จัดทีม พร้อมให้บริการเมื่อเรียกหา (on call) (2) จัดเตรียมเอกสารในการประเมินผู้ป่วย การติดตาม ผู้ป่วยรายวัน การประเมินความเครียด แบบฟอร์มสัญญาณชีพ และแบบฟอร์มสรุปการรักษา (3) เตรียมระบบสื่อสารกับผู้ป่วย เช่น การใช้ระบบ Telemedicine (4) จัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ โดยจัดมอบภายใน 24 ชั่วโมง ระบบจัดส่งยา และจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย (5) เตรียมทีมสรุป เวชระเบียนของผู้ป่วยโควิด-19 (6) การจัดระบบออกรหัสลง Authen (7) การจัดเตรียมข้อมูลการดูแล ตนเองของผู้ป่วย และวิธีการใช้อุปกรณ์การแพทย์

3.2 การจัดขั้นตอนการรับผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน กรณีมาตรวจคัดกรองที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (1) งานควบคุมโรคระดับอำเภอ แจ้งรายชื่อ ผู้ป่วย ผ่านศูนย์ปฏิบัติการเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (2) เจ้าหน้าที่และบุคลากรในพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินความพร้อมของบ้านที่จะกักตัว (3) แพทย์ และหรือพยาบาล Case manager ลงทะเบียนผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลกมลาไสย (4) ประเมินและติดตามอาการ และ สัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบ Telemedicine ตามแนวปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโควิดที่แยกกักตัวที่บ้าน ของโรงพยาบาลกมลาไสยสร้างขึ้น (5) จัดส่งมอบอุปกรณ์การแพทย์ ยาที่เป็น รับผิดชอบที่ศูนย์การกักตัว ที่บ้าน (HI) ภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนอาหารให้กับผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็น หน่วยงานที่จัดหาอาหารส่งมอบ 3 มื้อ พร้อมทั้งให้เฝ้าระวังอาการผู้ป่วย (6) เมื่อครบกำหนด 10 วัน จำหน่ายจากระบบ สรุปเวชระเบียน Coding และเรียกเก็บตามระบบ

3.3 การจัดขั้นตอนการรับผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน กรณีมาตรวจคัดกรองใน โรงพยาบาลกมลาไสย โดยมีขั้นตอนดังนี้ (1) ให้ดำเนินการติดต่อกลับผู้ป่วยให้เร็วที่สุดภายใน 6 ชั่วโมง ถ้ามารับบริการที่โรงพยาบาล จะถูกคัดแยกมาคลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (ARI clinic) เวลา 08.30-16.30 น.คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (ARI clinic) ประสาน ทีมสหวิชาชีพให้จัดเตรียม ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยส่งมอบ ถ้าเป็นกรณีรับข้อมูล ผู้ป่วยติดเชื้อ จาก รพ.สต จะรวบรวมทีมงานควบคุมโรค (ทีมSRRT) พยาบาลศูนย์รับข้อมูลส่งให้ พยาบาลศูนย์การกักตัวที่บ้าน พร้อมแจ้งรายละเอียดแก่ผู้ป่วย และประสานทีมสหวิชาชีพให้จัดเตรียม ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ (2) ประเมินความเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อตามดุลยพินิจของแพทย์ และ



พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager) (3) ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์แยกกักตัวที่บ้าน (4) จัดระบบรับ ส่ง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (กลุ่ม 608) เข้ารับการเอกซเรย์ปอด (5) แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ (6) ส่งมอบคู่มือการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวที่บ้าน ผ่านระบบออนไลน์ และมอบให้เป็นเอกสารให้ผู้ป่วยหรือญาติ (7) ติดตามและประเมินอาการผู้ติดเชื้ออย่างน้อยวันละครั้ง หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ (8) เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการมากขึ้นให้มีระบบนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล (9) ติดตามอาการของผู้ป่วย แพทย์พิจารณาให้การรักษตามความเหมาะสม ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19

4. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย มีผลดังนี้

4.1 ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจในการให้บริการระดับมาก ($\bar{x} = 4.25$, S.D = 0.91)

4.2 ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.77$, S.D = 0.61)

4.3 ผลการศึกษาความพึงพอใจของสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย พบว่า สหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการให้บริการระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.61$, S.D = 0.84)

4.4 ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการ กับผู้บริหาร หลังจากดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่า เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เนื่องจาก ขาดอัตรากำลัง และ สถานที่

4.5 ผลการสนทนากลุ่ม ของสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย ให้ความคิดเห็นว่า เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการจัดการโรคโควิด-19 เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยเพิ่มมาอย่างรวดเร็ว แต่ความรุนแรงน้อย ด้านการดูแลผู้ป่วยต้องใช้การสื่อสารทางไลน์ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถสื่อสารการดูแลได้ และการลงข้อมูล การดูแลรักษาในโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านหรือชุมชน (โปรแกรม A-MED)

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย เกิดขึ้นโดยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคประชาสังคม โดยเน้นผู้ป่วยโควิด-19 เป็นศูนย์กลาง ได้มีการนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเข้ามาใช้ในการแก้ไขปัญหา จนเกิดเป็น KAMALASAI Home Isolation ดังนี้ knowledge (K) คือ ผู้ให้บริการ



ต้องมีความรู้ในการดูแล และผู้ป่วยต้องมีความรู้ในการปฏิบัติตัว Attitude (A) คือ ผู้ให้บริการต้องมีทัศนคติที่ดีในการดูแล และผู้ป่วยต้องมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตัวเอง Management (M) คือ การจัดการบริหารที่มีประสิทธิภาพ และมีเครือข่าย Learn More (L) คือ มีการใช้ข้อมูลร่วมกัน Aid (A) คือ ความเอื้ออาทร Service (S) คือ การให้บริการที่ดี Assess (A) คือ การติดตามและประเมิน Immediately (I) คือ ให้การดูแลจะต้องมีความรวดเร็ว

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ ด้านการบริหารอัตรากำลัง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ จะเห็นได้ว่า การจัดอัตรากำลังในหน่วยงานอื่นที่ลงมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แต่ยังขาดการประสานในวิธีการทำงาน การทบทวนบทบาทหน้าที่แต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน และการประเมินความสามารถของเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคลในการใช้ระบบการติดต่อสื่อสารโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ การเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ด้านสถานที่คัดกรองผู้ป่วยโควิด-19 ยังไม่มีความเหมาะสมจากการปรับปรุงใหม่ การเข้าถึงบริการที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อความสามารถในการควบคุมการทำกิจวัตรของผู้ป่วย เช่น การเข้าห้องน้ำ การเดินไปที่สาธารณะ เป็นต้น สอดคล้องกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา⁽⁵⁾ พบว่า มีปัญหาในการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติที่พบบ่อยมาก การร่วมการทำงานกับหน่วยอื่น มีการแยกกันทำงานอย่างชัดเจน แต่ขาดการประสานงานของทีมงานและการใช้ข้อมูลร่วมกัน ต้องปรับตัวเข้าหากันทั้งวิธีการทำงานแนวปฏิบัติ และกรอบการทำงาน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กรณีกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย พัฒนารูปแบบการดูแลเกิดการเรียนรู้ เป็น KAMALASAI Home Isolation ดังนี้ knowledge (K) คือ ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ในการดูแล และผู้ป่วยต้องมีความรู้ในการปฏิบัติตัว Attitude (A) คือ ผู้ให้บริการต้องมีทัศนคติที่ดีในการดูแล และผู้ป่วยต้องมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตัวเอง Management (M) คือ การจัดการบริหารที่มีประสิทธิภาพ และมีเครือข่าย Learn More (L) คือ มีการใช้ข้อมูลร่วมกัน Aid (A) คือ ความเอื้ออาทร Service (S) คือ การให้บริการที่ดี Assess (A) คือ การติดตามและประเมิน Immediately (I) คือ ให้การดูแลจะต้องมีความรวดเร็ว รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโควิดที่แยกกักตัวที่บ้าน เกณฑ์ในการนำส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล แนวทางการติดตามรักษา การจัดการขยะติดเชื้อช่วงแยกกักตัวที่บ้าน การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์จัดประสาธัมพันธ์และให้ความรู้แก่ชุมชน จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโควิดที่แยกกักตัวที่บ้าน



โรงพยาบาลกมลาไสย โดยการใช้ระบบ Telemedicine ในการประเมินอาการ และรายงานผล มีการเฝ้าติดตามในโปรแกรม A-med และโปรแกรม HOSxP และจัดทีม on call ทั้งแพทย์และพยาบาล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ได้กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน สอดคล้องกับประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก⁽⁶⁾ จะต้องมีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยให้เข้าถึงการบริการที่รวดเร็ว มีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ความสม่ำเสมอในการให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตัวเองที่บ้าน การได้รับอุปกรณ์และยาตามมาตรฐาน มีการติดตามอาการของผู้ป่วยแบบ Telehealth จนจำหน่าย และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย⁽⁴⁾ โดยใช้ HOME model ประกอบด้วย H: Hold hands (ความร่วมมือ) Hotel (ที่พัก) O: Organizations & Occupancy (ความร่วมมือระหว่างองค์กรและการเข้าพักอาศัย) M: Manager & Manpower (ผู้จัดการระบบและกำลังคน) E: Electronic VPN E: Environment (การจัดการขยะติดเชื้อ)

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย พบว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 96.76 ความพึงพอใจในการให้บริการระดับมาก ($\bar{x} = 4.25$, S.D = 0.91) ระบบการดูแลต้องมีการจัดหาอาหารให้ รพ.สต. และหน่วยปฐมภูมิจัดหาได้ ซึ่งมีจัดหาได้ในระยะแรก แต่เนื่องจากขาดงบประมาณสำรองจ่าย จึงปรับเปลี่ยนเป็นญาติจัดหาแทน ซึ่งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง ตามความรุนแรงของอาการ การดูแลด้านจิตใจ จิตสังคม การให้คำแนะนำเรื่องช่องทาง การติดต่อสื่อสารเมื่อต้องการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การใช้อุปกรณ์ การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การจัดการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾ มีการดูแลที่เป็นระบบ สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพที่เกิดจากการบริการ/การดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 กรณีการกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลกมลาไสย พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจในการให้บริการระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.61$, S.D = 0.84) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ได้รับคำแนะนำความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการบริหารจัดการระบบสุขภาพที่มีความพร้อม มีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม มีการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโควิด จะส่งผลให้บุคลากรมีความตื่นตัวในการบริการผู้ป่วย⁽⁸⁾ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารของโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่า เป็นรูปแบบที่เหมาะสม ลดอัตราค่าส่งและสถานที่ การสื่อสารทางไลน์และการลงโปรแกรม A-MED มีความสะดวกและรวดเร็ว



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การบริหารอัตรากำลังของโรงพยาบาลกมลาไสย ได้จัดอัตรากำลังในหน่วยงานอื่นลงมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แต่ยังคงขาดการประสานในเรื่องของทีมทำงาน การทบทวนบทบาทหน้าที่ และการประเมินความสามารถของเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคลในการใช้ระบบการติดต่อสื่อสาร โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พร้อมทั้งการเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย จึงทบทวนบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนและสื่อสารในผู้ร่วมงานก่อนที่จะปฏิบัติงาน กรณีขออัตรากำลังทดแทน สถานที่ในการคัดกรองผู้ป่วยโควิด-19 ยังไม่มีความเหมาะสมจากด้านสถานที่ต้องปรับปรุงใหม่ การเข้าถึงบริการที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อความสามารถการควบคุมการทำกิจวัตรของผู้ป่วย การเข้ามารับการคัดกรองกรณีส่งต่อให้ รพสต.หรือหน่วยปฐมภูมิแจ้งผู้มารับบริการถึงข้อปฏิบัติในการคัดกรอง และเน้นย้ำ การเว้นระยะห่างทางสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาถม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ทำวิจัย และทีมสหวิชาชีพที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลงานวิจัย ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์.กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข .แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อ 2565;1-16.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยผู้ป่วยโควิด-19. โปรแกรม ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/2565; 31 มีค. 2565.
3. โรงพยาบาลกมลาไสย. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19. โปรแกรมHos-xpโรงพยาบาลกมลาไสย 2565; 31 มีค. 2565.
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น . กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
5. ธัญพร จรุงจิตร ประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolationโรงพยาบาลวังเจ้า.วารสารสาธารณสุขจังหวัดตาก 2565; 2(2) :11-12.
6. อรรถจักร มเกียรติสกุล. ผลของรูปแบบการดำเนินงานสถานที่กักกันตัวที่บ้านแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2565;36(1):79-97.



7. วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส จิตติมา หมอทรัพย์และคณะ. แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2564;27(4):132-144.
8. จิรพร อัสวีศรุต เขียวลักษณ์ เมณฑกานวนวงษ์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการบริหารทางการพยาบาล ต่อสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร 2565;24 (1):35-44.
9. The Australian Immunizations Handbook, 6th Edition. National Health and Medical Research Council 1997;127-131.
10. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรุงเทพฯ. 2563.



รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

A MODEL OF PARTICIPATION HEALTH PUBLIC POLICY DEVELOPMENT OF LONG TERM CARE FUND FOR THE ELDERLY IN E-SAN COMMUNITY BY COMMUNITY PARTICIPATION

Received: October 04, 2022

Revised: April 08, 2023

Accepted: April 12, 2023

ศิริภาณี ศรีหาคำ¹, ธารา รัตนอำนวยศิริ², นวลละออง ทองโคตร¹,
รุ่งทิพย์ พรหมบุตร¹, สรัญญา เปล่งกระโทก¹, วิทยา วาโย¹, ศรีสุดา ลุนพุด^{1*}
Siranee Sihapark¹, Thara Rattana-amnuaysiri², Nuanlaoong Thongkote¹,
Rongtip Phromboot¹, Saranya Plengkrateke¹, Wittaya Wayo¹, Srisuda Lunput^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากผู้สูงอายุ จำนวน 770 คน และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 264 คน ระยะเวลาเดือน เมษายน 2560-มีนาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ประเด็น และแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Mc NeMar Test

ผลการศึกษา พบว่า 1) ข้อจำกัดการเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่นโยบายสาธารณะ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการพัฒนาประเด็นนโยบาย การตัดสินใจ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 3) การขับเคลื่อนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสู่การปฏิบัติและทำให้การบริหารจัดการกองทุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการระบบการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น

Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen

² โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

At Samat Hospital, Roi Et Province

*Corresponding author E-mail: Ju.suda@gmail.com



การขับเคลื่อนนโยบายกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การเป็นนโยบายสาธารณะจะทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยในอนาคต

คำสำคัญ: นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ, การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This Research and Development research focused on developing the model of Participation Health Public Policy for the Elderly Care Fund in the community at Northeastern of Thailand by community participation process. Data were collected by using both qualitative and quantitative methods including survey, observation, in-depth interview, focus group discussion, and documentation reviews. The participants consisted of 770 elders and 264 involved people. Data were collected from April, 2017 to March, 2018 and were analyzed by using content analysis, percentage distribution, mean, and McNemar Test.

The study found that: 1) the limitation of readiness for local government was access to long-term care services for the elderly in the community. 2) The process of driving long-term care policy into public policy to create community participation consisted : the development of public policy issues, decision-making and mobilization of public policy, and implementation evaluation of public policy. And, 3) this enabled the long-term care fund to be implemented that was increasing fund management significantly ($p\text{-value} < 0.001$), and encouraged the elders with dependency be accessed to long-term care services increased significantly ($p\text{-value} < 0.001$).

Health Public Policy of the long-term care for the elderly is a social movement for the cooperation of network partners, to drive important government policies that lead to the development of long-term care for the community dweller elders for sustainable in the future.

Keyword: Participation Health Public Policy, Long Term Care, Community Participation



บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบ ผลการสำรวจ พ.ศ. 2564 พบประชากรสูงอายุ ร้อยละ 19.3 โดยเป็นผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 13.3 ทำให้การกระจายตัวของประชากรไทย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.7 ในปีพ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 30.5 ในปีพ.ศ.2564⁽¹⁾ และคาดคะเนว่าประเทศไทยจะ เข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด ปี พ.ศ.2574⁽²⁾ ในขณะที่พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.7 มีภาวะที่ต้องพึ่งพิง ในกิจวัตรพื้นฐาน ร้อยละ 8.1 มีภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 53.2 ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.1 โรคเบาหวาน และ ร้อยละ 4.6 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด⁽³⁾ ซึ่งโรค เรื้อรังดังกล่าว เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และ นำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาว⁽⁴⁾

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงเป็นนโยบายที่สำคัญ เพื่อรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ภายใต้ความร่วมมือของ สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคม องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ในการขับเคลื่อนการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวในชุมชน⁽⁵⁾ โดยเฉพาะพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีรายได้ต่ำสุด รายได้ไม่เพียงพอ มากที่สุด มีประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุดของประเทศไทย^(1,3) ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตร พื้นฐานมากเป็นอันดับสองของประเทศ⁽³⁾ โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 7 เป็นพื้นที่เข้าสู่สังคมสูงวัย อย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2563 ก่อนพื้นที่อื่นของภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือตะวันออกเฉียงเหนือ⁽²⁾ แนวโน้มขนาดปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้นตามประชากรผู้สูงอายุ การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติในชุมชน จึงมีความจำเป็นสำหรับ สังคมไทยในอนาคต

การศึกษากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจของชุมชน จะนำไปสู่การขับเคลื่อน ทางนโยบายและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณสุขที่มีความสำคัญ และจำเป็นต่อ การรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยสู่การเป็นนโยบายสาธารณะ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบ สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และสร้างความเข้มแข็งของหลักประกันการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และจะนำไปสู่การจัดชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่ทำให้ ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการสนับสนุนการดูแล และชุมชนเกิดการเรียนรู้การจัดการปัญหา การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างยั่งยืนต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (Participation Health Public Policy) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเป็นการทำงานร่วมกันของ ทีมนักวิจัยกลาง ทีมผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบาย ในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2560-31 มีนาคม พ.ศ.2561

การคัดเลือกพื้นที่วิจัย

พื้นที่วิจัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด มีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ ดังนี้ 1) สุ่มอำเภอตามขนาดของจังหวัด จำนวน 2-3 อำเภอต่อจังหวัด 2) พื้นที่วิจัยเป็นตำบลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3) สุ่มพื้นที่วิจัย จำนวน 2-3 ตำบลต่ออำเภอ ซึ่งพื้นที่วิจัย ได้แก่ เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 5 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 8 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มีเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง โดยใช้เครื่องมือ Barthel index มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนระบบการดูแลระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ที่มิประสพการณ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงในการสนับสนุน หรือ ดำเนินกิจกรรมบริหารจัดการกองทุนหรือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เลือกโดยวิธี Snowball Sampling จากบุคคลที่ลูกกล่าวถึง และให้มีความหลากหลายครอบคลุมหลายกลุ่ม ได้แก่



1. ผู้นำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระสงฆ์บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เป็นต้น

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยอื่นๆ ในพื้นที่ ได้แก่ การศึกษานอกโรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **แนวทางการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม** เป็นการศึกษาประสบการณ์การทำงานบทบาทหน้าที่ในระบบการดูแลผู้สูงอายุของ ผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำในชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยวิธี การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้จากการดัดแปลงเครื่องมือจากการศึกษาวิจัยเรื่อง ภาระและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย⁽⁶⁾

2. **เครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน** ใช้เครื่องมือประเมิน Spidergram ซึ่งประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความต้องการ (Needs assessment) ภาวะผู้นำ (Leadership) การจัดองค์กร (Organization) การระดมทรัพยากร (Resource mobilization) การบริหารจัดการ (Management) โดยคะแนนประเมินแคบสุดตั้งแต่ 1 คะแนน กว้างที่สุดสุด 3 คะแนน^(7, 8)

3. **เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน** ใช้เครื่องมือ The Barthel index⁽⁹⁾ ประกอบด้วย การประเมิน 10 กิจกรรม เครื่องมือได้รับการแปลเป็นภาษาไทย⁽¹⁰⁾ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินภาวะทุพพลภาพรุนแรง คือเท่ากับหรือน้อยกว่า 12 คะแนน^(11, 12)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ มีการควบคุมคุณภาพดังนี้ 1) การควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย โดยทีมนักวิจัยหลัก 4 ท่าน ผ่านการฝึกเทคนิคการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ 2) การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลการวิจัย ได้แก่ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า การสรุปบทวนการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย (Participant debriefing) และการตรวจสอบการยืนยันได้ของข้อมูล (Confirm ability)

เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน เป็นเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และผ่านการทดลองในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าใช้ระยะเวลาในเฉลี่ย 8 นาที ผู้สูงอายุสามารถตอบได้ไม่ยาก และมีค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.8458⁽⁴⁾ ส่วนผู้เก็บ



รวบรวมข้อมูลเป็นผู้จัดการดูแลในพื้นที่ซึ่งมีความคุ้นเคยกับเครื่องมือเป็นอย่างดี และ ทุกคนผ่าน
การอบรมการก่อนการใช้เครื่องมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม
และศึกษาเอกสาร จะถูกนำมาวิเคราะห์โดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การตีความ
(Interpretation) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) ตามลำดับขั้นของข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ภาวะพึ่งพาประชาชนผู้สูงอายุ
การบริหารจัดการกองทุน ถูกวิเคราะห์และนำเสนอผลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ตามระดับการวัดตัวแปร
ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การประเมินผลลัพธ์นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ การบริหาร
จัดการกองทุน การเข้าถึงระบบบริการดูแลระยะยาว และ ระดับการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ และนำเสนอ
ผลด้วยสถิติตามระดับการวัดตัวแปร ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
McNemar Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE601089

ผลการวิจัย

1. ข้อจำกัดการเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการบริหารจัดการ
กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่า
ก่อนดำเนินการวิจัย พื้นที่วิจัยทั้งหมด 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงที่สมัครเข้ารับบริการดูแลระยะยาวจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปีงบประมาณ 2559
และ 2560 มีจำนวน 982 คน โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหากลืน
การรับประทานอาหารไม่มีภาวะสับสน มากที่สุดร้อยละ 73.73 รองมาคือ กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะ
สับสน และอาจมีปัญหากลืนการรับประทานอาหาร ร้อยละ 12.93 กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ แต่ไม่มีปัญหา
การกิน ร้อยละ 8.96 และกลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย
ของชีวิต ร้อยละ 4.38 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนวิจัย

จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด (คน)	ประเภทผู้สูงอายุ			
		กลุ่ม 1 คน (ร้อยละ)	กลุ่ม 2 คน (ร้อยละ)	กลุ่ม 3 คน (ร้อยละ)	กลุ่ม 4 คน (ร้อยละ)
จังหวัดที่ 1	460	373 (51.52)	38 (29.92)	36 (40.91)	14 (32.56)
จังหวัดที่ 2	257	199 (27.49)	27 (21.26)	22 (25.00)	9 (20.93)
จังหวัดที่ 3	103	54 (7.46)	31 (24.41)	13 (14.77)	5 (11.63)
จังหวัดที่ 4	162	98 (13.54)	31 (24.41)	17 (19.32)	15 (34.88)
รวมทั้งหมด	982	724 (73.73)	127(12.93)	88 (8.96)	43 (4.38)

อย่างไรก็ตาม พบว่า กองทุนดูแลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ “กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ทั้งหมด 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เข้าร่วมมีเพียงจำนวน 3 แห่งเท่านั้นที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณและทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลระยะยาว (ตารางที่ 2) ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม พบว่า การเตรียมความพร้อมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอ และระเบียบปฏิบัติการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานไม่มั่นใจในการปฏิบัติ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณ ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กมีข้อจำกัดด้านบุคลากรต้องอาศัยผู้จัดการดูแลของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ช่วยบริหารจัดการกองทุน

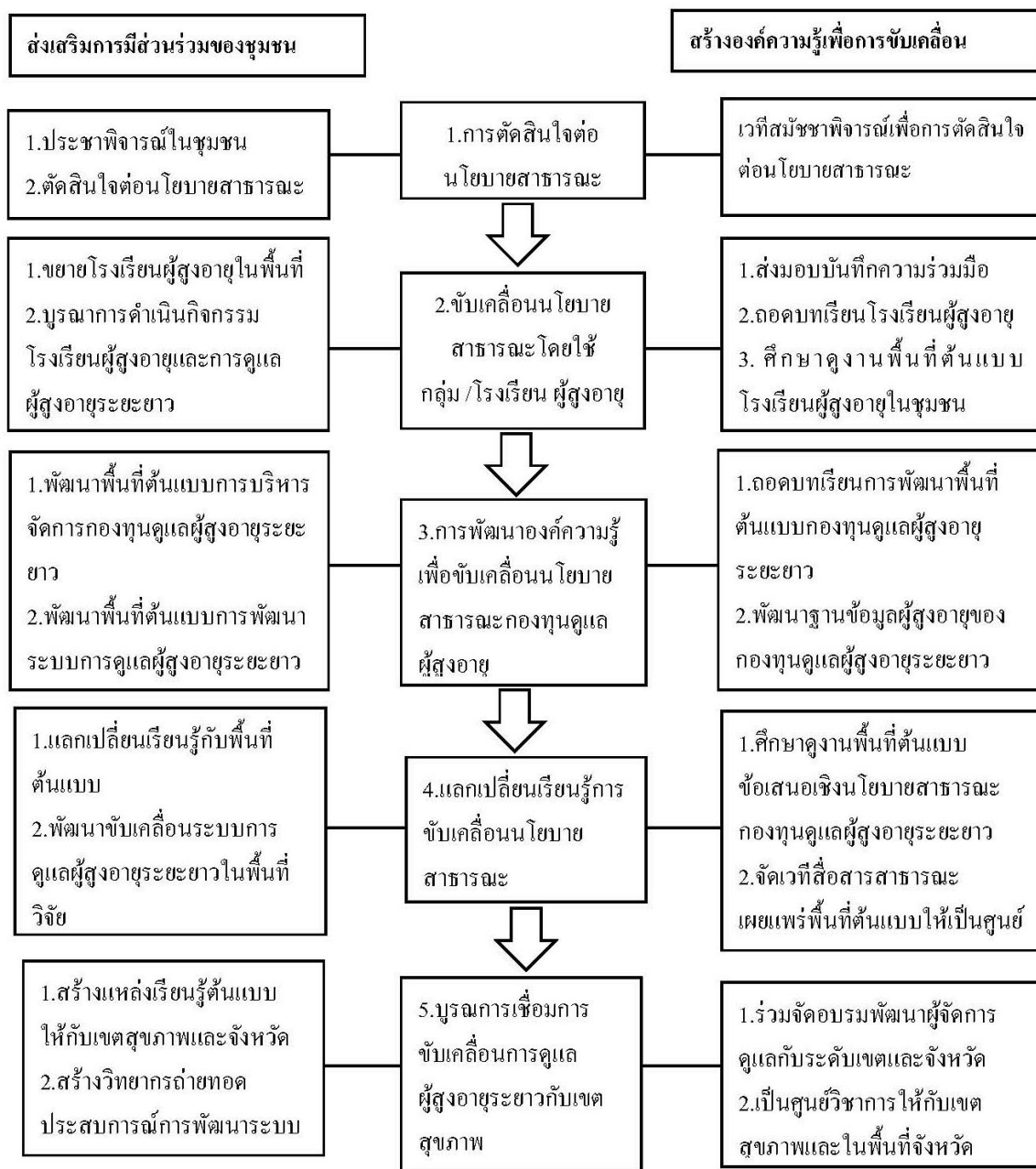
“เราสมัครเข้าร่วมปี 60 หนูไปอบรมผู้จัดการดูแลมา เราอบรมผู้ดูแลแล้ว การเขียน Care Plan อบรมมาแล้วยังเขียนไม่ได้ เขียนไม่เป็น ต้องไปเรียนรู้ใหม่ ทำงานมาแล้วแต่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้ เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ อบรม. ไม่มั่นใจ ไม่กล้าเบิกจ่าย ซึ่งหนูก็เข้าใจ เพราะมันเป็นเรื่องใหม่ระเบียบไม่ชัดเจน” IDI-OS-Lead2-วันที่ 6 มิถุนายน 2560

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัย

จังหวัด	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น จำนวน (แห่ง)	การเบิกจ่ายงบประมาณ	
		สามารถเบิกจ่ายได้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ จำนวน (ร้อยละ)
จังหวัดที่ 1	6	2 (13.33)	4 (26.67)
จังหวัดที่ 2	3	1 (6.67)	2 (13.33)
จังหวัดที่ 3	4	0 (0.00)	4 (26.67)
จังหวัดที่ 4	2	0 (0.00)	2 (13.33)
รวมทั้งหมด	15	3 (20.00)	12 (80.00)



2. การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และ ผู้จัดการดูแล พบว่า กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติในพื้นที่จริง ประกอบด้วย กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างองค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว



จากการประเมินการมีส่วนร่วมด้วยตนเอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยทั้งหมด 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนทั้งหมด 264 คน พบว่า ก่อนเข้าร่วมการวิจัย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินนโยบายกองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวทุกองค์ประกอบอยู่ในวงจำกัดเฉพาะผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีคะแนนอยู่ในระหว่าง 1.53-2.21 คะแนน หลังสิ้นสุดกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 6 เดือน การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ขยายวงกว้างในทุกมิติขององค์ประกอบ และมีภาคีเครือข่ายร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพิ่มมากขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.53-3.00 คะแนน โดยเฉพาะคะแนนการจัดองค์กรและการบริหารจัดการเพิ่มสูงขึ้น รายละเอียดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังตารางต่อไปนี้

“...ในระยะแรกมีความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณ เนื่องจากยังขาดความเข้าใจ ไม่แน่ใจเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายเงิน หลังจากที่ผู้รับผิดชอบงานการเงินของ อบต. ได้ร่วมศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน LTC ของเทศบาล...จึงทำให้มีความเข้าใจในแนวทางการเบิกจ่ายเงินมากขึ้น ดังนั้น อบต...จึงสามารถเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้ CG และบุคลากรสาธารณสุขได้ในเดือนสิงหาคม 2560 ส่วนเทศบาล...มีการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทน CG และบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 และในปัจจุบันกองทุน LTC ทั้ง 2 แห่งมีการเบิกจ่ายเป็นปัจจุบัน” IDI-OS-CM-6 มิถุนายน 2560

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการวิจัย

ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วม	ระยะเริ่มต้นโครงการ		หลังสิ้นสุดโครงการ	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. การประเมินความต้องการ	2.21	0.754	2.57	0.576
2. ภาวะผู้นำ	1.54	0.673	2.54	0.724
3. การจัดองค์กร	1.57	0.544	3.00	0.543
4. การระดมทรัพยากรในชุมชน	2.01	0.318	2.53	0.432
5. การบริหารจัดการ	1.53	0.656	3.00	0.485

3. ผลลัพธ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสามารถเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 20.00 เป็นร้อยละ



86.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.001) และพบว่า การเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้น โดยก่อนการวิจัยมีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการดูแล ร้อยละ 38 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการกองทุนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์การบริหารจัดการกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการเข้าถึงบริการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการวิจัย

การบริหารจัดการกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว	ก่อนการวิจัย n (%)	หลังการวิจัย n (%)	p-value*
1. การบริหารจัดการกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (n = 15)			
สามารถบริหารจัดการกองทุนได้	3 (20.00)	13 (86.67)	< 0.001*
ไม่สามารถบริหารจัดการกองทุนได้	12 (80.00)	2 (13.33)	
2. การเข้าถึงบริการกองทุนดูแลระบบการดูแล ระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=777)			
สามารถเข้าถึงบริการของกองทุน	296 (38.10)	656 (84.43)	< 0.001**
ไม่สามารถเข้าถึงบริการของกองทุน	481 (62.93)	121 (15.57)	

*Fisher's exact test, **Mc Nemar Test, P value < 0.01

4. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการสังเคราะห์ข้อมูลกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ระยะเวลา 12 เดือน พบว่า ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะ การตัดสินใจและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และการประเมินผลการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 5 การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการ	องค์ประกอบ	กลไก	เงื่อนไข
1. การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนผู้สูงอายุระยะยาว	1) สร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	1) สมัชชาสุขภาพ: กลไกการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแล	1) การเชื่อมโยงนโยบายสาธารณะให้เป็นประเด็นหนึ่งของสมัชชาสุขภาพจังหวัด ทำให้ได้ข้อเสนอแนะที่หลากหลาย



กระบวนการ	องค์ประกอบ	กลไก	เงื่อนไข
ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	2) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และผลกระทบจากการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3) นำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4) ปรับปรุงข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนอีสาน	ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) กลุ่ม / โรงเรียน ผู้สูงอายุ: กลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ	หลายและครอบคลุมการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะ 2) การบูรณาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวให้เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของโรงเรียน ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมกับนโยบายสาธารณะ
2. การตัดสินใจและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่ปฏิบัติการในพื้นที่	1) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 2) สร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3) บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่	1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกลไกการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) ผู้จัดการดูแล: กลไกการพัฒนากระบวนการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	1) ความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ช่วยทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก้าวข้ามอุปสรรคการบริหารจัดการกองทุน 2) การส่งเสริมให้ผู้จัดการดูแลมีเวลาในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการดูแล
3. การประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสู่การปฏิบัติ	1) การบริหารจัดการกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) คุณภาพระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3) กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว		ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนการประเมินผลลัพธ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อจำกัดการเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ก่อนดำเนินการวิจัยกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพียง 3 ใน 15 แห่งเท่านั้น ที่สามารถดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลในการบริหารจัดการกองทุนทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์การดูแล



ระยะยาว ทั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดของการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอในการบริหารจัดการกองทุนเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีผลทำให้ผู้บริหาร และบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่กล้าตัดสินใจดำเนินการบริหารจัดการกองทุน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน การบริหารจัดการ ผู้นำ การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น⁽¹³⁾ ความพร้อมขององค์กรหรือหน่วยงาน จึงเป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายภาครัฐ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความพร้อมขององค์กร ประกอบด้วย ความสามารถทั่วไป ความสามารถเฉพาะด้าน และ แรงจูงใจ ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ⁽¹⁴⁾

2. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ประกอบด้วย กระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การตัดสินใจและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ การประเมินผลการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งมีความแตกต่างจากการพัฒนานโยบายสาธารณะโดยทั่วไปที่มีจุดเริ่มต้นจากภาคประชาชน และสังคม แต่้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีจุดเริ่มต้นจากนโยบายของรัฐบาล และเป็นนโยบายที่มีผลกระทบต่อ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ระบบสุขภาพ อีกทั้งเกี่ยวข้องกับ หน่วยงาน องค์กร และกลุ่มคนที่หลากหลาย ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้เปิดช่องทางให้ทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจ เอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชน และประชาชนเอง⁽¹⁵⁾ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้ อาศัยเครื่องมือสมัชชาสุขภาพเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อเสริมพลังอำนาจของประชาชน ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดำเนินกิจกรรม ในการผลักดันเรื่องของสาธารณะ ด้วยกระบวนการร่วมคิด ร่วมแสวงหาทางออก ร่วมการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ และสามารถควบคุมจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง⁽¹⁶⁾

3. ผลลัพธ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้สามารถบริหารจัดการกองทุนและการเข้าถึงระบบบริการดูแลของผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า หลังดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน สามารถเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 86.67 ซึ่งจากการเปรียบเทียบผลลัพธ์การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.001) และทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.001)



สอดคล้องกับการศึกษาในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ พบว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นนโยบายที่สำคัญสำหรับรองรับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอนาคต อย่างไรก็ตาม นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่งผลกระทบต่อ ด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม ระบบสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับ หน่วยงาน องค์กร และ กลุ่มคน ที่หลากหลาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงควรเตรียมความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การเป็นนโยบายสาธารณะสำหรับประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2565.
2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์: กรุงเทพฯ . 2557.
3. วิชัย เอกพลากร และคณะ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557.
4. Sihapark, Kuhirunyaratn and Chen. Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and Associated Factors. **Ageing International**. 2014; 39(3): 210-220. DOI 10.1007/s12126-013-9190-7.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559.



6. ศิราณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. **ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2557.
7. Rifkin, S.B., Muller, F., and Bichmann, W. Primary Health Care: On measuring participation. **Soc. Sci. Med.**, 1988; 26(9): 931-940.
8. Bjaras, G., Haglund, B.J.A., & Rifkin, S.B. A new approach community participation assessment. **Health promotion international**, 1991; 6(3): 199-206.
9. Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., and Horne, V. The Barthel ADL index: a reliability study. **Disability and Rehabilitation**, 1988; 10(2): 61–63. doi:10.3109/09638288809164103.
10. Jintapunkul, S., et al. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. **Age and Ageing**, 1994; 23(2): 97-101.
11. Challis, D., et al. Dependency in older people recently admitted to care homes. **Age and Ageing**, 2000; 29(3): 255-260.
12. Jintapunkul, S, et al. Disability-free life expectancy of elderly people in a population undergoing demographic and epidemiologic transition. **Age and Ageing**, 2003; 32(4): 401-405.
13. รุ่งเรือง แสงโกษา, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสมเจตน์ ภูศรี, 2557. รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์. **วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์**. 2557; 8 (2): 200-216.
14. Scott, V. C. et al. The Readiness for Integrated Care Questionnaire (RICQ): An instrument to assess readiness to integrate behavioral health and primary care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2017; 87(5): 520–530.
15. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1-ครั้งที่ 7**. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.): นนทบุรี. 2558.
16. ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ. **สมัชชาสุขภาพ: หนึ่งทศวรรษการสร้างการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพในสังคมไทย**. **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร**. 2559; 19 (3): 230-235.



**ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์**
**THE RESULTS OF THE ASSESSMENT OF THE POTENTIAL DEVELOPMENT
PROCESS FOR THE DISTRICT-LEVEL QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT
NETWORK OF KALASIN PROVINCE**

Received: December 22, 2022

Revised: April 20, 2023

Accepted: April 23, 2023

วรชาติ จำริญพัฒน์^{1*}

Worachat Jamroenpat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคคลแกนนำที่มีภาระงานสอดคล้องกับโครงการ จำนวน 90 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) อำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 100 2) ปัจจัยนำเข้า ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ครอบคลุม ทั้ง 18 อำเภอ และกำหนดบทบาทการพัฒนาระบบบริการ 3) กระบวนการ มีคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ, กำหนดเป้าหมายร่วมกัน, วิเคราะห์สภาพปัญหา, จัดทำแผนแก้ไขปัญหาคำคัญ, ค้นหาแนวทางป้องกัน, พัฒนาศักยภาพบุคลากร, ติดตามประเมินผล, สรุปผลงาน และกำกับติดตามประเมินผล 4) ผลลัพธ์ ประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มุ่งเน้นสำคัญได้รับการดูแลมากที่สุดได้แก่ กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 96.78 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ร้อยละ 1.53, 1.13 และ 0.56 ตามลำดับ ปัจจัยความสำเร็จ คือ การบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างมีคุณค่า และพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ ควรมีกระบวนการถอดบทเรียน ส่งเสริมการพัฒนาต้นแบบการบูรณาการ และพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน

คำสำคัญ: ผลการประเมิน, การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: Worachat.j@hotmail.com



Abstract

This research aims to assess the process of developing the potential of the quality of life development network at the district level of Kalasin Province. Collect data from observations in-depth interview and focus group discussions from October 2021 to September 2022. The sample group consisted of 90 leaders with workload consistent with the project. Quantitative data analysis was performed with descriptive statistics including frequency, percentage and qualitative by content analysis.

The results of the research showed that 1) the district passed the criteria for quality life quality development 100%. 2) Import Factors Receive budget support to drive the quality of life at the district level covering all 18 districts and determine the role of service system development. 3) Process There is a health system development committee, set common goals, analyze the condition of the problem, make a plan to solve important problems, find ways to prevent, develop personnel potential, follow up, evaluate, summarize results and supervise, follow up, evaluate 4) Outcome Vulnerable people who are most focused on receiving the most care are 96.78 percent of those affected by COVID-19 infection, followed by the elderly, the disabled and patients receiving intermediate care for 1.53, 1.13 and 0.56 percent, respectively. The success factor is valuable integration with network partners and continuous quality development.

Suggestions: There should be a process for removing lessons. Promote the development of integration prototypes and develop people to have knowledge in managing their own, family and community health.

Keyword: Results of the Assessment, District-level Quality of Life Development



บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 55 และมาตรา 258 ข. (5) บัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศ โดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2562 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงในระดับครอบครัว ชุมชน ตั้งแต่ก่อนป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ส่งเสริมให้ประชาชนและครอบครัว สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการจากการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 มีเจตนารมณ์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำ และเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยได้กำหนดให้ทุกอำเภอของทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน⁽²⁾ ทั้งนี้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ หมายถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561⁽¹⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ พ.ศ. 2562 มีการดำเนินการพัฒนาแบบบูรณาการ โดยผู้ว่าราชการจังหวัด มีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดกาฬสินธุ์ตามโครงการกาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Kalasin Happiness Model) โดยกำหนดเป็นประเด็นร่วมที่ทุกอำเภอต้องดำเนินการ แบบบูรณาการในพื้นที่ ปี 2562 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด วาระจังหวัดการขับเคลื่อน ในประเด็น 1) กาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง กลุ่มเด็ก/ผู้พิการ/สูงอายุ/ด้อยโอกาส ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส จำนวน 11 อำเภอ 2) อาหารปลอดภัย จำนวน 9 อำเภอ 3) อุบัติเหตุทางถนน จำนวน 8 อำเภอ 4) สิ่งแวดล้อม/ขยะ จำนวน 8 อำเภอ



และประเด็นปัญหาอื่นๆ ตามบริบทพื้นที่ ต่อเนื่องในปี 2563 ในปี 2564 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละอำเภอ ได้มีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และได้ประเด็นปัญหาของพื้นที่และมีวาระของจังหวัด จำนวน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การดูแลผู้สูงอายุ 2) ดูแลกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยเรื้อรัง (DM, HT) แต่ละอำเภอ ได้ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และได้พิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ 5 อันดับแรก ดังนี้ 1) อุบัติเหตุ ร้อยละ 22 2) NCDs ร้อยละ 15 3) การดูแลกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ ร้อยละ 15 4) ยาเสพติด ร้อยละ 11 5) ขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 11 ปี 2565 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละอำเภอ ได้มีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และได้ประเด็นปัญหาของพื้นที่รวมทั้งมีวาระของจังหวัด จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) 2) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 3) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE แต่ละอำเภอ ได้ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และได้พิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ 5 อันดับแรก ดังนี้ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) ร้อยละ 29 2) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ร้อยละ 17 3) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 17 4) ขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 7 5) แม่และเด็ก ร้อยละ 6 แนวคิดของการพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย

1. สมรรถนะหลัก (Core competencies) หมายถึง สมรรถนะที่สะท้อนให้เห็นถึง ความเป็นมืออาชีพของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ มี 6 ประการ ประกอบด้วย การควบคุมตัวเอง การมีวิสัยทัศน์ การวางแผน การนำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม การใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ เช่น กลไกการเงิน, การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ, การสร้างทีม และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมทั้งแนวราบ (ภายในสถานบริการ) และแนวดิ่ง (โรงพยาบาล-สถานบริการปฐมภูมิ ในชุมชน-ผู้ให้บริการที่เป็นสมาชิก ในชุมชน-และสมาชิกในครอบครัว), การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดำเนินการบนพื้นฐานของการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น⁽⁹⁾

2 สมรรถนะเงา (Shadow competencies) หมายถึง สมรรถนะที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ (ติดตามต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนา โดย ติดตามเหมือนเงาตามตัว) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการมีชีวิต (Intangible Software) ของระบบสุขภาพอำเภอ มี 4 ประการ ประกอบด้วย คุณค่า ความสัมพันธ์ การสื่อสาร อำนาจ เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) ของ Daniel L. Stufflebeam ที่มีชื่อว่า CIPP Model (2003)⁽³⁾ ซึ่งเป็นแนวทางในการประเมินโครงการที่ครอบคลุมการประเมินทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) 3) การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และ 4) การประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)⁽⁴⁾ โดยมีกรอบแนวคิดของเนื้อหาในประเด็นที่ศึกษาประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดกาฬสินธุ์ตามองค์ประกอบ UCCARE⁽⁵⁾ (U = Unity Team การทำงานเป็นทีม, C = Customer Focus การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย และประชาชน, C = Community Participation การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี, A = Appreciation การชื่นชมและให้คุณค่า, การเชื่อมเสริมพลัง, R = Resource Sharing and Human Development การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร, E = Essential Care) 2) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3) การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว⁽⁶⁾ และ 4) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.คิดดาว ระดับ 5

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) ของ Daniel L. Stufflebeam ที่มีชื่อว่า CIPP Model (2003)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ที่ศึกษาครอบคลุมอำเภอทั้งหมดในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 18 อำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 156 แห่ง
2. ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 18 คน , คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ประธาน เลขา ผู้ช่วยเลขาทั้ง สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และบุคคลแกนนำที่มีภาระงานสอดคล้องกับโครงการ ทั้ง 18 อำเภอ จำนวน 90 คน และ



ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 54 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีบทบาท และภาระงานที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เกณฑ์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามองค์ประกอบ UCCARE
2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสรุปรายงานความก้าวหน้าโครงการ

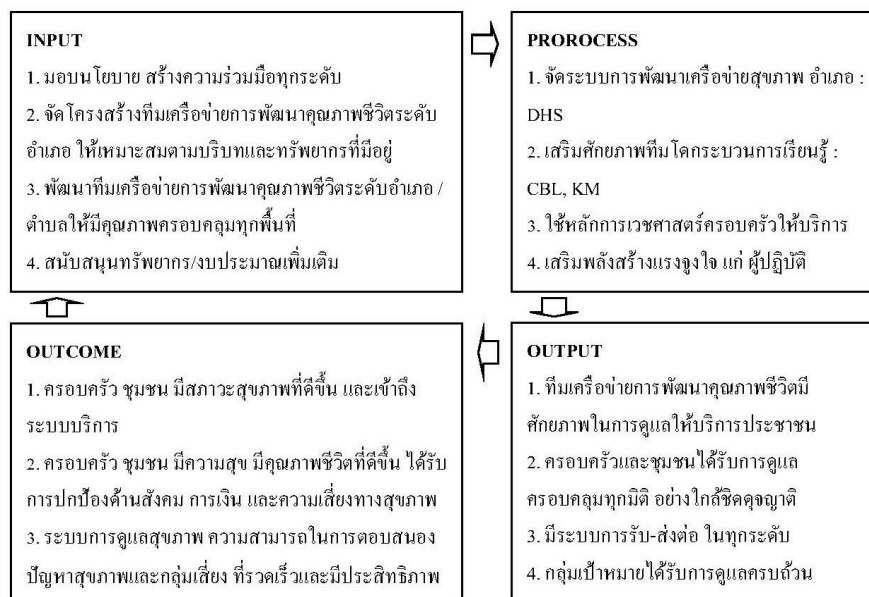
การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 ถึงเดือน กันยายน 2565 จากการสังเกต (Observation), การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview), การจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group) และการรับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงาน (To Listen to the Presentation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model)⁽⁷⁾ เพื่อประเมินกระบวนการ 4 ด้าน คือ บริบททางสังคม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ รวมทั้งข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรค การปรับปรุงกระบวนการ และโอกาสการพัฒนาในปีต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC46/2565 ลงวันที่ 23 กันยายน 2565 เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย





การประเมินผลกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามรูปแบบซิปป์ (CIPP Model) พบว่า

1. ด้านบริบททางสังคม (Context Evaluation) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อพัฒนานวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 18 อำเภอ โดยใช้หลัก “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561⁽¹⁾ คือ 1) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นปัจจุบันครบทุกอำเภอ ร้อยละ 100 2) มีผลการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 100 และรายงานผลการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด 3) มีการกำหนดแผนและเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ครบทุกอำเภอ ร้อยละ 100 4) มีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) 2) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE และ 3) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนำประเด็นมาขับเคลื่อนสูงสุด 5 อันดับ คือ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) ร้อยละ 88.89 2) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 50.00 3) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 22.22 4) อาหารปลอดภัย และผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ ไม่มีใครไร้ข้างหลัง ร้อยละ 22.22 และ 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม/การจัดการขยะ ร้อยละ 5.56 โดยมี 3 มาตรการที่สำคัญคือ มาตรการที่ 1 สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ, มาตรการที่ 2 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม และมาตรการที่ 3 เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน การประเมินผ่านโปรแกรมการกำกับติดตามผลงาน CL UCCARE (Collective Learning UCCARE)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขับเคลื่อนตามประเด็นปัญหาของพื้นที่อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตที่ 1/2565 จำนวน 180,000 บาท (อำเภอละ 10,000 บาท) และจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จัดสรรตามจำนวนอำเภอ จำนวนเงิน 1,386,000 บาท โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับอำเภอๆ ละ 60,000 บาท เป็นเงิน 1,080,000 บาท โดยกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ปัญหา ประเด็นการพัฒนา ค้นหาแนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหาร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่ และกำหนดให้มีการรับฟังความเห็นต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม



ของทุกภาคส่วน 2) ระดับจังหวัด จำนวนเงิน 17,000 บาท/อำเภอ เป็นเงิน 306,000 บาท โดยมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย

- สมรรถนะหลัก (Core Competencies) หมายถึง สมรรถนะที่สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นมืออาชีพของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ มี 6 ประการ ประกอบด้วย การควบคุมตัวเอง การมีวิสัยทัศน์ การวางแผน การนำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม การใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ เช่น กลไกการเงิน, การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ, การสร้างทีม และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ทั้งแนวราบ (ภายในสถานบริการ) และแนวดิ่ง (โรงพยาบาล-สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน-ผู้ให้บริการที่เป็นสมาชิก ในชุมชน-และสมาชิกในครอบครัว), การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดำเนินการบนพื้นฐานของการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น

- สมรรถนะเงา (Shadow competencies) หมายถึง สมรรถนะที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁴⁾ จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ (ติดตามต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนา โดยติดตามเหมือนเงาตามตัว) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการมีชีวิต (Intangible Software) ของระบบสุขภาพอำเภอ มี 4 ประการ ประกอบด้วย คุณค่า ความสัมพันธ์ การสื่อสาร อำนาจ เป็นต้น และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางของ UCCARE และดำเนินการเชื่อมเสริมพลัง นิเทศติดตามประเมินผลจากทีมระดับจังหวัด และมีการกำหนดบทบาท พชอ. กับพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมาย 2) ขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ 3) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ 4) เสนอแนะและให้คำปรึกษา 5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน 6) ประสานหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน 7) ปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย สอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ดำเนินการ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระบบบริการปฐมภูมิ 2) ประชุมชี้แจงนโยบายสร้างความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน และกำหนดบทบาทระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายในประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3) วิเคราะห์ปัญหา ประเด็นพัฒนา กลุ่มเป้าหมาย จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญ ค้นหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาพร้อมกันแบบองค์รวม 4) พัฒนาศักยภาพ 3 หมอ หมอคนที่ 1 คือ อสม.หมอประจำบ้าน, หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข โดยพัฒนาหมอสาธารณสุขให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน และหมอคนที่ 3 คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Physician) ผู้ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม⁽⁸⁾ เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ 1) หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor 2) หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว”



พ.ศ. 2562⁽²⁾ 5) ติดตามสรุปประเมินผล เสริมพลังใจในการทำงานและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6) วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น 7) กำกับติดตามการประเมินผล การดำเนินงานในโครงการต่างๆ เพื่อให้ทราบผลการดำเนินงานและนำมาปรับปรุงระบบงาน ให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด 8) จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติ เอกสารวิชาการ สื่อสุขภาพประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ สามารถดูแลป้องกันตนเอง จากโรคและ ภัยสุขภาพ 9) วิเคราะห์ข้อมูลที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข เพื่อวางแผนพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน สังเคราะห์ให้เป็นภาพรวม เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ แก้ไขปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

4. ด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)

การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินแบบย้อนรอย ความพร้อมของด้านต่างๆ ดังนี้

1. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล กำหนดบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการอนุกรรมการ ตามบทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ ครอบคลุม 18 อำเภอ ร้อยละ 100
2. แผนงาน โครงการรองรับการขับเคลื่อนการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ ร้อยละ 100 พบว่า มีจำนวน 52 โครงการ โดยประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 3 เรื่องที่มีการดำเนินการต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) 2) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และ 3) การป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด TO BE NUMBER ONE การดูแลช่วยเหลือประชาชนที่เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ (กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19) สอดคล้องกับวาระการพัฒนา ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่
3. แหล่งงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจาก กระทรวงสาธารณสุข อำเภอละ 10,000 บาท และจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อำเภอละ 60,000 บาท
4. การเปรียบเทียบผลการประเมิน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รอบที่ 1 กับ รอบที่ 2 พบว่า ผลการประเมินตนเอง รายประเด็น UCCARE รอบที่ 1 มีแนวทางที่ชัดเจนและ เริ่มดำเนินการ รอบที่ 2 มีการทบทวน ประเมินผล และปรับปรุง มีการเรียนรู้เพื่อปรับการพัฒนาให้ดีขึ้น
5. กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลที่ระบุตามประเด็น พชอ. ทั้งหมด 41,975 คน ดังนี้ ผู้สูงอายุ (ผู้ป่วยติดเตียง) จำนวน 644 คน, ผู้พิการ จำนวน 476 คน, ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) จำนวน 233 คน, ผู้ได้รับผลกระทบ COVID-19 จำนวน 40,622 คน

สรุปผลการวิจัย

1. ด้านบริบททางสังคม (Context Evaluation) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อพัฒนา นวัตกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนา



คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 18 อำเภอ โดยใช้หลัก “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561⁽¹⁾ คือ 1) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นปัจจุบันครบทุกอำเภอ ร้อยละ 100 2) มีผลการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 100 และรายงานผลการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนา ร่วมกับจังหวัด 3) มีการกำหนดแผนและเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ครบทุกอำเภอ 4) มีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) 2) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE และ 3) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำประเด็นมาขับเคลื่อนสูงสุด 5 อันดับ คือ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) ร้อยละ 88.89 2) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 50.00 3) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 22.22 4) อาหารปลอดภัย และผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ร้อยละ 22.22 และ 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม/การจัดการขยะ ร้อยละ 5.56 โดยมี 3 มาตรการที่สำคัญคือ มาตรการที่ 1 สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ, มาตรการที่ 2 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม และมาตรการที่ 3 เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคง และยั่งยืน การประเมินผ่านโปรแกรมการกำกับติดตามผลงาน CL UCCARE (Collective Learning UCCARE)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ขับเคลื่อนและพัฒนาแก้ไขปัญหาดังตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ในแต่ละอำเภออย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกำหนดบทบาท พชอ. กับการพัฒนาระบบบริการ และบทบาทในการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด 19

3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ดำเนินการ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระบบบริการปฐมภูมิจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) ประชุมชี้แจงนโยบายสร้างความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน กำหนดบทบาทการทำงานระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายในประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3) วิเคราะห์ปัญหา ประเด็นพัฒนา กลุ่มเป้าหมาย จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ ค้นหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกันแบบองค์รวม 4) พัฒนาศักยภาพผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง 5) วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น 6) กำกับดูแลและติดตามประเมินผลการดำเนินงานในโครงการ 7) จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติ เอกสารวิชาการ สื่อศึกษาประชาสัมพันธ์ 8) วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขในการวางแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีสภาพปัญหาที่แตกต่างกันเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ แก้ไขปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น และ



9) การประเมินผลการดำเนินงาน และเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Collective Learning UCCARE : CL UCCARE

4. ด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation) ผลการประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินแบบย้อนรอย ความพร้อมของด้านต่างๆ ในโครงการ พบว่า การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล กำหนดบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการ อนุกรรมการ ตามบทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ มีแผนงานโครงการรองรับการขับเคลื่อนการพัฒนา เครือข่ายคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ กำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 3 เรื่อง ที่มีการดำเนินการต่อเนื่อง การดูแลช่วยเหลือประชาชนที่เข้าไม่ถึงระบบบริการ สุขภาพ (กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19) สอดคล้องกับวาระ การพัฒนาระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ แหล่งงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน กระทรวงสาธารณสุขอำเภอละ 10,000 บาท จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ อำเภอละ 60,000 บาท ผลการประเมินคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รอบที่ 1 กับ รอบที่ 2 พบว่า ผลการประเมินตนเอง รายประเด็น UCCARE รอบที่ 1 มีแนวทางที่ชัดเจนและเริ่มดำเนินการ รอบที่ 2 มีการทบทวน ประเมินผล และปรับปรุง มีการเรียนรู้เพื่อปรับการพัฒนาให้ดีขึ้น กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลที่ระบุตามประเด็น พขอ. ทั้งหมด 41,975 คน ดังนี้ ผู้สูงอายุ (ผู้ป่วยติดเตียง) จำนวน 644 คน, ผู้พิการ จำนวน 476 คน, ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) จำนวน 233 คน และผู้ได้รับผลกระทบ COVID-19 จำนวน 40,622 คน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับดี โดยมีการทบทวน ประเมินผล ปรับปรุง ข้อมูลจริง และมีการเรียนรู้เพื่อปรับการพัฒนาให้ดีขึ้น ผล UCCARE พบว่า 1) Unity Team เท่ากับ ระดับ 5 2) Customer Focus เท่ากับ ระดับ 5 3) Community Participation เท่ากับ ระดับ 4 4) Appreciation เท่ากับ ระดับ 4 5) Resource Sharing and Human Development เท่ากับ ระดับ 4 และ 6) Essential care เท่ากับ ระดับ 5 (ระดับ 1-5 หมายถึง ระดับ 1 มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอน เป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร) ระดับ 2 มีการขยาย การดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม ระดับ 3 ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่ อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่ อย่างไร



และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่ อย่างไร) ระดับ 4 มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่ อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่ อย่างไร และมีการนำ บทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร) ระดับ 5 มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักของ องค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร สอดคล้องกับ กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ซึ่งผลการ ประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยเบื้องต้น การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลลัพธ์ สอดคล้องกับ แนวคิด ทฤษฎี ของสตัฟเฟิล บีม (CIPP Model)⁽⁷⁾ เพื่อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการ แบบองค์รวมที่เหมาะสมที่สุด ทั้งนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ มีการดำเนินงานการพัฒนาแบบบูรณาการ โดยผู้ว่าราชการจังหวัด มีแนวทาง การพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดกาฬสินธุ์⁽¹²⁾ ตามโครงการกาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Kalasin Happiness Model) โดยกำหนดเป็นประเด็นร่วมที่ทุกอำเภอต้องดำเนินการแบบบูรณาการในพื้นที่ วาระจังหวัดการขับเคลื่อน ในประเด็น กาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง กลุ่มเด็ก/ผู้พิการ/สูงอายุ/ ด้อยโอกาส ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส อาหารปลอดภัย อุบัติเหตุทางถนน สิ่งแวดล้อม/ขยะ และประเด็นปัญหาอื่นๆ ตามบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับ การศึกษาของ ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์ ศึกษา ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)⁽¹³⁾ ส่วนการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)” และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ สอดคล้องกับ การศึกษาของ นพ.อดุลย์ บำรุง ศึกษาข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต (พชอ.)⁽¹¹⁾ พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนั้น

1. ควรมีกระบวนการถอดบทเรียนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการสุขภาพ ปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ วินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และสนับสนุนให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และเพียงพอต่อการให้บริการ



2. ควรมีการพัฒนาต้นแบบการบูรณาการงานคุณภาพปฐมภูมิ⁽¹⁰⁾ ระหว่าง พชอ., PCU/NPCU, รพ.สต.ติดดาว และหมอ 3 คน ที่เชื่อมโยงเป็นระบบ โดยการผลักดันการบูรณาการงาน การใช้งบประมาณร่วมกัน และการประสานความร่วมมือด้านการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการเป็นเจ้าของร่วมกัน เพื่อจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

3. ส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีศักยภาพ มีความรอบรู้ในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงสามารถจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมได้ (Social Determinants of Health)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อภิชัย ภิमानนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นายประสิทธิ์ สงกันหา นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการวิชาการ) ดร.สุภัทรา สามัง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) ดร.จักราวุฒิ วงษ์ภักดี และ ดร.คงฤทธิ วันจรรณู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่อำนวยความสะดวกในการขับเคลื่อนโครงการ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่ได้ให้คำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินโครงการให้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี และขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ร่วมดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

1. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. รายงานกรณีศึกษา การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. Stufflebeam, Daniel L. Educational Evaluation and decision Making. Illinois : F. E. Peacock Publishing; 1971.
4. กาญจนา วัฒนสุนทร. การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ของสตีเฟิลบีมในการประเมินโครงการทางการศึกษา. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2551.



5. สุพัตรา ศรีวนิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชลเดช, พุกษา บุญญ. สถานการณ์การพัฒนา
ระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2547-2558. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพ
ชุมชน (มสพช.); 2558.
6. โสภณ เมฆธน. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. ส่วนประเมินผล สนผ. การประเมินผล โครงการแบบซิปโมเดล (CIPP Model). [อินเทอร์เน็ต].
[สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://hq.prd.go.th>.
8. สมยศ ศรีจารนัย และคณะ. วิจัยประเมินผลการดำเนินงาน ตามนโยบายทีมหมอครอบครัว.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2561.
9. ศรีสอวงศ์ วรรณกุล ถาวรล่อคา. รูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอ
ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ. จังหวัดลำปาง; 2543.
10. สมพร เจือจันทิก. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับพื้นที่ (พชอ.) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ จังหวัด
หนองคาย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2563.
11. อุดลย์ บำรุง. ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.).
วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2562.
12. เกษมสุข กันชัยภูมิ. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019
(COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ.
วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2565.
13. ธงชัย ปัญญรัตน์. ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือน
พฤษภาคม-สิงหาคม 2565.
14. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ การจัดการเรียน เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ ระบบสุขภาพอำเภอ
(District Health System Management Learning: DHML) เลขมาตรฐานประจำ หนังสือ : ISBN:
978-616-7859-12-5 พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พิมพ์ที่ : APPA Printing Group CO.,LTD. 42/79 หมู่ 5 อาคารอดิสร ช.ศิริชัย ถ.พุทธมณฑล
สาย 5 ต.อ้อมน้อย อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร 74130 Tel: 0-2813-4741-43 Fax: 0-2813-5855
Office Tel: 0-2954-2774 Fax: 0-2953-9391



การพัฒนา รูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรคร้ายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย

DEVELOPMENT OF TRIAGE SYSTEM IN HOSPITAL FOR THE MANAGEMENT OF SEVERE COVID-19 IN MAHASARAKHAM PROVINCE AND NETWORK

Received: January 04, 2023

Revised: April 04, 2023

Accepted: April 24, 2023

จิราพร พิลัยกุล^{1*}

Jiraporn Pilaikul^{1*}

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 และเพื่อจัดการความรุนแรงของโรคร้ายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา 1) กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ จำนวน 40 คน 2) กลุ่มเป้าหมายในการทดลองปฏิบัติการ จำนวน 768 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย COVID-19 แบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วย COVID-19 ในจังหวัดมหาสารคาม มีจำนวน 39,997 คน เสียชีวิต 180 คน อำเภอเมืองมีผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 18.45 คน โดยมีอายุระหว่าง 45-60 ปี ร้อยละ 23.72 ปัญหาที่พบ คือ มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีจำนวนเจ้าหน้าที่คัดกรองไม่เพียงพอ และขาดแคลนอุปกรณ์

2. การพัฒนารูปแบบ ดำเนินการ 2 วงรอบ คือ ด้านนโยบาย ด้านอัตรากำลังคน ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านงบประมาณ ด้านภาคีเครือข่าย

3. ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า มีระบบคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สามารถจัดสถานที่รองรับผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยวิกฤต และลดการสัมผัสการแพร่กระจายเชื้อได้ จากกระบวนการที่พัฒนา 2 วงรอบ ได้รูปแบบ JIRAPORN Model ในการขับเคลื่อนการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19, จัดการความรุนแรงของโรค

¹ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Mahasarakham Hospital

*Corresponding author E-mail: pjira.pim@gmail.com



Abstract

The purpose of this research is to develop at triage model at the first point for receiving COVID-19 patients and to manage the severity of the disease in MahaSarakham Province. The target groups divided into 2 groups: 1) the model developer group of 40 people and 2) the experimental target group of 768 people. The instruments included a medical record review form, group discussion form, in-depth interview, the COVID-19 patients' triage record form, and observation form. The quantitative data analyzed by descriptive statistics. The qualitative data analyzed by content analysis. The results of the research were as follows:

1. Problem situation of COVID-19 patients in Mahasarakham Province had a continuous outbreak of disease with a total of 39,997 patients with 180 deaths. The problem in triage patients, the number of patients receiving services has increased. The symptoms of the disease are diverse. The number of staff was insufficient for triage and lack of availability of triage sites and inadequate equipment

2. The development of a total of 2 cycles, which was a policy operation, workforce, health service system management, health information system, access to medicines and medical technology, budget and resources together with linking with affiliate networks in the province, integration resources.

3. The results of the model development showed that there was an effective triage and referral system. In addition, adequate facilities for severe patients. JIRAPORN Model formed to drive the triage system in hospital for the management of severe COVID-19.

Keywords: Development of system, Triage for COVID-19 patients, Management of severe COVID-19



บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽¹⁾ โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 234,662,473 คน เสียชีวิต 4,799,731 คน ในประเทศไทย เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 พบ ผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 11,754 ราย⁽²⁾ โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค รัฐบาลได้ใช้มาตรการกีดกันเล็ก เน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ปิดการเดินทางเข้าออกประเทศ และบางจังหวัด ปิดสถานประกอบการ และปิดกิจกรรมรวมคนทุกประเภท ร่วมกับมาตรการของประชาชนภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน โดยให้มีส่วนร่วมของประชาชน อาสาสมัคร องค์กรชุมชน เครือข่ายประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานรัฐในพื้นที่ ทุกตำบล ชุมชน หมู่บ้าน⁽³⁾

ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ยังไม่เคยพบว่าจะเกิดขึ้นในมนุษย์มาก่อน ทำให้เกิดการป่วยในระบบทางเดินหายใจ มีอาการได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก จมูกไม่ได้กลิ่น เป็นต้น บางรายอาจมีปอดอักเสบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เชื้อสามารถติดต่อจากคนสู่คน แพร่โรคเมื่อมีอาการ และอาการแสดงแล้ว ผ่านทางการละอองเสมหะทางการไอ จาม ของผู้ที่มีเชื้อ และสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย โดยมีระยะฟักตัว 2-14 วัน⁽¹⁾ การแพร่ระบาดของโรคก่อให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของประชาชนจำนวนมาก ส่งผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศ ทั้งด้านสถานที่รองรับผู้ป่วยจำนวนเตียง อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อต่างๆ มิใช่เพียงพอในการรองรับจำนวนผู้ป่วย การไม่มียา และการรักษาที่จำเพาะ รวมทั้งจำนวนบุคลากรสุขภาพที่มีจำกัด ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ จึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญและเร่งด่วนของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพประชาชน⁽⁴⁾ แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทย มีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน⁽⁵⁾

จังหวัดมหาสารคามเป็นพื้นที่ ที่มีการระบาดของ COVID-19 มีการเกิดการระบาดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 มีผู้ป่วย 11,648 คน เสียชีวิต 45 คน ระลอกเดือนมกราคม 2565 มีผู้ป่วย 28,327 คน เสียชีวิต 133 คน โดยจังหวัดมหาสารคามได้ยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้มข้นขึ้น ให้เป็นไปตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ จากการที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ประสบปัญหาในด้านการคัดกรอง



และคัดแยกผู้ป่วย มีผลกระทบต่อการจัดให้บริการทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาล ตั้งแต่ขาดอัตรากำลังในการคัดกรอง การดูแลรักษา และขาดอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ในการจัดให้บริการ จากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ต้องมีกระบวนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคาม ผลจากการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและแก้ไขปัญหา อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรค ภายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของจังหวัดมหาสารคาม จากการทบทวนนโยบาย สถิติการบริการ ข้อมูลความเสี่ยง ผลลัพธ์ด้านคลินิก แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย COVID-19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2563 จำนวน 22 ฉบับ

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ดังนี้

1. การพัฒนางานรอบที่ 1 ดังนี้ 1.1) ขึ้นวางแผน (Plan) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้างรูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค หลังจากนั้นดำเนินการตามกิจกรรมที่วางไว้ ประกอบด้วย (1) ศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 (2) วิเคราะห์สถานการณ์ (3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 (4) จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องนำเสนอร่างรูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการร่วมคิดของทีมผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยนำเสนอปรับปรุงแก้ไขก่อนนำสู่การปฏิบัติจริง 1.2) ขึ้นลงมือปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนประกอบด้วย (1) ผู้วิจัยประกาศใช้รูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค โดยใช้การประชุมสื่อสารและหนังสือชี้แจงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำสู่การ



ปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน (2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการคัดกรองจุดแรกเริ่มผู้ป่วย COVID-19 และพัฒนาระบบการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการจัดการความรุนแรงของโรค ของโรงพยาบาลมหาสารคาม 1.3) ขั้นสังเกตผล (Observation) ประกอบด้วย (1) นิเทศติดตามการดำเนินงาน (2) การประเมินผลการดำเนินงาน 1. 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบการคัดกรองจุดแรกเริ่มผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค และร่วมกันกำหนดแผนเพิ่มเติมปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองจุดแรกเริ่มผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมประชุม ในวอร์ปที่ 2

2. การพัฒนาวอร์ปที่ 2 ดังนี้ 2.1) ขั้นวางแผน (Re-plan) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นสะท้อนผลในวอร์ปที่ 1 ผู้วิจัยสนับสนุนผู้ร่วมวิจัยทุกคนร่วมกันระดมความคิดสะท้อนผล ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองจุดแรกเริ่มผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค และจัดทำแผนการปรับปรุงรูปแบบ แผนพัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพ 2.2) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยจัดประชุมสื่อสารแผนพัฒนาวอร์ปที่ 2 และประกาศใช้รูปแบบการคัดกรองจุดแรกเริ่มผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ที่ปรับปรุงจากวอร์ปที่ 1 นำสู่การปฏิบัติ 2.3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยใช้วิธีสังเกตการณ์ การปฏิบัติตามแบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองจุดแรกเริ่มผู้ป่วยโควิด แบบสังเกตการณ์ และประชุมกลุ่มย่อยเพื่อเป็นการติดตามการดำเนินงานในแต่ละหน่วยงานในขณะที่ยังดำเนินการอยู่ เมื่อพบปัญหาอุปสรรคผู้วิจัยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือตามแผนพัฒนา 2.4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน พัฒนา และวิเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแล เพื่อสรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล โดยประเมินผลการพัฒนารูปแบบ จากสหสาขาวิชาชีพ และทีมพัฒนารูปแบบ ร่วมสรุปอภิปรายผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างวางแผนพัฒนารูปแบบ คือ

1.1 กลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน

1.2 กลุ่มสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักรังสีเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ จำนวน 30 คน

1.3 กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกเริ่มผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ



รองหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย สาธารณสุขอำเภอเมือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ
เภสัชกร นักรังสีเทคนิค จำนวน 40 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการทดลองปฏิบัติการ คือ

2.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักรังสีเทคนิค จำนวน 30 คน

2.2 กลุ่มผู้ป่วย COVID-19 ที่ได้รับความยินยอมในการศึกษา จำนวน 738 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ทำได้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.6 - 1 และนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย COVID-19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาศาลา เป็นแบบบันทึกที่สร้างขึ้นเอง เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ที่กักตัวที่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ อาการและอาการแสดง การรักษา ผลการรักษา

2. การสนทนากลุ่ม เป็นแบบสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบเชิงชักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ เน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วย สถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

3. แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกที่สร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบเปิด เกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 และแนวความคิดเกี่ยวกับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

4. แบบบันทึกกระบวนการคัดแยกในสถานการณ์วิกฤต คัดกรองตามสถานการณ์และจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นของโรคตามช่วงการระบาดของโรค COVID-19

5. แบบสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง เป็นการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัยสังเกตและร่วมปฏิบัติงานในการให้บริการแก่ผู้ป่วย COVID-19 โดยตั้งแต่ขั้นตอนแรกถึงขั้นตอนสุดท้าย

6. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย COVID-19

การวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ของโรงพยาบาลมหาสารคาม วันที่ 26 ธันวาคม 2564 รหัสโครงการ 64-01-052 เลขที่จริยธรรมวิจัย 64/051 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วม กิจกรรมได้หากไม่สะดวก

ผลการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ มุ่งตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

1. ด้านสถานการณ์ และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัด มหาสารคาม

1.1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การระบาดของ COVID-19 ระลอกที่ 1 มีผู้ป่วย 1 คน เสียชีวิต 1 คน ระลอกที่ 2 มีผู้ป่วย 21 คน เสียชีวิต 1 คน ระลอกเดือนเมษายน 2564 มีผู้ป่วย 11,648 คน เสียชีวิต 45 คน ระลอกเดือนมกราคม 2565 มีผู้ป่วย 28,327 คน เสียชีวิต 133 คน โดยพื้นที่ที่มีการระบาดมากที่สุด คือ อำเภอเมือง จำนวน 7,380 คน ร้อยละ 18.45 คน รองลงมา อำเภอกระบือ จำนวน 5,267 คน ร้อยละ 13.17 ซึ่งช่วงอายุที่ป่วยมากที่สุด คือ 45-60 ปี จำนวน 9,487 คน ร้อยละ 23.72 รองลงมา ช่วงอายุ 25-34 ปี จำนวน 6,538 คน ร้อยละ 16.35

1.2 จากการสนทนากลุ่ม พบปัญหาในการคัดกรอง คือ ปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่จะติดเป็นกลุ่ม เช่น ภายในครอบครัวติด COVID-19 ทั้งหมด บางครอบครัวติดเป็นบางคน จึงยากที่จะคัดแยกออกจากกันได้ ในส่วนความรุนแรงของโรคมีความหลากหลาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเด็ก เป็นต้น และมีข้อจำกัดในการตรวจร่างกายผู้ป่วย เพราะต้องป้องกันการแพร่กระจายโรคจากผู้ป่วยสู่แพทย์ผู้ตรวจผู้ป่วย

1.3 จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบปัญหาเกี่ยวกับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จากการแพร่ระบาดของโรค อีกทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ ที่ให้การคัดกรองมีไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาด และขาดความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ไม่เพียงพอ

2. ดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ดังนี้

การพัฒนางานรอบที่ 1

1. ขึ้นวางแผน (Plan) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ SWOT analysis ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ จุดแข็ง (strengths: S) จุดอ่อน (weakness: W) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ โอกาส (opportunities: O)



และภาวะคุกคาม (threats: T) เพื่อนำมาเชื่อมโยงในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการแก้ปัญหาในขั้นตอนต่อไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19

SWOT analysis	ปัญหา
ด้านนโยบาย	- มีคณะกรรมการดำเนินงานในแต่ละส่วน มีแนวทางปฏิบัติ แต่องค์ความรู้ในการดูแลเชิงขาดความชัดเจน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติการณ์ใหม่ และต้องปรับเปลี่ยนตลอดตามสถานการณ์
ระบบบริการสุขภาพ	- การจัดสถานที่คัดกรองยังไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วย - แนวปฏิบัติในการคัดกรองยังไม่ชัดเจน ครอบคลุม
ด้านกำลังคนและอัตรากำลัง	- อัตรากำลังไม่เพียงพอ ต้องปรับอัตรากำลังในหน่วยบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มาบริหารจัดการอัตรากำลังใหม่ - ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ และทักษะการปฏิบัติ เพราะเป็นโรคอุบัติใหม่
ระบบข้อมูลสารสนเทศ	- ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล ในระบบสุขภาพ
ด้านสุขภาพ	- การจัดเก็บข้อมูล และการรายงานข้อมูลยังไม่เป็นระบบ
ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์	- ขาดแคลนวัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ เช่น ชุด PPE
ด้านงบประมาณและทรัพยากร	- มีความจำกัดในการบริหารงบประมาณ เพื่อจัดซื้อ Mask N95 และอุปกรณ์การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

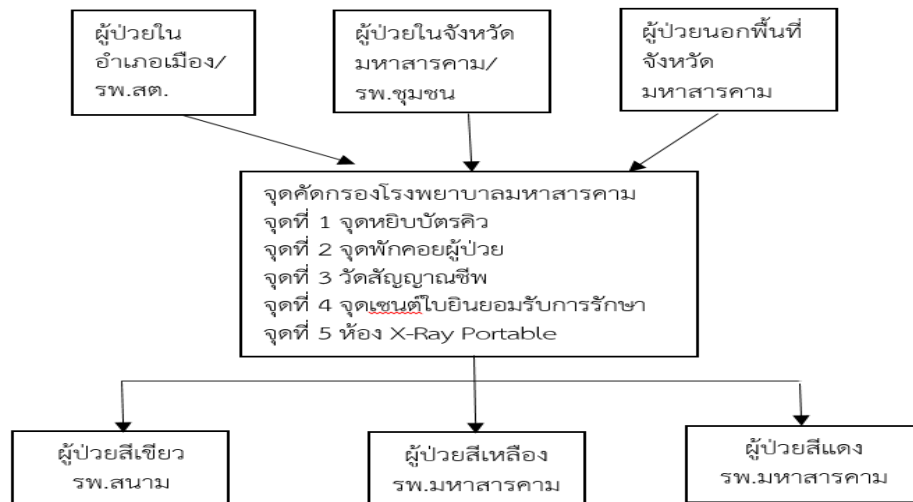
2. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผน ประกอบด้วย

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ประกอบด้วย อายุแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล เกสเซอร์ นักรังสีเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ ของพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

2.2 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 โดยนำข้อมูลจากการทำ SWOT analysis มาวางแผนพัฒนา ซึ่งนำสู่กระบวนการพัฒนางาน โดยได้กระบวนการในแต่ละกิจกรรมดังนี้

2.2.1 ด้านนโยบาย ได้ดำเนินการ ดังนี้ (1) การกำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัด และให้โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 (2) การแต่งตั้งคณะทำงานรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่

2.2.2 ระบบบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการ ดังนี้ (1) การจัดสถานที่คัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยปรับปรุงพื้นที่บริเวณชั้น 1 ดึงส่งอาหาร เป็นพื้นที่ให้บริการแรก รับผู้ป่วยยืนยันผล COVID-19 แต่ละส่วน ประกอบด้วย จุดที่ 1 จุดหยิบบัตรคิว จุดที่ 2 จุดพักคอยผู้ป่วย รับฟังข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จุดที่ 3 จุดชั่งน้ำหนักและวัดสัญญาณชีพต่างๆ ด้วยตนเอง จุดที่ 4 จุดเซ็นใบยินยอมรับการรักษา และเจาะเลือด จุดที่ 5 ห้อง X-Ray Portable และจุดประสานงาน ชักประวัติรวบรวมข้อมูล จัดทำชุด Admit และประสานงานให้ผู้ป่วยเข้าระบบบริการรักษา (2) จัดตั้งศูนย์คัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อกระจายผู้ป่วยในการดูแล โดยได้มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยสี่เขียว คือ ไม่มีอาการ หรือ มีอาการเล็กน้อย ผู้ป่วยสีเหลือง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยสีแดง คือ โรครุนแรง (3) การจัดบริการรับผู้ป่วย COVID-19 ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และปรับระบบการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน ดังแสดงในภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 แสดงแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

2.2.3 ด้านกำลังคนและอัตรากำลัง ให้มีความเหมาะสม โดยพัฒนาทีมดูแลผู้ป่วย COVID-19 ภายในโรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วย COVID-19 และ Non-COVID-19 โดยมีการแบ่งเป็นทีมการรักษาโดยแพทย์ และทีมการดูแลบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ อีกทั้งจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง การป้องกันการแพร่ระบาด และการติดเชื้อ COVID-19

2.2.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ โดยพัฒนาระบบข้อมูลรายงาน การแพร่ระบาด อัตราการติดเชื้อ อัตราตาย บน Dashboard จังหวัด และ Update ทุกวัน และการคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกันในทีม



2.2.5 ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยการจัดหา วัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ เช่น ชุด PPE เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่าย

2.2.6 ด้านงบประมาณและทรัพยากร โดยการบริหารงบประมาณดำเนินงานเพื่อขยายสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยแยกส่วนในระยะการแพร่ระบาด เช่น เงินงบประมาณ เงินงบบำรุง เงินบริจาค ที่จำเพาะในการซื้ออุปกรณ์เพื่อการรักษา

หลังจากนั้น ผู้วิจัยประกาศใช้รูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค โดยใช้การประชุมสื่อสาร และหนังสือชี้แจงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำสู่การปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน และผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนประเมินผลการดำเนินงานวงจรที่ 1 พบปัญหา คือ

- ปัญหาที่ 1 การให้บริการเชื่อมโยงกับเครือข่ายในชุมชน ไม่มีแผนงานระหว่างสาธารณสุขและชุมชนที่ชัดเจน และขาดการใช้อุปกรณ์และทรัพยากรร่วมกัน

- ปัญหาที่ 2 ขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ที่สงสัยติดเชื้อ หรือมีประวัติสัมผัสผู้ป่วย COVID-19

- ปัญหาที่ 3 การติดตามกำกับ และการรายงานสถานการณ์ของโรคที่ไม่ต่อเนื่องชัดเจน

การพัฒนางานรอบที่ 2

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยประชุมระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์ทบทวน ปัจจัยที่ทำให้การคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ประสบผลสำเร็จ มีขั้นตอนการพัฒนาและรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดำเนินการในปี 2563–2565 การคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19

รายการ	การดำเนินการในปี 2563–2565
1. Service Delivery	- จัดทำแผนการพัฒนาระบบการดูแล การคัดกรอง ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ - มอบหมายหน้าที่ให้เจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 - รับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่ และปรับระบบการดูแลร่วมกันกับ รพช. - จัดตั้ง รพ.สนาม เพื่อรองรับผู้ป่วย COVID -19 - จัดตั้งศูนย์คัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อกระจายผู้ป่วยในการดูแล - ดูแลร่วมกันในเครือข่ายพื้นที่ - ปรับปรุงห้อง Negative pressure และขยาย MICU ให้มีห้อง Negative Pressure
2. Health Workforce	- พัฒนาศักยภาพทีมคัดกรอง และทีมดูแลผู้ป่วย COVID-19 ภายใน รพ.มหาสารคาม - อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ที่ต้องดูแลผู้ป่วย



รายการ	การดำเนินการในปี 2563-2565
3. Information	- พัฒนาระบบข้อมูลรายงาน การแพร่ระบาด อัตราการติดเชื้อ และ Update ทุกวัน - คัดลอกข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อนำข้อมูลสู่การพัฒนา
4. Medical product, Vaccine and Technology	- จัดหา วัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ เช่น ชุด PPE ชุดใหญ่ PPE ชุดเล็ก เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่าย - การใช้ยา ให้ตาม CPG อย่างสมเหตุสมผลในการใช้เฉพาะราย
5. Financing	- บริหารงบดำเนินงานเพื่อขยายสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย ในระยะการแพร่ระบาด
6. Leading / Governance	- EOC ระดับจังหวัด ดำเนินงาน กำกับ ติดตามความก้าวหน้า มุ่งเน้น การป้องกัน ควบคุม และสั่งการ บริหารจัดการ การแพร่ระบาด - EOC รพ.มหาสารคาม ติดตาม การดูแลรักษา และเป็นพี่เลี้ยงให้ โรงพยาบาลชุมชน
7. Participation	- จัดบริการเชื่อมโยง ภาควิชาในชุมชน มีการบูรณาการทรัพยากร แผนงาน - มีการคัดกรอง COVID -19 บุคคลนอกพื้นที่จากจังหวัดอื่น และส่งต่อข้อมูล

3. ขึ้นสังเกตผล (observation) หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบ ได้ดำเนินการประเมินผล และคืนข้อมูลของโครงการ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าการพัฒนาในครั้งนี้ทำให้มีระบบการส่งต่อเข้ารับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานที่ชัดเจน อีกทั้งสามารถจัดสถานที่รองรับผู้ป่วยวิกฤตรุนแรงได้อย่างเพียงพอ ในส่วนของผู้ป่วยมีภาวะรุนแรงมีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ลดการสัมผัส การแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากร และผู้ดูแล

3.2 การสังเกตการณ์ การคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 มีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้

(1)ให้ผู้ป่วยล้างมือ ที่จุดล้างมือครั้งที่ 1 แล้วหยิบบัตรคิวบริเวณ (2)นั่งรอบริเวณจุดนั่งพักคอยเว้นระยะ พยาบาลชี้แจงขั้นตอนบริการ (3) จุดล้างมือครั้งที่ 2 ให้ล้างมืออย่างถูกวิธี (4) จุดวัดสัญญาณชีพ (5) ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ และเซ็นใบยินยอมการรักษา (6) เอกซเรย์ปอด (ปฏิบัติตามวิธีการเตรียมตัวบริเวณหน้าจุดเอกซเรย์ปอด) (7) หลังจากเอกซเรย์ปอด นั่งรอจุดพักคอยเว้นระยะ (8) วัดระดับออกซิเจนและรายงานให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบ (9) รอผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์

ซึ่งทุกขั้นตอนของการคัดกรองผู้ป่วยจะต้องประกอบไปด้วย ทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพให้บริการ และมีการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรอง ดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ร่วมด้วย

4. ขึ้นสะท้อนผล (reflection) เพื่อให้การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งจากการถอดบทเรียนร่วมกันกับสหวิชาชีพ และเครือข่าย พบว่า การขับเคลื่อนการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย



COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ต้องประกอบไปด้วย J = Join คือ ร่วมมือกัน/ภาคีเครือข่าย I = Information คือ การใช้ข้อมูลร่วมกัน R = Reliance คือ มีการพึ่งพาอาศัยกัน และความไว้วางใจ A = Assess คือ การประเมินผู้ป่วย และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง P = Plan คือ มีการวางแผนดำเนินงานทุกครั้ง O = Observer คือ การประเมินผลการดำเนินงาน R = X-ray คือ ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรอง และ X-ray ปอด N = Note คือ มีระบบการบันทึกข้อมูล และการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ โดย JIRAPORN Model เป็นกระบวนการที่ขับเคลื่อน ที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จ และจะเกิดคุณค่าทั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจะเกิดการพัฒนาระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืนเป็นรูปธรรม

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ยังมีการคัดกรองที่ล่าช้า ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัย COVID-19 ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ COVID-19 เข้ารับการรักษาตัวกับผู้ป่วยรายอื่น ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ รวิพร โรจนอาษา และคณะ⁽⁷⁾ ที่ได้ศึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา พบว่า มีปัญหาในการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติที่พบบ่อยมาก การร่วมการทำงานกับหน่วยอื่น มีการแยกกันทำงานอย่างชัดเจน แต่ขาดการประสานงานของทีมทำงาน และการใช้ข้อมูลร่วมกัน ต้องปรับตัวเข้าหากันทั้งวิธีการทำงาน แนวปฏิบัติ และกรอบการทำงาน และจากการศึกษาวารสาร สมมติ⁽⁸⁾ พบว่าของหน่วยงานต้องมีแผนในการจัดการป้องกันและควบคุมโรค ควรมีดำเนินการโดยการสำรวจและเตรียมความพร้อมและวางแผนในด้านอาคาร สถานที่ การจัดตั้งจุดคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 จัดทำห้องตรวจแยกโรค ปรับปรุงหอผู้ป่วยใน เพื่อเป็นที่รองรับผู้ป่วย แบ่งโซนของบุคลากรและผู้ป่วย จัดตั้งพัดลมดูดอากาศ และจัดเตรียมอุปกรณ์เวชภัณฑ์ให้มีความเพียงพอ เป็นต้น

2. รูปแบบการคัดกรองจุดแรกรับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคาม มีจุดเด่นของการดำเนินงานที่เน้นการวางแผนงานร่วมกัน มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมทุกขั้นตอนของการทำงาน และมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ จนเกิดเป็น JIRAPORN Model ประกอบด้วย 1) J: Join การร่วมมือกันกับภาคีเครือข่าย 2) I: Information การใช้ข้อมูลร่วมกัน 3) R: Reliance การพึ่งพาอาศัยกัน และความไว้วางใจ 4) A: Assess การประเมินผู้ป่วย และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5) P: Plan มีการวางแผนดำเนินงานทุกครั้ง 6) O: Observer การประเมินผลการดำเนินงาน 7) R: X-ray ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรอง และ X-ray ปอด 8) N: Note มีระบบการบันทึกข้อมูล และการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ ซึ่งเน้นผู้ป่วย COVID-19 เป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ของกรมการแพทย์



ซึ่งรูปแบบการคัดกรองจุดแรกกับผู้ป่วย COVID-19 ในการจัดการความรุนแรงของโรค ได้มีการประชุมสื่อสารและหนังสือชี้แจงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึง การดูแล และให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีการจัดระบบประสานงานและการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของสุธารัตน์ แดพวง⁽⁹⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรอง เพื่อรับมือสถานการณ์โรคไวรัส COVID-19 ของโรงพยาบาลปทุมธานี ผลการวิจัย พบว่า ในกระบวนการจัดการด้านการคัดกรอง COVID-19 ของโรงพยาบาล มีการจัดการสถานพยาบาล มีการแบ่งบริเวณให้ชัดเจน ILI (Influenza like illness) และ NON-ILI แบ่งการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นชุด ณ จุดที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ปะปนบุคลากรระหว่างภารกิจที่มีความเสี่ยงสูงกับภารกิจที่ทั่วไป ให้การบริการในรูปแบบ One Stop Service เพื่อคัดกรองวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ หรือ Fever with ARI clinic แบ่งกลุ่มตามความเสี่ยง ได้แก่ สีขาว ไม่มีความเสี่ยง สีเทา มีอาการเข้าเกณฑ์ PUI อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ และ สีดำ มีอาการเข้าเกณฑ์ PUI อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง และมีการสร้างเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล กำหนดแนวทางการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รองรับบริการส่งต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมหรือส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต แต่เมื่อพิจารณารูปแบบการคัดกรองจุดแรกกับ COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา คือ ผู้ป่วยที่เข้าระบบการคัดกรองแรกกับผู้ป่วย COVID-19 ในโรงพยาบาลมหาสารคาม จะได้รับการคัดกรอง และ X-ray ปอด ทุกรายที่มีอาการเข้าข่ายหรือสงสัยว่าจะเป็น COVID-19 เพื่อช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะปอดอักเสบจาก COVID-19 ได้ตามระดับความรุนแรง ส่งผลให้การบริหารจัดการผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมทันเวลาที่ สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดแยกระดับความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอกเพื่อใช้สำหรับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วย COVID-19 หรือ RAMA CO-RADS⁽¹⁰⁾ จะเห็นได้ว่าการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง และการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการติดเชื้อโดยการพัฒนาระบบการควบคุม และการป้องกันการติดเชื้อ มีการประสานการดำเนินงาน เพื่อการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน จัดการและมีการประเมินผลผลลัพธ์การบริการผู้ป่วย⁽¹¹⁾ ซึ่งการพัฒนาแบบการคัดกรองจุดแรกกับผู้ป่วย COVID-19 ของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อจัดการความรุนแรงของโรคภายในจังหวัดมหาสารคามและเครือข่าย พบว่า การบริหารประสบความสำเร็จ มีขั้นตอนการคัดกรองโรค COVID-19 ที่มีแบบแผน ส่งผลต่อการประเมินอาการ การวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เน้นการทำงานเป็นทีมและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในองค์กร จึงจะทำให้ระบบคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 ในจุดแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ



เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Internet].[Cited 2021 November 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
3. พระครูธรรมศุต (สุทธิพงษ์ สุทธิวง โน), พระมหาอรุณ ปญญารุโณ, และกัญจิรา วิจิตรวัชรารักษ์. สังคมเมืองในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย 2563; ปีที่ 8 ฉบับที่ 1: 263-276.
4. พัทสีมา ภักธีรานนท์, นิภาวรรณ ศรีโยหะ, พัชรกรพจน์ ศรีประสาร, และรุ่งทิพา เสาวนีย์. บทบาทของพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 8 ชุมชน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามารักษ์ดี. วารสารสุขศึกษา 2564; ปีที่ 44 ฉบับที่ 1: 1-11.
5. บัญชา เกิดมณี และคณะ. แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์ 2563; ปีที่ 20 ฉบับที่ 1: 1-12.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดมหาสารคาม. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก <http://mkho.moph.go.th>
7. รวิพร โรจนอาษา กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภชา สิงห์วีระธรรม. การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2565; ปีที่ 14 ฉบับที่ 1: 134-156.
8. วราภรณ์ สมดี. การพัฒนาแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2564; ปีที่ 19 ฉบับที่ 10: 68-79.
9. สุธารัตน์ แลพวง. การบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรองเพื่อรับมือสถานการณ์โรคโควิด COVID-19 ของโรงพยาบาลปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก <http://www3.ru.ac.th>.
10. จิรพร อัสววิสูตร เขียวลักษณ์ เมณฑกานวนวงษ์ กลอยใจ แสนวงษ์ และนิภาพร ละครวงศ์. การพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการทางพยาบาลต่อสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร 2565; ปีที่ 24 ฉบับที่ 1: 35-44.
11. สาคร อินโทโล. การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อแพร่ระบาดของโรคโควิด 19: บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง. วารสารสภาการพยาบาล 2564; ปีที่ 36 ฉบับที่ 3: 5-15.



สถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 1 จังหวัดเลย

FOOD SANITATION SITUATION IN PRIMARY SCHOOL, LOEI PRIMARY EDUCATION SERVICE AREA 1, LOEI PROVINCE

Received: December 05, 2022

Revised: April 09, 2023

Accepted: April 26, 2023

เตือนใจ ศิริพานะกุล¹, ปิยะพงษ์ ชุ่มศรี², มธุรส ชลามาตย์²,
โสภา ธงศิลา¹, เกสร น้อยนาง¹, ยูวาลี สีเส¹, บุญเลี้ยง สุพิมพ์^{2*}
Tuenjai Siripahanakul¹, Piyapong Choomsri², Maturot Chalamat²,
Sopa Thongsila¹, Kesorn Noinang¹, Yuwalee Seesao¹, Bunliang Suphim^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 1 และตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 32 ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ (1) แบบสำรวจมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน (2) ชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียเบื้องต้น (SI-2) และ (3) ชุดทดสอบโคลิฟอร์มในน้ำ น้ำแข็ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า การสุขาภิบาลโรงอาหารของทั้ง 3 โรงเรียน ไม่ผ่านมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารต้องปรับปรุงใน (หมวดที่ 3) ด้านอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม, (หมวดที่ 4) ภาชนะอุปกรณ์, (หมวดที่ 5) การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก, และ (หมวดที่ 7) ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ และผลการตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร น้ำบริโภค น้ำอุปโภค ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหาร พบว่า มีตัวอย่างที่ตรวจพบเชื้อทั้งหมด ร้อยละ 56.25 โดยพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในตัวอย่างน้ำบริโภค น้ำอุปโภค มากที่สุด ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ภาชนะอุปกรณ์ ร้อยละ 60.00 อาหารสด ร้อยละ 50.00 และมือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ

¹ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย Program of Food Science and Technology Program, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

² สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
Program of Public Health, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: bunliang_sp@yahoo.com



ดังนั้น ทางโรงเรียนควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของโรงอาหาร การตรวจสอบคุณภาพอาหารด้านจุลินทรีย์ และสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร เพื่อปรับปรุงโรงอาหาร และคุณภาพของอาหารให้ถูกหลักสุขาภิบาล

คำสำคัญ: การสุขาภิบาลอาหาร, โคลิฟอร์มแบคทีเรีย, โรงเรียนประถมศึกษา

Abstract

The objectives of this study were to study the situation of food sanitation in primary school in the Loei Primary Educational Service Area 1, and to examine microbial contamination in 32 samples of food, drinking water, tap water, utensils, and food handlers' hands. The instruments used in the study were (1) a survey on food sanitation standards in schools, (2) a coliform bacterial contamination test kit (SI-2), and (3) a coliform test kit in water and ice. Data was analyzed by finding frequency and percentage.

The results showed that the canteen sanitation of all three schools did not meet food sanitation standards. Improvements were required in (Category 3) food, water, ice, and beverage, (Category 4) utensils, (Category 5) garbage and sewage collection, and (Category 7) cooks, and waiters. Testing of microbial contamination in food, drinking water, tap water, utensils, and food handlers' hands found that 56.25% of the samples were contaminated. The most coliform-contaminated sample was drinking water and tap water (66.67%), followed by utensils (60.00%), fresh food (50.00%), and hand of food handlers (40.00%), respectively.

Therefore, schools should provide training on food sanitation of canteens, food quality inspection on microorganisms and personal hygiene of food handlers in order to improve canteens and food quality in accordance with food sanitary standards.

Keyword: Food sanitation, Coliform bacteria, Primary school



บทนำ

อาหารกลางวันที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานโภชนาการแก่เด็กในวัยเรียน ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโตสมวัย มีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ จดจำ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค เพราะอาหารให้พลังงานเพื่อนำไปใช้ในการทำงานของระบบต่างๆ ทำให้ร่างกายสามารถเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรออาหารที่ได้นอกจากจะได้สารอาหารตามสัดส่วนที่ร่างกายต้องการ ยังต้องปลอดภัยจากสิ่งแปลกปลอมหรือสิ่งปนเปื้อนที่เป็นโทษต่อร่างกาย โดยเฉพาะสิ่งปนเปื้อนทางชีวภาพ ได้แก่ เชื้อจุลินทรีย์ สารพิษของจุลินทรีย์ และพยาธิต่างๆ ถ้าอาหารมีการปนเปื้อนของเชื้อโรคหรือสารเคมีก็จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของนักเรียนได้^(1, 2)

จากรายงานเฝ้าระวังโรคสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564)⁽³⁾ พบว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทย มีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงทั้งหมด จำนวน 833,540 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,255.85 ต่อประชากรแสนคน และโรคอาหารเป็นพิษ พบผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 89,475 คน คิดเป็นอัตราป่วย 134.81 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดเลยพบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง จำนวน 10,945 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,707.91 ต่อประชากรแสนคน และโรคอาหารเป็นพิษ จำนวน 525 คน คิดเป็นอัตราป่วย 81.92 ต่อประชากรแสนคน โดยพบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงได้ตั้งแต่อายุต่ำกว่า 28 วัน-อายุ 64 ปี ช่วงอายุที่ผู้ป่วยมากที่สุด คือ อายุ 25-64 ปี จำนวน 6,572 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,205.52 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อายุ 3-12 ปี (นักเรียนชั้นอนุบาล ถึงประถมศึกษา) จำนวน 1,704 คน คิดเป็น 265.90 ต่อประชากรแสนคน อายุ 28 วัน-2 ปี (เด็กก่อนวัยเรียน) จำนวน 1,673 คน คิดเป็นอัตราป่วย 261.06 ต่อประชากรแสนคน และอายุ 13-24 ปี พบจำนวน 966 คน คิดเป็นอัตราป่วย 155.42 ต่อประชากรแสนคน และพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ได้ตั้งแต่อายุ 1 ปี-64 ปี ช่วงอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อายุ 25-64 ปี จำนวน 320 คน คิดเป็นอัตราป่วย 49.93 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อายุ 3-12 ปี (นักเรียนชั้นอนุบาล ถึงประถมศึกษา) จำนวน 105 คน คิดเป็นอัตราป่วย 16.38 ต่อแสนประชากร อายุ 13-24 ปี จำนวน 80 คน คิดเป็นอัตราป่วย 12.48 ต่อประชากรแสนคน และอายุ 1-2 ปี (เด็กก่อนวัยเรียน) พบจำนวน 20 คน คิดเป็นอัตราป่วย 3.12 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾

จากการที่พบป่วยโรคอุจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษในกลุ่มเด็กนักเรียน อาจเกิดจากอาหารที่ทางโรงเรียนจัดเตรียมให้เป็นอาหารกลางวันแก่นักเรียน เนื่องจากได้มีการศึกษาภาวะสุขาภิบาลอาหารของโรงเรียน พบว่า ประเด็นที่โรงอาหารในโรงเรียนไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน ได้แก่ น้ำ น้ำแข็ง อ่างล้างภาชนะไม่มีที่ระบาย ไม่มีบ่อดักไขมัน และไม่มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของผู้สัมผัสอาหาร⁽⁵⁾ ความแข็งแรงของโต๊ะ และเก้าอี้ สำหรับรับประทานอาหาร ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ



ต้องผูกผ้ากันเปื้อน ผู้ปรุงต้องเก็บผมโดยใส่หมวกหรือเน็ตคลุมผม⁽⁶⁾ และผู้สัมผัสอาหารมีการสวมใส่เครื่องประดับ ไม่มีการตัดเล็บ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ ยังพบการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในอาหาร วัสดุ อุปกรณ์ น้ำบริโภค น้ำอุปโภค และมือของผู้สัมผัส เช่น มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะใส่อาหาร^(2,6) น้ำถึง 20 ลิตรสำหรับให้นักเรียนบริโภค⁽⁸⁾ จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการสุขาภิบาลอาหารและคุณภาพด้านจุลินทรีย์ของอาหาร น้ำบริโภค น้ำอุปโภค ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหาร ในโรงอาหารของโรงเรียน จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องสถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาเลยเขต 1 จังหวัดเลย เพื่อเป็นข้อมูลให้กับโรงเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปปรับปรุง แก้ไขปัญหาการสุขาภิบาลอาหารในโรงอาหารของโรงเรียนตามสภาพความเป็นจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษาเลยเขต 1
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านจุลินทรีย์ของอาหาร น้ำบริโภค น้ำอุปโภค ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ โรงอาหารในโรงเรียนระดับประถมศึกษาสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาเลย เขต 1 ของอำเภอปากชม จำนวน 2 โรงเรียน เขตอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 1 โรงเรียน รวมทั้งหมด 3 โรงเรียน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเป็นพื้นที่ดำเนินงานตามโครงการยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นมหาวิทยาลัยราชภัฏเลยประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจโรงอาหาร ตามมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ แบ่งออกเป็น 7 หมวด (สอรร. 7) จำนวน 30 ข้อ ดังนี้ (หมวดที่ 1) สถานที่รับประทานอาหารและบริเวณ



ทั่วไป จำนวน 3 ข้อ, (หมวดที่ 2) บริเวณที่เตรียมและปรุงอาหาร จำนวน 4 ข้อ, (หมวดที่ 3) ด้านอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม จำนวน 7 ข้อ, (หมวดที่ 4) ภาชนะอุปกรณ์ จำนวน 7 ข้อ, (หมวดที่ 5) การรวบรวมขยะ และน้ำโสโครก จำนวน 3 ข้อ, (หมวดที่ 6) ห้องน้ำ ห้องส้วม จำนวน 2 ข้อ, และ (หมวดที่ 7) ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ จำนวน 4 ข้อ โดยแบบสำรวจจะแบ่งมาตรฐานโรงอาหาร เป็น 2 ระดับ คือ (1) มาตรฐานดีมาก ต้องปฏิบัติได้ตามมาตรฐานทุกข้อ ครบ 30 ข้อ และ (2) มาตรฐานดี ต้องปฏิบัติตามข้อมาตรฐาน ในแต่ละหมวด ได้แก่ (หมวดที่ 1) ข้อ 1 และ 2, (หมวดที่ 2) ข้อ 4, 6 และ 7, (หมวดที่ 3) ข้อ 8, 9, 11, 12, 13 และ 14, (หมวดที่ 4) ข้อ 15, 16, 17 และ 20, (หมวดที่ 5) ข้อ 22 และ 23, (หมวดที่ 6) ข้อ 25 และ (หมวดที่ 7) ข้อ 27 และ 30 รวมทั้งหมด 20 ข้อ

2. ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียเบื้องต้น (SI-2) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้ปรุง หรือสัมผัสอาหาร การรายงานผล ถ้าสารละลายเปลี่ยนจากสีม่วงเป็นสีเหลือง ภายใน 18-24 ชั่วโมง แสดงว่าพบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ให้รายงานผลเป็นบวก (+, Positive) ถ้าสารละลายยังคงเป็นสีม่วงแดง (หรือจางลงเล็กน้อย) แสดงว่า ตัวอย่างนั้นตรวจไม่พบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ให้รายงานผลเป็นลบ (-, Negative)

3. ชุดทดสอบโคลิฟอร์มในน้ำ น้ำแข็ง (อ.11) สำหรับตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำสำหรับบริโภค อุปโภค และน้ำแข็ง โรงอาหารของโรงเรียน การรายงานผลถ้าสารละลายเปลี่ยนจากสีแดงเป็น สีนํ้าตาลหรือสีส้มหรือสีเหลือง มีความขุ่น และมีฟองเกิดขึ้นเมื่อเขย่าเบาๆ ภายใน 18-24 ชั่วโมง แสดงว่า พบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย รายงานผลเป็นบวก (+, Positive) ถ้าสารละลายยังคงเป็นแดง (หรือจางลงเล็กน้อย) แสดงว่า ตัวอย่างนั้นตรวจไม่พบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ให้รายงานผลเป็นลบ (-, Negative)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ใช้แบบสำรวจมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน (สอรร. 7) สำรวจมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในโรงอาหารของโรงเรียน ในเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 ของอำเภอปากชม จำนวน 2 โรงเรียน และอำเภอท่าลี่ จำนวน 1 โรงเรียน รวมทั้งหมด 3 โรงเรียน

2. การตรวจสอบคุณภาพด้านจุลินทรีย์ในตัวอย่างอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ภาชนะอุปกรณ์ และผู้สัมผัสอาหาร โดยใช้ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียเบื้องต้น (SI-2) และชุดทดสอบโคลิฟอร์มในน้ำ น้ำแข็ง



(อ.11) ของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษาเลย เขต 1 จังหวัดเลย รวมทั้งหมด 32 ตัวอย่าง รายละเอียดดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายการและจำนวนตัวอย่างที่ตรวจสอบคุณภาพด้านจุลินทรีย์

รายการ	จำนวนตัวอย่าง
ตัวอย่างอาหารสด/อาหารปรุงสุก	6
เนื้อไก่สด เนื้อหมูสด เนื้อไก่สุก เนื้อหมูสุก	
ภาชนะอุปกรณ์	15
ช้อน ส้อม เขียงไม้ ถาดหลุมใส่อาหาร ทัพพี	
น้ำบริโภคน้ำและน้ำอุปโภค	6
มือสัมผัสอาหาร	5
รวม	32

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการภายใต้หลักการเคารพสิทธิและเสรีภาพแห่งบุคคล โดยมีการอธิบายถึงความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงข้อมูลในด้านต่างๆ วัตถุประสงค์ รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย กระบวนการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และขออาสาสมัครลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานและภาพลักษณ์ของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์สุขาภิบาลอาหารของโรงอาหารในโรงเรียนระดับประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาเลย

เขต 1

จากการสำรวจโรงอาหารของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษาเลย เขต 1 จังหวัดเลย พบว่า โรงอาหารทั้ง 3 โรงเรียน ไม่ผ่านมาตรฐานในระดับดี ต้องมีการปรับปรุง เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติตามข้อมาตรฐานที่มีสัญลักษณ์วงกลมกำกับที่ตัวเลข ทุกข้อ ครบ 20 ข้อ จากทั้งหมด 30 ข้อ ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เหมือนกันทั้ง 3 โรงเรียน คือ



(หมวดที่ 3) ด้านอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม ในประเด็น (1) อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดีแยกเก็บเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือ เก็บในตู้เย็น ถ้าเป็นห้องเย็นต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร สำหรับอาหารสดต้องล้างให้ สะอาดก่อนนำมาปรุง, (2) อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพดี เก็บเป็นระเบียบ สูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร และ (3) ไม่มีผู้สำหรับปกปิดอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว และด้านหน้าของ ตู้ต้องเป็นกระจก

(หมวดที่ 4) ภาชนะอุปกรณ์ ในประเด็น (1) ภาชนะใส่น้ำดื่ม สายชู น้ำปลา และน้ำจิ้ม ต้องทำด้วย แก้ว กระเบื้องเคลือบขาว มีฝาปิด และช้อนตักทำด้วยกระเบื้องเคลือบขาว หรือสแตนเลส สำหรับ เครื่องปรุงรสอื่นๆ ต้องใส่ในภาชนะที่ทำความสะอาดง่าย มีฝาปิด และสะอาด, (2) จาน ชาม ถ้วย แก้วน้ำ ถาดหลุม ฯลฯ เก็บไว้ในภาชนะโปร่งสะอาดหรือตะแกรง วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือ เก็บในภาชนะหรือสถานที่ที่สะอาดมีการปกปิด และ (3) ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะ โปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและมีการปกปิด ตั้งสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

(หมวดที่ 5) การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก ในประเด็น (1) ใช้ถังขยะที่ไม่รั่วซึม และมีฝาปิด และ (2) ไม่มีบ่อดักเศษอาหารและดักไขมันที่ใช้การได้ดีก่อนระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง

(หมวดที่ 7) ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ในประเด็น การมีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ไม่สูบบุหรี่ในขณะที่ ปฏิบัติงาน ไม่ใช้มือหยิบจับอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วโดยตรง ฯลฯ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจโรงอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร (สอรร. 7) กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ของโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษาเลย เขต 1

ข้อกำหนดของอนามัย	ผลการสำรวจ			โรงเรียนที่ไม่ผ่าน รายชื่อ (ร้อยละ)
	โรงเรียน	โรงเรียน	โรงเรียน	
	1	2	3	
(หมวดที่ 1) สถานที่ประทานอาหาร และบริเวณทั่วไป				
1. สะอาด เป็นระเบียบ	✓	✓	✓	0 (0.00)
2. โต๊ะ เก้าอี้ สะอาด แข็งแรง จัดเป็นระเบียบ	✓	x	✓	1 (33.33)
3. มีการระบายอากาศที่ดี	✓	✓	✓	0 (0.00)



ข้อกำหนดของอนามัย	ผลการสำรวจ			โรงเรียนที่ไม่ผ่าน รายชื่อ (ร้อยละ)
	โรงเรียน 1	โรงเรียน 2	โรงเรียน 3	
(หมวดที่ 2) บริเวณที่เตรียมและปรุงอาหาร				
4. สะอาด เป็นระเบียบ พื้นทำด้วยวัสดุถาวร แข็ง เรียบ สภาพดี	✓	✓	✓	0 (0.00)
5. มีการระบายอากาศรวมทั้งกลิ่น และควันจากการ ทำอาหารได้ดี เช่น มีปล่องระบายควัน หรือพัดลมดูด อากาศที่ใช้การได้ดี	✓	✓	✓	0 (0.00)
6. ไม่เตรียมและปรุงอาหารบนพื้น	✓	✓	✓	0 (0.00)
7. โต๊ะเตรียม-ปรุงอาหาร และบริเวณเตาไฟ ต้องทำด้วย วัสดุที่ทำความสะอาดง่าย เช่น สแตนเลส กระเบื้องมีสภาพ ดี และพื้น โต๊ะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	✓	x	✓	1 (33.33)
(หมวดที่ 3) ด้านอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม				
8. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมี เลขสารบบอาหาร	✓	✓	✓	0 (0.00)
9. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกัน วางสูงจากพื้น อย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือเก็บในตู้เย็น ถ้าเป็นห้องเย็น ต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร สำหรับอาหาร สดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง	x	x	x	3 (100.00)
10. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมี คุณภาพดี เก็บเป็นระเบียบ สูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร	x	x	x	3 (100.00)
11. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการ ปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	✓	✓	✓	0 (0.00)
12. มีตู้สำหรับปกปิดอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว และ ด้านหน้าของผู้ต้องเป็นกระจก	x	x	x	3 (100.00)
13. น้ำดื่ม เครื่องดื่ม น้ำผลไม้ต้องสะอาด ใส่ในภาชนะที่ สะอาด มีฝาปิด มีก๊อกหรือทางเทริน้ำ หรือมีอุปกรณ์ที่มี ด้ามสำหรับดักโดยเฉพาะและวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	✓	✓	✓	0 (0.00)



ข้อกำหนดของอนามัย	ผลการสำรวจ			โรงเรียนที่ไม่ผ่าน รายชื่อ (ร้อยละ)
	โรงเรียน 1	โรงเรียน 2	โรงเรียน 3	
14. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด ใส่ในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด มีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับหยิบหรือตักโดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และต้องไม่มีสิ่งของอื่น แร่รวมไว้	N/A	N/A	N/A	N/A
(หมวดที่ 4) ภาชนะอุปกรณ์				
15. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ช้อน ส้อม ฯลฯ ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่เป็นอันตราย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาวหรือสีอ่อน สำหรับตะเกียบต้องเป็นไม้ไม่ตกแต่งสีหรือพลาสติกสีขาว	✓	✓	✓	0 (0.00)
16. ภาชนะใส่น้ำดื่มสายชู น้ำปลา และน้ำจิ้ม ต้องทำด้วยแก้ว กระเบื้องเคลือบขาว มีฝาปิด และช้อนตักทำด้วยกระเบื้องเคลือบขาว หรือสแตนเลส สำหรับเครื่องปรุงรสอื่น ๆ ต้องใส่ในภาชนะที่ทำความสะอาดง่าย มีฝาปิด และสะอาด	x	x	x	3 (100.00)
17. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการอย่างน้อย 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 ล้างด้วยน้ำยาล้างจาน และขั้นตอนที่ 2 ล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้งหรือล้างด้วยน้ำไหลและอุปกรณ์การล้างต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	✓	✓	✓	0 (0.00)
18. ใช้อ่างล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีท่อระบายน้ำที่ใช้การได้ดีอย่างน้อย 2 อ่าง	✓	✓	✓	0 (0.00)
19. จาน ชาม ถ้วย แก้วน้ำ ถาดหลุม ฯลฯ เก็บไว้ในภาชนะโปร่งสะอาดหรือตะแกรง วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือเก็บในภาชนะหรือสถานที่ที่สะอาดมีการปกปิด	x	x	x	3 (100.00)
20. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและมีการปกปิด ตั้งสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	x	x	x	3 (100.00)



ข้อกำหนดของอนามัย	ผลการสำรวจ			โรงเรียนที่ไม่ผ่าน รายชื่อ (ร้อยละ)
	โรงเรียน 1	โรงเรียน 2	โรงเรียน 3	
21. เชียงต้องมีสภาพดี ไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง มีเชิงใช้ เฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบ แยกจากกัน มีฝาชีครอบ (ยกเว้นครัวที่มีการป้องกันแมลงวันแล้ว) (หมวดที่ 5) การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก	x	x	✓	2 (66.67)
22. ใช้ถังขยะที่ไม่รั่วซึม และมีฝาปิด	x	x	x	3 (100.00)
23. มีท่อหรือรางระบายน้ำที่มีสภาพดี ไม่แตกร้าว ระบาย น้ำจากห้องครัวและที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ลงสู่ท่อระบาย หรือแหล่งบำบัดได้ดี และต้องไม่ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่ง น้ำสาธารณะโดยตรง	x	✓	✓	1 (33.33)
24. มีบ่อดักเศษอาหารและดักไขมันที่ใช้การได้ดีก่อน ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง	x	x	x	3 (100.00)
(หมวดที่ 6) ห้องน้ำ ห้องส้วม				
25. ห้องน้ำ ห้องส้วม ต้องสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น มีน้ำใช้ เพียงพอ	✓	✓	✓	0 (0.00)
26. ห้องส้วมแยกเป็นสัดส่วน ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่ เตรียม-ปรุงอาหาร ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีอยู่ในบริเวณห้องส้วม	x	x	✓	2 (66.67)
(หมวดที่ 7) ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ				
27. แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน	✓	✓	✓	0 (0.00)
28. ผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว หรือมีเครื่องแบบ ผู้ปรุงจะต้อง ใส่หมวก หรือเนทคลุมผมด้วย	x	✓	✓	
29. ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ ไม่เป็นโรค ผิวหนัง สำหรับผู้ปรุงจะต้องมีหลักฐานการตรวจสุขภาพ ในปีนั้นให้ตรวจสอบได้	✓	✓	✓	0 (0.00)
30. มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ดัดเล็บสั้น ไม่สูบบุหรี่ในขณะที่ ปฏิบัติงาน ไม่ใช้มือหยิบจับอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วโดยตรง ฯลฯ	x	x	x	3 (100.00)
รวมข้อที่ผ่าน	16	16	20	

หมายเหตุ N/A = ไม่ได้ประเมินเนื่องจากโรงเรียนไม่มีการใช้น้ำแข็งในโรงอาหาร



2. การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร น้ำบริโภค น้ำอุปโภค ภาชนะอุปกรณ์และมือผู้สัมผัสอาหาร

จากการหาการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย โดยใช้ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียเบื้องต้น (SI-2) และชุดทดสอบโคลิฟอร์มในน้ำ น้ำแข็ง (อ.11) ในตัวอย่างทั้ง 32 ตัวอย่าง ตรวจพบเชื้อทั้งหมด ร้อยละ 56.25 โดยพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในตัวอย่างน้ำบริโภค น้ำอุปโภค มากที่สุด ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ภาชนะอุปกรณ์ ร้อยละ 60.00 อาหารสด ร้อยละ 50.00 และมือผู้ปรุง/สัมผัสอาหาร ร้อยละ 40.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหาร น้ำบริโภค น้ำอุปโภค ภาชนะอุปกรณ์และมือผู้ปรุง/สัมผัสอาหาร

รายการ	จำนวน ตัวอย่าง	พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย		ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- อาหารสด/อาหาร ปรุงสุก	6	3	50.00	3	50.00
- ภาชนะอุปกรณ์	15	9	60.00	6	40.00
- น้ำบริโภคและน้ำ อุปโภค	6	4	66.67	2	33.33
- มือ สัมผัสอาหาร	5	2	40.00	3	60.00
รวม	32	18	56.25	14	43.75

สรุปผลการวิจัย

จากการประเมินสถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนระดับประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาเลย เขต 1 พบว่า โรงอาหารของทั้ง 3 โรงเรียน ไม่ผ่านมาตรฐานในระดับดี ต้องมีการปรับปรุง หมวดที่ไม่ผ่านมาตรฐาน คือ (หมวดที่ 3) ด้านอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม (หมวดที่ 4) ภาชนะอุปกรณ์ (หมวดที่ 5) การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก และ (หมวดที่ 7) ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ และการตรวจการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร น้ำบริโภค น้ำอุปโภค ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร พบว่า มีตัวอย่างตรวจพบเชื้อทั้งหมด ร้อยละ 56.25 โดยพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างน้ำบริโภค น้ำอุปโภค มากที่สุด รองลงมา คือ ภาชนะอุปกรณ์ อาหารสด และมือผู้สัมผัสอาหาร ตามลำดับ



อภิปรายผลการวิจัย

จากการประเมินสถานการณ์สุขาภิบาลอาหารของโรงอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาเลย เขต 1 จังหวัดเลย พบว่า หมวดที่ทั้ง 3 โรงเรียน ไม่ผ่านเหมือนกัน คือ (หมวดที่ 3) ด้านอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม (หมวดที่ 4) ภาชนะอุปกรณ์ (หมวดที่ 5) การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก และ(หมวดที่ 7) ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิณา บุตรนคร และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง (2564)⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาสถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนพื้นที่ตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ไม่ผ่านมาตรฐานในข้อ 24 มีบ่อดักเศษอาหารและดักไขมันที่ใช้การได้ดี ก่อนระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง และข้อ 28 ผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว หรือมีรูปแบบผู้ปรุงจะต้องใส่หมวก หรือเนทคลุมผมด้วย มากที่สุด และการศึกษาของ รพีพรรณ ขงยอด และรัตนี คำมูลคร (2561)⁽¹¹⁾ ทำการศึกษากาสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ การวางซ้อน ส้อม ตะเกียบ ไม่ได้วางตั้งเอาด้ามขึ้น ทำให้มีโอกาสปนเปื้อนจากการสัมผัสของผู้เสิร์ฟ หรือผู้บริโภคได้ ไม่มีตู้สำหรับปกปิดอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร เชียงมีสภาพแตกร้าว ไม่มีการแยกเชิงเฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบแยกจากกัน ไม่มีบ่อดักเศษอาหารและไขมัน ผู้ปรุง/ผู้สัมผัสอาหารไม่สวมผ้ากันเปื้อน ไม่สวมหมวกหรือเนทคลุม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ แมลง ผุน และเส้นผมของผู้สัมผัสอาหารในอาหาร รวมทั้งการปนเปื้อนเชื้อข้ามจากอาหารดิบไปยังอาหารสุก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียนที่รับประทานอาหารต่อไป

จากการประเมินการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร น้ำบริโภค น้ำอุปโภค ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารของโรงเรียน พบว่า มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในตัวอย่างน้ำบริโภค น้ำอุปโภค มากที่สุด ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ภาชนะอุปกรณ์ ร้อยละ 60.00 อาหารสด ร้อยละ 50.00 และมือสัมผัสอาหาร ร้อยละ 40.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิณา บุตรนคร และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง (2564)⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษากาการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหารของโรงเรียนพื้นที่ตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า มือผู้สัมผัสอาหารมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุด ร้อยละ 46.15 รองลงมา คือ ภาชนะอุปกรณ์ ร้อยละ 19.57 น้ำบริโภค มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ 18.18 และการศึกษาของ รพีพรรณ ขงยอด และรัตนี คำมูลคร (2561)⁽¹¹⁾ พบว่า ตัวอย่างอาหารมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ 70 ซึ่งมีการปนเปื้อนมากในมือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะที่สัมผัสอาหาร และตัวอย่างน้ำมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และการศึกษาของ สมเจตน์ ทองคำ, จิราภรณ์ หลาบคำ และลักษณีย์ บุญขาว (2558)⁽¹²⁾ พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารและภาชนะ ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ



มือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 21.00 เป็นต้น เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย เป็นเชื้อจุลินทรีย์ที่พบในสิ่งแวดล้อม ลำไส้ของคนและสัตว์เลื้อยคลาน การที่ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อชนิดนี้ในตัวอย่างน้ำบริโภค น้ำอุปโภค ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหารนั้นแสดงว่า ระบบกรอง และฆ่าเชื้อในการผลิตน้ำบริโภคนั้นมีปัญหา เนื่องจากน้ำส่วนใหญ่บริโภคในโรงเรียนมาจากน้ำถัง 20 ลิตรที่ซื้อจากโรงงานผลิตน้ำดื่ม สำหรับ น้ำบริโภคอาจจะมีกรต้งในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม มีความอับชื้น และใกล้ห้องน้ำห้องส้วม⁽¹¹⁾ เมื่อนำมาล้าง ภาชนะ และมือของผู้สัมผัสอาหาร ก็ทำให้ภาชนะและมือไม่สะอาดได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ทางผู้บริหารโรงเรียนต้องเน้นย้ำ ให้ความรู้ และมีมาตรการ เกี่ยวกับคุณภาพของน้ำบริโภค น้ำอุปโภค การล้างทำความสะอาดภาชนะอุปกรณ์ในการทำอาหาร ลักษณะสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ปรุงหรือสัมผัสอาหาร เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหาร ในโรงเรียนของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้นักเรียนได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และปลอดภัย ลดการเจ็บป่วยจากโรคอุจจาระร่วง และโรคอาหารเป็นพิษต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ โครงการยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นมหาวิทยาลัย ราชภัฏเลยประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่ให้ทุนอุดหนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ โรงเรียน ในเขตอำเภอปากชม และอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่ในการทำวิจัย และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ คุณครู และผู้ดูแลอาหารกลางวัน ของโรงเรียนที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชารห์ทัย มาลาเวช. คู่มือมาตรฐานและกลวิธีในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของสถานศึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2553.
2. อัมพร ท่าตะ, ชุริยาณี อาบวะ, และดาริณา อาบวะ. ภาวะสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาเขต 2. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มจร. 2561; 3(1): 1-7.
3. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วง ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=02>



4. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังโรคอาหารเป็นพิษ ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=03>
5. จิตรดา มาตยาคุณ. มาตรฐานโรงอาหารของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน: กรณีศึกษาโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดลพบุรี. วารสารกฎหมายสุขภาพและนโยบายสาธารณสุข 2559; 2(3): 299–312.
6. จิราภรณ์ หลาบคำ, จินตนา ศิริบุรณ์พิพัฒนา, และวิษณีย์ แก่นคง. การสุขาภิบาลอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2560; 19(3): 108–118.
7. Pascual, P. A., Abenis, N. F. Assessment of the sanitary conditions and food handlers' practices of public and private high school canteens in Eastern Visayas, Philippines. The Countryside Development Research Journal 2016; 4(1): 1–9.
8. จริยา อินทรรักษ์, สุภาภรณ์ ลมูลศิลป์ และ วาสนา คณะวาปี. คุณภาพน้ำบริโภคในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัด พื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(ฉบับเพิ่มเติม 2): S208–S217.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำสำหรับสาธารณสุขอำเภอ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2557.
10. ศศิณา บุตรนคร และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง. สถานการณ์สุขาภิบาลอาหาร และน้ำบริโภคในโรงเรียนพื้นที่ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2564; 21(2): 68–79.
11. รพีพรรณ ขงขอด และรัตนี คำมูลคร. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนในเขตพื้นที่การประถมศึกษาสกลนคร เขต 1. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 13(1): 56–68.
12. สมเจตน์ ทองคำ, จิราภรณ์ หลาบคำ และลักษณีย์ บุญขาว. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 22 อุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2558; 17(1): 36–49.



พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอดอนนาคร จังหวัดสระแก้ว
FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS TO STRENGTHEN IMMUNITY DURING THE COVID-19 EPIDEMIC OF THE ELDERLY IN NONG TAKHIAN BON SUBDISTRICT, WATTHANA NAKHON DISTRICT, SA KAEO PROVINCE

Received: March 24, 2023

Revised: April 28, 2023

Accepted: April 30, 2023

ธธิธา เวียงปฏี¹, นัชชา ยันติ^{1*}

Tatita Wiangpati¹, Nadchar Yanti^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 260 คน สุ่มแบบหลาย ขั้นตอน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความ เชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้ โดยใช้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการ บริโภคอาหารฯ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 และ 0.79 ตามลำดับ ใช้การ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ สถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติค่าไคสแควร์ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 75.0 ทักษะ ระดับปานกลาง ร้อยละ 76.9 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 73.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย สถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว ประวัติ การป่วยโรค COVID-19 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ต่อการบริโภคอาหารเสริมภูมิคุ้มกันโรคฯ ที่ถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ผู้สูงอายุ, COVID-19, เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Faculty of Public Health Walaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage

*Corresponding author E-mail: Nadchar@vru.ac.th



Abstract

This research was Survey research by Cross-sectional study. The objectives to study knowledge, attitude, behavior, and factors associated to food consumption behavior for strengthening the immune system during the COVID-19 pandemic among elders at Nong Takhian Bon Sub-District, Watthana Nakhon District, Sa Kaeo Province. There were 260 people participating in this study, by multistage Sampling and collecting data by questionnaire. IOC 06.7-1.00, Reliability of knowledge by KR-20 were 0.87, Reliability of attitude and behaviors by Cronbach's Alpha coefficient were 0.91 and 0.79. Descriptive statistics, for example frequency, percentage, mean, and standard deviation, were reported in the present study. Inferential Statistics, such as Chi-square, was used for analyzing the significant relationship between the variables ($p < 0.05$).

The results showed that the percentages of the knowledge of food consumption, the attitude of food consumption, and food consumption behavior were 75.0, 76.9, and 73.8, respectively. In other words, the results demonstrate that the knowledge of food consumption, the attitude of food consumption, and food consumption behavior were moderate. Factors related to food consumption behavior to enhance immunity of the samples, such as gender, occupation, education level, average income, status, housing style, congenital disease, history of illness with COVID-19, knowledge and attitude about food consumption to enhance immunity during the COVID-19 epidemic were significantly different ($p < 0.05$).

The relevant staff can use the results of this research to be baseline data for developing knowledge and changing attitude towards the consumption. As a result, people are able to do proper dietary habits.

Keywords: Food consumption behavior, Elder, COVID-19, Strengthen immunity



บทนำ

เนื่องจากปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค COVID-19 ในชุมชนเป็นวงกว้าง และกระจายไปทั่วประเทศ ซึ่งเชื่อกันว่าติดต่อกันได้ทางละอองฝอยของสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ละอองจากการไอ จาม หรือการพูดคุยใกล้ชิดในระยะ 1-1.5 เมตร และการสัมผัสสารคัดหลั่งที่อยู่ตามสิ่งของต่างๆ แล้วไปโดนเยื่อเมือกต่างๆ เช่น ตา จมูก ปาก ประกอบกับการแพร่เชื้อสามารถติดต่อจากผู้ที่ติดเชื้อที่ยังไม่แสดงอาการได้ นับตั้งแต่สถานการณ์ COVID-19 แพร่ระบาดในประเทศไทย ไม่เพียงแต่ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางมีโรคประจำตัว มีร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามอายุ จึงมีความเสี่ยงในด้านสุขภาพและต้องการการดูแลที่มากกว่า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง พร้อมต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บซึ่งต้องอาศัยความรู้ เพื่อนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดี และมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้อง อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยเกษียณไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ที่น้อยกว่าในวัยทำงาน จึงได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)⁽¹⁾

จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีสถานะชุมชนเมืองกึ่งชนบท มีผู้สูงอายุมากขึ้นและยังพบกลุ่มผู้สูงอายุทั้งอาศัย ในชุมชนเมืองและชนบท มีแนวโน้มเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยมากขึ้นเช่นกัน ปัจจุบันพบว่า มีผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว มีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบันกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูง หากมีการติดเชื้อจะมีการจะรุนแรงมากกว่าในวัยอื่นๆ และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตะเกียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว เนื่องจากเห็นว่าประชากรกลุ่มนี้มีอายุยืนยาว เพื่อเป็นแนวทางและเป็นแหล่งข้อมูลนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ และเพื่อเป็นประโยชน์ในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตะเกียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว



2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว

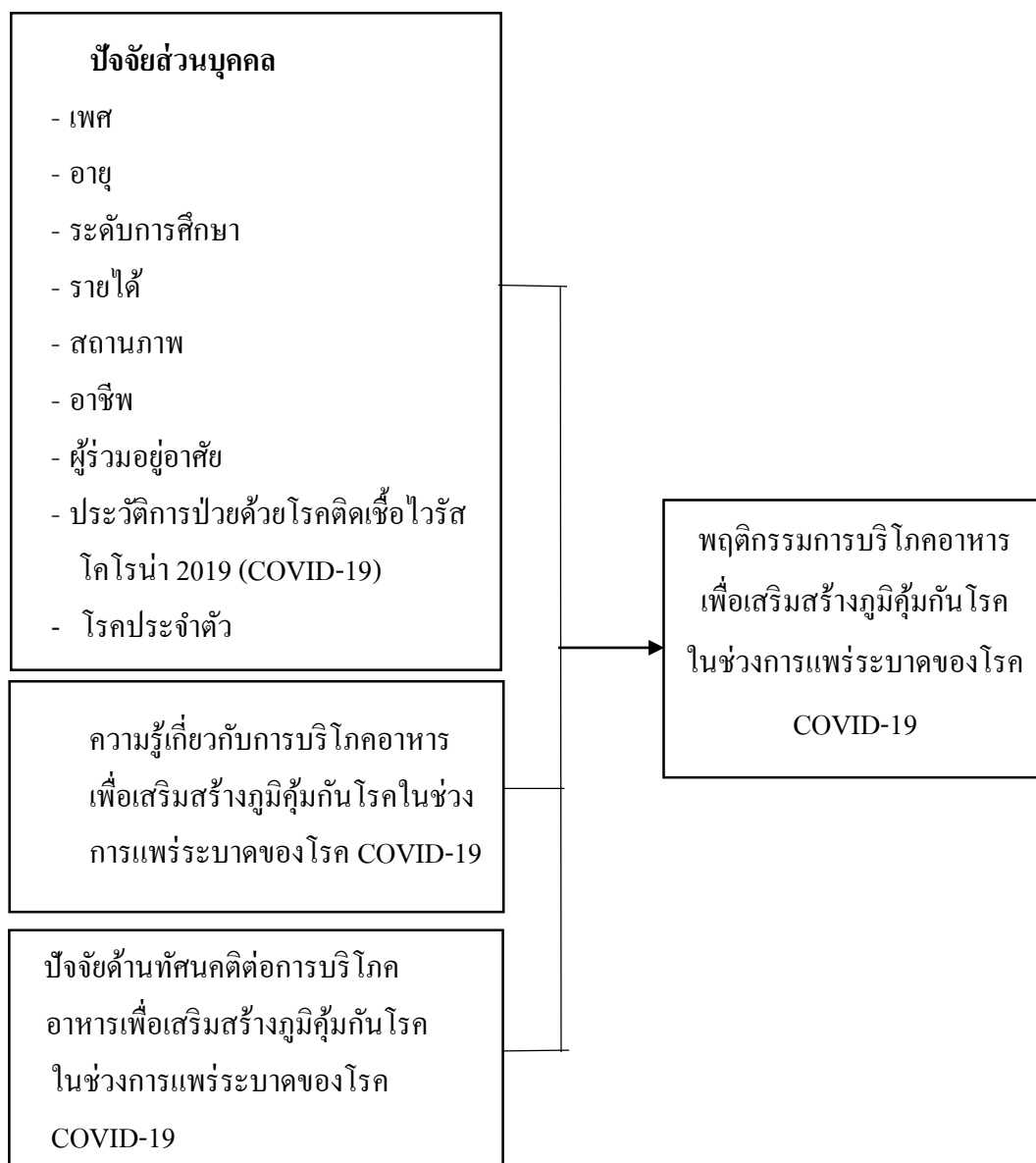
การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

(independent variable)

ตัวแปรตาม

(dependent variable)





ระเบียบวิธีวิจัย

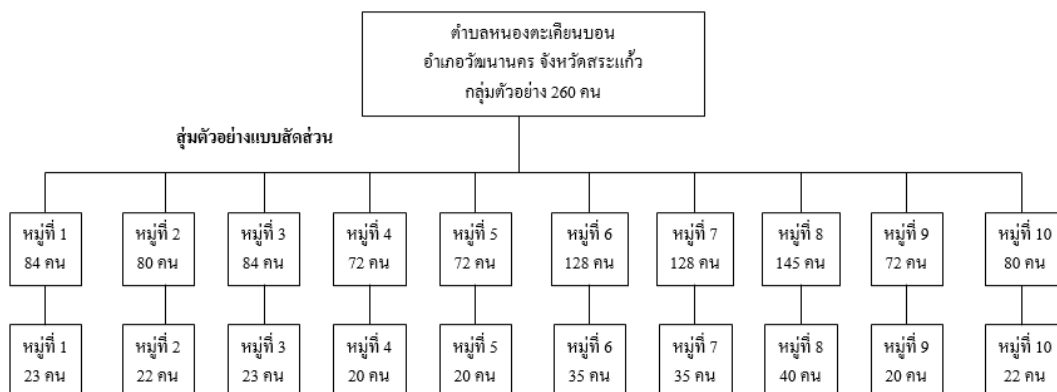
รูปแบบการวิจัย (Research Design) การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม 2565 พื้นที่ดำเนินการ คือ ตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้สูงอายุตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ทั้งเพศชาย และหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวน 945 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างของ Daniel (1995)

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ทั้งเพศชาย และหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 260 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยมี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional Allocation) ตามหมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1-10 ตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว



ขั้นตอนที่ 2 หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากหมายเลขแทนรายชื่อจนกระทั่งครบตามจำนวน และตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ ผู้ร่วมอยู่อาศัย ประวัติการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และโรคประจำตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 มีทั้งหมด 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารประเภทของอาหารและสารอาหารที่มีประโยชน์และช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน แปลความหมายแบบสอบถามความรู้ 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971)⁽⁸⁾ ได้แก่ คะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 (11-13 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (8-10 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-7 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 มีทั้งหมด 13 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเชื่อ ข้อคิดเห็นในการบริโภคอาหารเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน เลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แปลความหมายคะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งของบลูม (Bloom, 1971)⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ทัศนคติระดับสูง ระดับปานกลางถึงระดับต่ำ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 79.99 (1-10 คะแนน) หมายถึง ทัศนคติอยู่ในปานกลางถึงระดับต่ำ และคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (11-13 คะแนน) หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 มีทั้งหมด 12 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับชนิด ประเภทของอาหารและสารอาหารที่บริโภค ความถี่ของอาหารและสารอาหารที่บริโภค และการกระทำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน มีลักษณะให้เลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ พฤติกรรมอยู่ในระดับดี ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี แปลความหมายจากค่าเฉลี่ยแบ่งเป็นช่วงคะแนน ดังนี้ (Best, 1977)⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าและรวบรวมเอกสารทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบแบบสอบถามเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุ ตำบลป่าไร่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้ โดยใช้ค่า KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามทัศนคติและแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารฯ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 และ 0.79 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics Analysis) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยใช้สถิติที่ใช้ประกอบด้วย การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic Analysis) โดยใช้สถิติค่าไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของทางมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ COA No. 0041/2565 (REC No. 0024/3564) รับรองวันที่ 31 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 260 คน เพศหญิง ร้อยละ 58.8 เพศชาย ร้อยละ 41.2 ส่วนใหญ่มีอายุ 60-71 ปี ร้อยละ 77.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 6,001-10,000 บาท ร้อยละ 79.6 รองลงมาคือ น้อยกว่า 6,000 บาท ร้อยละ 18.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่อาศัยร่วมกัน ร้อยละ 86.5 อาศัยอยู่ร่วมกันส่วนใหญ่เป็นคู่สามี/ภรรยา ร้อยละ 78.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 58.1

2. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 ระดับต่ำ ร้อยละ 23.1 และระดับสูง ร้อยละ 1.9 แสดงดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (n = 260)

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ ระดับสูง (11-13 คะแนน)	5	1.9
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ ระดับปานกลาง (8-10 คะแนน)	195	75.0
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)	60	23.1

3. ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.9 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 11.9 และระดับสูง ร้อยละ 11.2 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 (n = 260)

ระดับคะแนนทักษะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ อยู่ในระดับต่ำ (1-23 คะแนน)	11	3.7
ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ อยู่ในระดับปานกลาง (24-30 คะแนน)	66	22.0
ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ อยู่ในระดับสูง (31-39 คะแนน)	223	74.3



4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.8 รองลงมา คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 15.4 และระดับดี ร้อยละ 10.8 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 (n=260)

ระดับคะแนนพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.00)	40	15.4
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคฯ ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01–3.00)	192	73.8
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงฯ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.01–4.00)	28	10.8

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) สถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว ประวัติการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แสดงดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 (n = 260)

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19			χ^2	p
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี		
เพศ				52.114	< 0.001*
ชาย	6 (2.3)	73 (28.1)	28 (10.8)		
หญิง	34 (13.1)	119 (4.8)	0		
อาชีพ				201.432	< 0.001*
รับจ้าง	6 (2.3)	62 (23.8)	0		
ธุรกิจส่วนตัวและ พ่อบ้าน แม่บ้าน	0	73 (28.1)	28 (10.8)		
เกษตรกร	34 (13.1)	57 (21.9)	0		
ระดับการศึกษา				98.863	< 0.001*
ประถมศึกษา	40 (15.4)	64 (24.6)	0		
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	102 (39.2)	14 (5.4)		
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช./ปวส.	0	26 (10.0)	14 (5.4)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				11.782	0.019*
น้อยกว่า 6,000 บาท	12 (4.6)	36 (13.8)	0		
6,001-10,000 บาท	28 (10.8)	151 (58.1)	28 (10.8)		
10,001 บาทขึ้นไป	40 (15.4)	192 (73.8)	28 (10.8)		



ตัวแปร	พฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19			χ^2	p
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี		
สถานภาพ				14.324	0.026*
สมรสและอยู่อาศัย ด้วยกัน	40 (15.4)	157 (60.4)	28 (10.8)		
สมรสและแยกกันอยู่	0	16 (6.2)	0		
หย่า/หม้ายและ โสด	0	19 (7.3)	0		
ลักษณะการอยู่อาศัย				25.856	< 0.001*
สามี/ภรรยา	40 (15.4)	135 (51.9)	28 (10.8)		
ญาติพี่น้อง	0	30 (11.5)	0		
คนเดียว	0	27 (10.4)	0		
โรคประจำตัว				15.603	< 0.001*
ไม่มี	26 (10.0)	120 (46.2)	28 (10.8)		
มี	14 (5.4)	72 (27.7)	0		
ประวัติการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)				78.450	< 0.001*
ไม่เคย	40 (15.4)	69 (26.5)	0		
เคย	0	123 (47.3)	28 (10.8)		
ระดับความรู้				13.690	0.008*
ระดับต่ำถึงระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 0-79)	26 (10.0)	146 (56.1)	28 (10.8)		
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	14 (5.4)	46 (17.7)	0		



ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19			χ^2	p
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี		
ระดับทัศนคติ				171.877	< 0.001*
ระดับต่ำถึงระดับ	40	177	14		
ปานกลาง (ร้อยละ 0-79)	(15.4)	(68.0)	(5.4)		
ระดับสูง (ร้อยละ 80	0	15	14		
ขึ้นไป)		(5.8)	(5.4)		

*p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย สถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว ประวัติการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ซึ่งไม่สอดคล้องกับ นางสาวพนีย์ เพ็ญอ่อนคำ (2563)⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่อง ทัศนคติของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมืองเชียงใหม่ ต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ร่วมงาน

ไม่สอดคล้องกับกฤติน ชุมแก้ว และชีพสุมน รังสยาธร (2557)⁽²⁾ จากการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าสามในสี่ (77.8%) มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีและมีเพียงร้อยละ 22.2 ที่มีทัศนคติเป็นกลางต่อการบริโภคอาหาร ทั้งนี้ ไม่มีผู้สูงอายุที่มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารไม่ดี โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติ 45.58 คะแนน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีนั้น อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (86.3%) มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีทำให้มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่ดีด้วย



สอดคล้องกับ สุพรรณิ พุกษา (2559)⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.87

และสอดคล้องกับสุดาพร ราชวงศ์และจารุณี จันทร์เปล่ง (2566)⁽⁵⁾ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก ผลการศึกษา พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการบริโภคอาหารเสริมภูมิคุ้มกันในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส (COVID-19) เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์ ควรทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มวัยอื่นๆ ต่อไป
2. ควรทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมภูมิคุ้มกันที่ถูกต้องและเหมาะสมตามกลุ่มวัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุในตำบลหนองตะเคียนบอน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรม เพื่อ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับประเภทกิจการและกิจกรรม กลุ่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
2. กฤติน ชุมแก้วและชีพสุมน รังสยาธร (2557). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา : วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม) ปีที่ 35 ฉบับที่ 1.



3. กัญชลี ไวว่อง (2564) . ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19 : ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก.
4. พงนิย์ เพื่อก่อนคำ (2563). ทักษะคิดของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองเชียงใหม่ ต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. สุดาพร ราชวงศ์และจารุณี จันทร์เปล่ง (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก : วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 16 ฉบับที่ 1.
6. สุพรรณิ พุกษา. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
7. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
8. Bloom, Benjamin S.,et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>

ISSN 1906-2605

E-ISSN 2697-4673



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี้ยวเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000

โทร 043-019760 ต่อ 114