

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพชุมชน
5. เพื่อส่งเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์ทางวิชาการของบุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุขสำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

1. การติดตามสถานการณ์สุขภาพในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา การสืบสวนปัญหาและอันตรายด้านสุขภาพ
3. การแจ้งข่าว และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ
5. การพัฒนานโยบายและแผน
6. กฎหมายและระเบียบเพื่อป้องกันสุขภาพ และสร้างเสริมความปลอดภัย
7. การเชื่อมประสานประชาชนกับการบริการสุขภาพ
8. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินประสิทธิภาพของโครงการ
10. การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <http://www.ajcph.org>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตร์ เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติปัญญาชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะจักรกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรรณปิยกุล

นายมงคล เงินแจ้

นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล
นายปริญญา ระลึก

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์
ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์
ดร.ประจวบ แผลมหลัก
ดร.พิทยา ศรีเมือง
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์
ดร.ปริญญา จิตอร่าม

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม
ดร.นงา สิงห์วีระธรรม
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยพะเยา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยทักษิณ

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก
นายสมบัติ ชัดโพธิ์
นายขจร อินธิเสน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน และสมาชิกวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

ในช่วงนี้ทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทยเรา ต่างก็ประสบกับปัญหาการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ของโรคติดเชื้อไวรัส 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 สิ่งหนึ่งที่จะช่วยป้องกันและควบคุมโรคได้ดีในช่วงที่ยังมีการระบาดของโรคนี้คือการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) โดยการหยุดอยู่บ้าน ทำงานที่บ้าน ลดการติดต่อสัมผัสกัน ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าป้องกันเมื่อต้องออกนอกบ้าน และล้างมือบ่อย ๆ

สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) ที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ก็ยังคงดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่ตามกำหนด ซึ่งวารสารปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน 2563) นี้ ได้ตีพิมพ์ บทความวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่องานสาธารณสุขที่หลากหลาย เป็นต้นว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมด้านต่าง ๆ ตลอดทั้งการวิจัยที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพในระดับ จึงขอเชิญทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุข ได้ตามอีเมล editorial.ajcph@gmail.com และ <http://www.ajcph.org>

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา พบกันฉบับหน้า ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิจัย		Research articles
● การวิเคราะห์เนื้อหาวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอแคลง จังหวัดพิษณุโลก ดาวรุ่ง คำวงศ์ สุวิชัย รุ่งสว่าง	1	■ Comparative Analysis of the Course Subject Matters in Elderly School to the Curriculum Structure of Department of Older Persons: A Case Study in Ban Khao Samo Khlaeng Elderly School, Phitsanulok Daoroong Komwong and Surawit Rungsawang
● การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม วรangkan ศรีภูวงษ์ ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์ สุศักดิ์ เทียบฤทธิ์	13	■ Long Term Care Model Development for the Dependency Elderly in Thakhonyang Sub-district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province Warangkana Sriphuwong, Charnyuth Sriphuwong and Surasak Thiabrithi
● การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ศิริประภา หล้าสิงห์ สุมัทนา กลางคาร ศรินาถ ตงศิริ	29	■ Improving Quality of Life for the Elderly by Community Participation Siraprapa Lasing, Sumattana Glangkarn and Sirinart Tongsir
● การเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ภูรดา ยังวิลัย	41	■ Effects Comparisons of Coaching and Health Education on Health Behaviors and Blood Pressure Level of the Elderly with Uncontrolled Hypertension in Out Patient Department Khoksamrong Hospital, Lopburi Province Purada Yungwilai

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ศุภาวดี พันธุ์หนองโพน วรพจน์ พรหมสัตย์พรต ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์	55	■ Development of Care for Patients with Type 2 Diabetes under the Chronic Disease Management Model (Chronic Care Model) in Diabetes Clinic Khunhan Hospital, Khunhan District, Sisaket Province Supawadee Pannongpon, Vorapoj Promasatayaprot and Phadoongsit Chumanaborirak
● ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ ฤทัยวรรณ แก้วมาลัย เนตรนภา เครือสง่า นิศาชล ตันติภิรมย์ ปริญญพร ชาวบ้านเกาะ เบญจรัตน์ เอี่ยมสะอาด	70	■ Nutrition-Label Health Literacy of School age children: Case study in Phetchaburi Province Atcharawadee Sriyasak, Ruethaiwan Kaewmalai, Natenapa Khruesa-nga, Nisachon Tantiphirom, Parinyaporn Chaobankoh and Benjarat Iamsaard
● การประเมินผลโครงการต้นแบบตำบลฟันดี ตำบลแม่พริก อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง ธวัชชัย ปินเครือ	83	■ Evaluation of the prototype project of Good teeth Sub-district, Mae Phrik Sub-district, Mae Phrik District, Lampang Province Thawatchai pinkhrue
● ผลการจัดกิจกรรมต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ สิทธิชัย สารพัฒน์	98	■ The Results of Action Research on Knowledge, Attitudes and Behavior on Waste Management in Chong Chom Market, Amphur Kap Choeng, Surin Province Sittichai Saraputn

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยหมู่บ้าน จำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดน ดิน จังหวัดสกลนคร อิสระ กุลยะณี วรพจน์ พรหมสัตยพรต กฤษณ์ ขุนลึก	112	■ The Model of Wastes Management in Jumpa Village, Bongneu Sub-district, Sawangdandin district, Sakon Nakhon Province Issara Kulyanee, Vorapoj Promasatayaprot, Kris Khunluek
● การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมี ส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล จอมศรี อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดเลย เอนก ฝ้ายจำปา	124	■ The Model Development of Participation Waste Management in Jomsi Sub-district Administrative Organization, Chiang Khan District, Loei Province Anek Faijumpa
● การประเมินความเสี่ยงการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบล หนองปลาสะวาย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัด ลำพูน วันชัย รัตนพรม สมชาย แสนวงศ์ ณัฐพงษ์ พอสุยะ	143	■ Risk assessment of Farmers Using Pesticides in Nongplasawai Sub- District, Banthong District, Lamphun Province Wanchai Rattanaprom, Somchai Sanwong, Nuttapong Posuya and Kwanchai Sukaranabdana
● ประสิทธิภาพของการพอกยาสมุนไพรต่อ อาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม เกียรติสุดา เชื้อสุพรรณ วิชัย โชควิวัฒน์ ศุภะลักษณ์ ฟักคำ ธวัชชัย กมลธรรม	155	■ Effectiveness of Herbal Poultice for Knee Pain Relief in Patients with Osteoarthritis of Knee in Banpoom Tambon Health Promoting hospital Don Tum District, Nakhon Pathom Province Keitsuda Chuesuphan, Vichai Chokevivat, Supalak Fakkham and Thavatchai Kamoltham

Academic Journal of Community Public Health

Received: 12 Nov 2019, Revised: 20 Dec 2019

Accepted: 8 Jan 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิเคราะห์เนื้อหาวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุ บ้านเขาสมอแครง จังหวัดพิษณุโลก

दारुंग ค่างศ์^{1,*} สุรวินธุ์ รุ่งสว่าง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาวิชาและจำนวนชั่วโมงที่มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุและเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชาหลัก ได้แก่ วิชาชีวิต วิชาชีพ และวิชาการ โดยใช้กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุ บ้านเขาสมอแครง จังหวัดพิษณุโลก วิเคราะห์เนื้อหาวิชาจากกลุ่มข้อมูลเอกสาร ได้แก่ ตารางเรียน หัวข้อบรรยาย เอกสารบรรยาย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวิเคราะห์สาระวิชาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและแจกแจงความถี่ ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมจำนวนชั่วโมงที่สอนทั้งหมดมากกว่าจำนวนที่กำหนดในโครงสร้างทุกชั้นปี โดยกลุ่มวิชาชีวิตมีจำนวนชั่วโมงที่สอนคิดเป็นร้อยละ 72, ร้อยละ 70 และ ร้อยละ 77 ของจำนวนชั่วโมงที่มีการสอนทั้งหมด ในชั้นปีที่ 1-3 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนชั่วโมงที่สอนในกลุ่มวิชาการมีชั่วโมงการสอนน้อยกว่าที่กำหนด สำหรับเนื้อหาในแต่ละกลุ่มวิชาพบว่า หัวข้อการจัดสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยที่เหมาะสมและหัวข้อวิชาชีวิตและสุขภาพในกลุ่มวิชาชีวิต มีสัดส่วนชั่วโมงที่สอนไม่เป็นไปตามที่กำหนดในบางชั้นปี ส่วนหัวข้อบัญชีครัวเรือนในกลุ่มวิชาชีพ หัวข้อกฎหมายและสิทธิประโยชน์ การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการสื่อสาร และการออมในกลุ่มวิชาการ ไม่พบว่ามีจัดการเรียนการสอนในทุกชั้นปี เพื่อส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ องค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการปรับปรุงเนื้อหาวิชาให้สอดคล้องกับโครงสร้างของกรมกิจการผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่

คำสำคัญ วิเคราะห์เนื้อหา เนื้อหาวิชา หลักสูตร การจัดการเรียนการสอน โรงเรียนผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

* Corresponding author: daoroonk.k@scphpl.ac.th

*Original Article***Comparative Analysis of the Course Subject Matters in Elderly School to the Curriculum Structure of Department of Older Persons: A Case Study in Ban Khao Samo Khlaeng Elderly School, Phitsanulok**Daoroong Komwong^{1*}, Surawit Rungsawang¹**Abstract**

This descriptive research aimed to analyze the subject matters of courses in an elderly school and compare them to the curriculum structure for the Elderly School of the Department of Older Persons (ESDOP) using Ban Khao Samo Khlaeng Elderly School, Phitsanulok as a comparative case study. The ESDOP consisted of 3 core courses, including Life, Vocational training and Academic. The subject's analytical table was adopted to collect the data from class schedule, lecture documents of the topics and areas. The obtained data was analyzed by using content analysis and frequency shown as number and percentage. The results revealed that the total hours taught in each class is greater than the amount specified in the ESDOP. In the life course, the teaching hours were more than the number of hours defined by 72%, 70% and 77% of the total hours in 1st, 2nd and 3rd classes, respectively. In comparative curriculum structure with ESDOP, the academic course was found to take less than the number of hours defined. The content of the subjects in each core course, like environmental management and housing for the elderly, and life and health topics in the life course did not show any balanced proportion of the structural aspects in some classes. Household accounting in the vocational training course and 3 topics of the academic course, including elder law and social security benefit, using a computer to communicate, and savings plan did not show in all class schedules. To promote active aging, a related organization can use these results as a guide to improve or develop the course subjects according to the curriculum structure of ESDOP and the learning needs of the elderly.

Keywords: course analysis, subject, curriculum structure, elderly school¹ Instructor, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok

* Corresponding author: daoroong.k@scphpl.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ในปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าภายในปี 2564 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้กลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) และคาดการณ์ว่าจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super-aged society) ภายในปี 2578^{1,2} ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ดังนั้นจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการรับมือทั้งในด้านทรัพยากร บุคลากร การปรับบทบาทขององค์กร การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ทันต่อสถานการณ์ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุย่อมบ่งชี้ถึงภาระของรัฐ ชุมชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องเตรียมพร้อมในด้านการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการที่เป็นของผู้สูงอายุ^{1,3}

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นความท้าทายสำหรับประเทศไทยที่จะเข้าสู่สังคมแห่งการพึ่งพิง ทำให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและมีมาตรการเพื่อรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในระดับบุคคลและเชิงระบบโดยครอบคลุมด้านหลักประกันรายได้ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านสุขภาพ และด้านการประกอบอาชีพ เพื่อส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{3,4} ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความสำคัญของ 3 องค์ประกอบหลักของการเป็น

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ได้แก่ มีสุขภาพที่ดี (Healthy) มีความมั่นคงหรือมีหลักประกันในชีวิต (Security) และมีส่วนร่วม (Participation) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุคงศักยภาพของตนเองไว้ สามารถพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมกับสังคม การสร้างหลักประกันและความมั่นคงให้ตนเองตามศักยภาพ⁵ ในด้านการเตรียมความพร้อมในระดับบุคคลเพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุนั้น มีการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย หนึ่งในกิจกรรมดังกล่าวคือ การก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการรวมกลุ่มภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ทำกิจกรรมที่หลากหลายร่วมกัน โดยมุ่งต้องการให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง⁶ โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือและถือเป็นนวัตกรรมที่ใช้พัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิด “การศึกษานอกโรงเรียนเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต” ผ่านการถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้อย่างสนุกสนาน เกิดทักษะด้านการดูแลตัวเองและพึ่งพาตัวเองได้ โดยไม่มีรูปแบบการดำเนินงานหรือกิจกรรมที่ตายตัว ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทของชุมชนและความต้องการของผู้สูงอายุ⁷

ในการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนในพื้นที่ ซึ่งทราบปัญหาของผู้สูงอายุมากที่สุด^{7,8} ทั้งนี้กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดทำคู่มือการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยโครงสร้าง “หลักสูตรการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” ประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชา ได้แก่ กลุ่มวิชาชีวิต วิชาชีพ และวิชาการ⁹ นอกจากนี้ยังมี

หลักสูตรของหน่วยงานอื่น ๆ เช่น หลักสูตรของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ได้กำหนดเป็นชุดความรู้ 3 ชุด คือ ความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ ควรรู้ และอยากรู้¹⁰ หลักสูตรการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุของกระทรวงศึกษาธิการ ประกอบด้วย 5 รายวิชาหลัก ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การนันทนาการ การพัฒนาจิต การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และเทคโนโลยีการสื่อสาร¹¹ หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ นันทนาการ การพัฒนาจิต การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และการศึกษาอิสระ¹² นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาหลักสูตรตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน^{13,14}

สำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอแครงได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ทั้งนี้ในการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุได้มีแนวทางให้มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุได้จัดทำโครงสร้างหลักสูตรขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน ทั้งนี้หลังจากนำมาใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอแครงยังขาดการวิเคราะห์เนื้อหาวิชาที่ได้ดำเนินการการสอนว่าสอดคล้องกับโครงสร้างที่กำหนดหรือไม่ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอน และเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการทบทวนเนื้อหาวิชาให้เป็นไปตามโครงสร้างที่กำหนดและปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาวิชาและจำนวนชั่วโมงที่มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอแครง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก และเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชาหลัก ได้แก่ กลุ่มวิชาชีวิต กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มวิชาการ และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อจัดกลุ่มเนื้อหาความรู้ที่ยังมีชั่วโมงการสอนน้อยกว่าที่กำหนดหรือยังไม่มีการจัดการเรียนการสอน ใน 3 มิติ คือ เนื้อหาความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ ควรรู้ และอยากรู้ ตามโครงสร้างหลักสูตรของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

ประชากรที่ศึกษา

วิเคราะห์เนื้อหาวิชาจากกลุ่มข้อมูลเอกสาร ประกอบด้วย ตารางเรียน หัวข้อการบรรยาย เอกสารการบรรยาย โครงสร้างหลักสูตรการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (โรงเรียนผู้สูงอายุ) ของกรมกิจการผู้สูงอายุ และโครงสร้างเนื้อหาชุดความรู้การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบวิเคราะห์สาระวิชา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ประเด็น ได้แก่ กลุ่มวิชา หมวดวิชา หัวข้อวิชา รายละเอียดสาระวิชา จำนวนชั่วโมง ผู้สอน และหน่วยงานของผู้สอน โดยประเด็นหัวข้อที่กำหนดอิงตามโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุซึ่งใช้ในการเปรียบเทียบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการวิเคราะห์เนื้อหาวิชาจากหัวข้อและรายละเอียดเนื้อหา รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่ปรากฏในตารางเรียน ทั้ง 3 ชั้นปี ทำการบันทึกรายละเอียดในแบบวิเคราะห์สาระวิชาที่สร้างขึ้น โดยพิจารณาความสอดคล้องตามกลุ่มวิชา หมวดวิชา และหัวข้อวิชา เปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหลักสูตรที่โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอแคลงนำมาใช้ ใน 3 กลุ่มวิชาหลัก โดยมีจำนวนชั่วโมงตามสัดส่วน คือ กลุ่มวิชาชีวิต (ร้อยละ 50) กลุ่มวิชาชีพ (ร้อยละ 30) และกลุ่มวิชาการ (ร้อยละ 20)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาวิชาที่สอน เพื่อเปรียบเทียบกับเนื้อหาวิชาที่กำหนดไว้ในโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนชั่วโมงที่สอน

โดยการแจกแจงความถี่ แสดงเป็นจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

ภาพรวมของจำนวนชั่วโมงการจัดการเรียนการสอนพบว่า ชั่วโมงที่สอนทั้งหมดในแต่ละชั้นปี มีจำนวนมากกว่าที่กำหนดในโครงสร้างของกรมกิจการผู้สูงอายุ สำหรับภาพรวมในแต่ละกลุ่มวิชาพบว่า กลุ่มวิชาชีวิต มีชั่วโมงการสอนมากกว่าจำนวนชั่วโมงที่กำหนดในทุกชั้นปี โดยคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 72, ร้อยละ 70 และ ร้อยละ 77 ของจำนวนชั่วโมงที่มีการสอนทั้งหมด ในชั้นปีที่ 1-3 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มวิชาการพบว่า เป็นกลุ่มวิชาที่มีจำนวนชั่วโมงการสอนน้อยกว่าจำนวนที่กำหนด (10 ชั่วโมง) ในทุกชั้นปี แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนชั่วโมงตามตารางเรียนเปรียบเทียบกับจำนวนชั่วโมงตามโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ

จำนวนชั่วโมงตามโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ		จำนวนชั่วโมงตามตารางการจัดการเรียนการสอน		
กลุ่มวิชา	จำนวนชั่วโมง (ร้อยละของจำนวนชั่วโมงทั้งหมด)	จำนวนชั่วโมง (ร้อยละของจำนวนชั่วโมงที่สอนทั้งหมด)		
		ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
กลุ่มวิชาชีวิต	35 (ร้อยละ 59)	51.3 (ร้อยละ 72)	44.0 (ร้อยละ 70)	52.0 (ร้อยละ 77)
กลุ่มวิชาชีพ	14 (ร้อยละ 24)	18.7 (ร้อยละ 26)	11.3 (ร้อยละ 18)	6.6 (ร้อยละ 10)
กลุ่มวิชาการ	10 (ร้อยละ 17)	1.3 (ร้อยละ 2)	7.3 (ร้อยละ 12)	8.7 (ร้อยละ 13)
รวมทุกกลุ่มวิชา (ชั่วโมง)	59.0	71.3	62.6	67.3

สำหรับจำนวนชั่วโมงที่มีการจัดการเรียนการสอนในกลุ่มวิชาต่าง ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่าในกลุ่มวิชาชีวิต หมวดวิชาสังคมและหมวดวิชาเลือกเสรี (กิจกรรมนันทนาการ) มีเนื้อหาวิชา

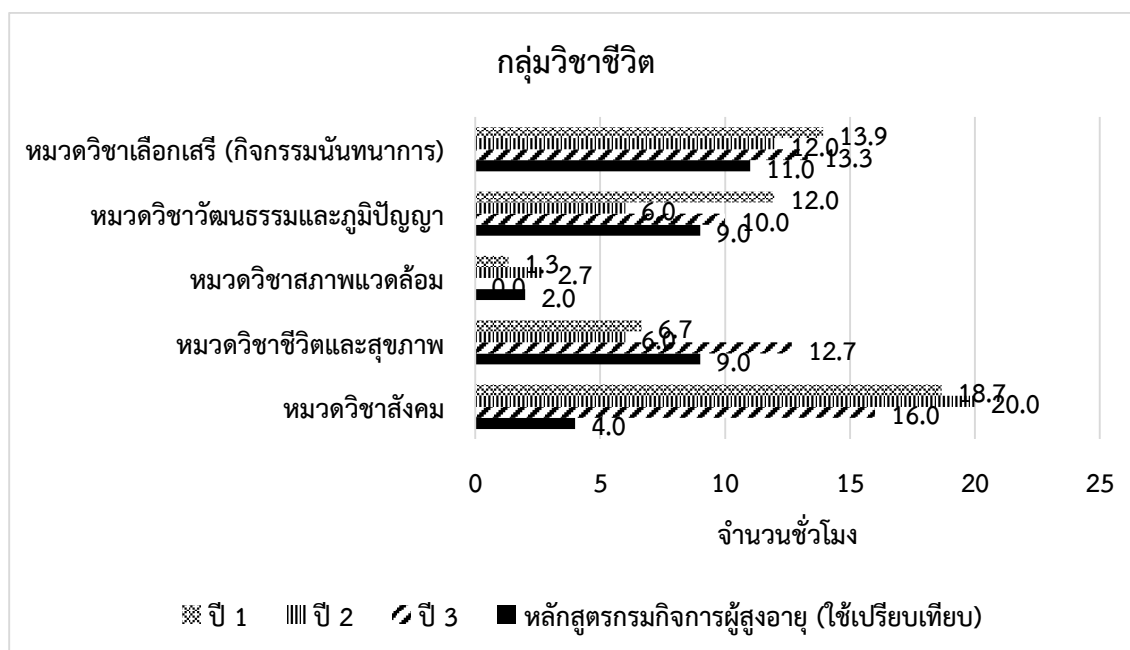
เป็นไปตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ในทุกชั้นปี แต่มีชั่วโมงการสอนมากเกินไปที่กำหนดไว้ ส่วนหมวดวิชาสภาพแวดล้อมและหมวดวิชาชีวิตและสุขภาพ ยังมีชั่วโมงการสอนน้อยกว่าที่กำหนดหรือไม่ มีชั่วโมงที่ปรากฏในตารางเรียนในบางชั้นปี (รูปที่ 1)

สำหรับกลุ่มวิชาชีพซึ่งมี 1 หมวดวิชา คือ หมวดวิชาเศรษฐกิจพบว่า ในชั้นปี 1 มีจำนวนชั่วโมงที่สอนมากกว่าที่กำหนด ขณะที่ชั้นปีที่ 2-3 มีจำนวนชั่วโมงที่สอนน้อยกว่าที่กำหนดไว้ (รูปที่ 2) ส่วนในกลุ่มวิชาการพบว่า ไม่มีการจัดการเรียนการสอนในหมวดวิชาสังคมและหมวดวิชาเศรษฐกิจ (รูปที่ 3)

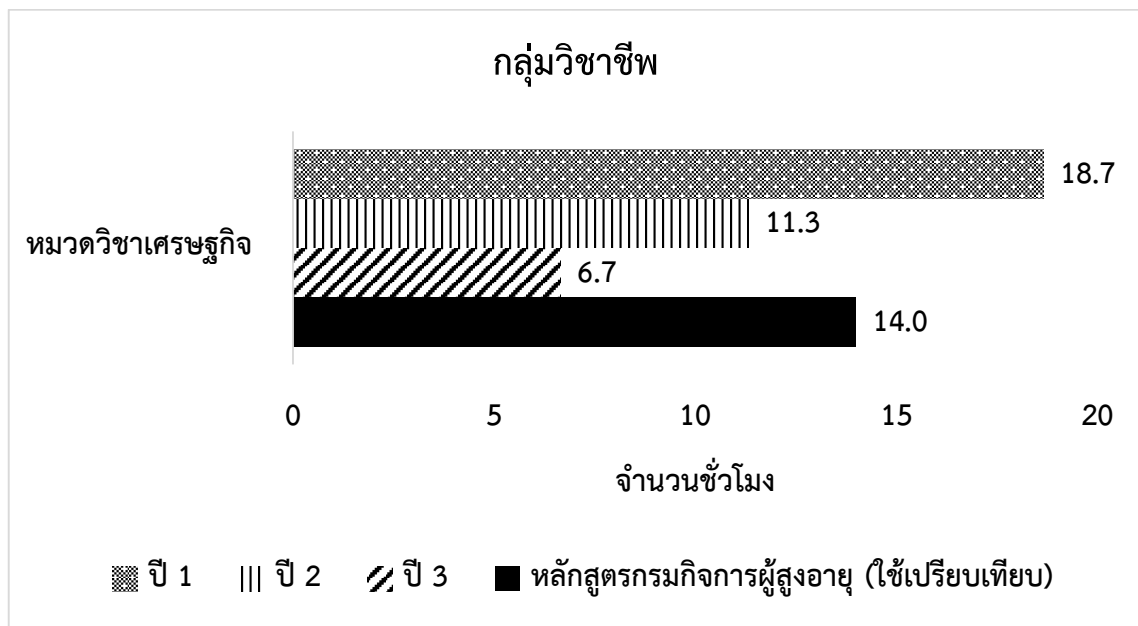
สำหรับหัวข้อที่ไม่มีการจัดการเรียนการสอนในทุกชั้นปี เมื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุพบว่า มีทั้งหมด 5 หัวข้อ ได้แก่ การจัดทำบัญชีครัวเรือน กฎหมายและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ จิตอาสาเพื่อชีวิตและสังคม การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการสื่อสาร

และการออมในผู้สูงอายุ สำหรับเนื้อหาวิชาที่ยังไม่มีการจัดการเรียนการสอนในภาพรวมแต่ละชั้นปี ซึ่งมีทั้งหมด 9 หัวข้อนั้น เมื่อนำมาจัดกลุ่มตามกรอบประเภทของชุดความรู้ 3 ประเภท คือ ความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ ควรรู้และอยากรู้ พบว่า เนื้อหาวิชาดังกล่าวส่วนใหญ่ (6 ใน 9 หัวข้อ) เป็นชุดความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ ส่วนอีก 3 ข้อ เป็นชุดความรู้ที่ผู้สูงอายุควรรู้ (2 หัวข้อ) และอยากรู้ (1 หัวข้อ) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 2

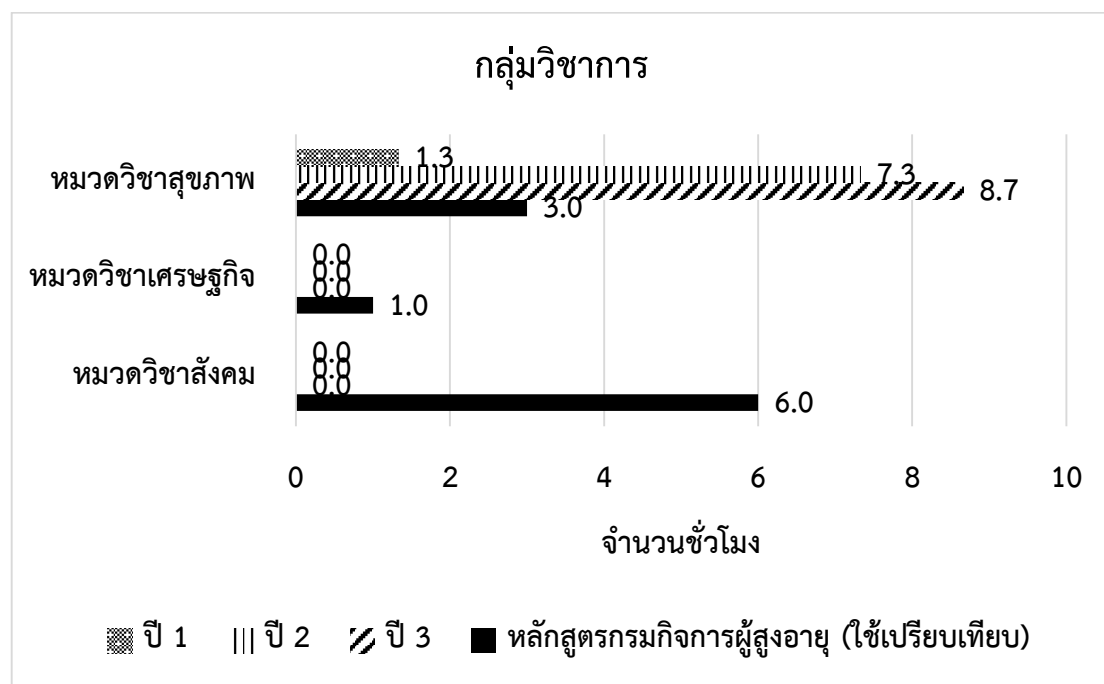
สำหรับหน่วยงานในพื้นที่ที่ให้การสนับสนุนบุคลากรเป็นผู้ให้ความรู้กับนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 5 หน่วยงาน และมีครูวิทยากรจิตอาสา จำนวน 6 ท่าน



รูปที่ 1 จำนวนชั่วโมงที่มีการจัดการเรียนการสอนในกลุ่มวิชาชีพชีวิตจำแนกตามหมวดวิชาในแต่ละชั้นปีเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ



รูปที่ 2 จำนวนชั่วโมงที่มีการจัดการเรียนการสอนในกลุ่มวิชาชีพในแต่ละชั้นปี (มี 1 หมวดวิชา คือหมวดวิชาเศรษฐกิจ) เปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ



รูปที่ 3 จำนวนชั่วโมงที่มีการจัดการเรียนการสอนในกลุ่มวิชาการจำแนกตามหมวดวิชาในแต่ละชั้นปี เปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 เนื้อหาวิชาในแต่ละกลุ่มวิชาที่ไม่ปรากฏในตารางการจัดการเรียนการสอน

กลุ่มวิชา	หมวดวิชา	เนื้อหาวิชา (จำนวนชั่วโมง)	ชั้นปีที่ไม่ ปรากฏ ชั่วโมง	ประเภทของ ชุดความรู้
กลุ่มวิชาชีวิต	หมวดวิชาชีวิต และสุขภาพ	- สุขภาพกาย (3 อ) อาหาร และโภชนาการ การออกกำลังกาย กาย อารมณ์ (6) - การดูแลสุขภาพช่องปาก (1) - สุขภาพใจ (2)	- ชั้นปีที่ 2, 3 - ชั้นปีที่ 1 - ชั้นปีที่ 3	ผู้สูงอายุต้องรู้
	หมวดวิชา สภาพแวดล้อม	การจัดสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมและที่ปลอดภัยในวัย ผู้สูงอายุ (2)	ชั้นปีที่ 3	ผู้สูงอายุต้องรู้
	หมวดวิชา วัฒนธรรมและ ภูมิปัญญา	- การทำสมาธิวิปัสสนา (3)	ชั้นปีที่ 2, 3	ผู้สูงอายุต้องรู้
กลุ่มวิชาชีพ	หมวดวิชา เศรษฐกิจ	- การจัดทำบัญชีครัวเรือน (2) - เศรษฐกิจพอเพียง (2)	- ทุกชั้นปี - ชั้นปีที่ 1	ผู้สูงอายุอยาก รู้
กลุ่มวิชาการ	หมวดวิชาสังคม	- กฎหมายและสิทธิประโยชน์ของ ผู้สูงอายุ (2) - จิตอาสาเพื่อชีวิตและสังคม (2) - การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการ สื่อสาร (2)	- ทุกชั้นปี	- ผู้สูงอายุต้องรู้ - ผู้สูงอายุควรรู้ - ผู้สูงอายุควรรู้
	หมวดวิชา เศรษฐกิจ	- การออมในวัยสูงอายุ (1)	- ทุกชั้นปี	ผู้สูงอายุอยาก รู้
	หมวดวิชา สุขภาพ	- โรคเรื้อรังและพบมากในวัย สูงอายุ	- ชั้นปีที่ 1	ผู้สูงอายุต้องรู้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า จำนวนชั่วโมงการสอนในภาพรวมมากกว่าโครงสร้างของกรมกิจการผู้สูงอายุ ในด้านเนื้อหาวิชาส่วนใหญ่มีการจัดการเรียนการสอนเป็นไปตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ โดยเนื้อหาวิชามุ่งเน้นในกลุ่มวิชาชีวิต โดยเฉพาะในหมวดวิชาสังคมและหมวดวิชาเลือกเสรี

(กิจกรรมนันทนาการ) ทั้งนี้มีเพียงบางหัวข้อที่ไม่ปรากฏว่ามีการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ หัวข้อการจัดสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยที่เหมาะสมในกลุ่มวิชาชีวิต การจัดทำบัญชีครัวเรือนในกลุ่มวิชาชีพ และหัวข้อกฎหมายและสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการสื่อสาร และการออมในกลุ่มวิชาการ โดยหัวข้อ

เนื้อหาที่ยังขาดส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้

สำหรับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุที่แนะนำเพื่อใช้สำหรับการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นในแต่ละพื้นที่นั้น มีการวางกรอบไว้เป็น 3 กลุ่มวิชา กำหนดสัดส่วนกลุ่มวิชาชีวิต กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มวิชาการ ร้อยละ 50:30:20 แต่เมื่อวิเคราะห์จำนวนชั่วโมงของแต่ละหัวข้อในโครงสร้างดังกล่าวพบว่า สัดส่วนของจำนวนชั่วโมงในแต่ละกลุ่มวิชาเท่ากับร้อยละ 59:24:17 ตามลำดับ⁹ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเนื้อหาวิชามุ่งเน้นในกลุ่มวิชาชีวิตมากกว่ากลุ่มวิชาอื่น ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าการพัฒนาหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุนั้น อาจเป็นการกำหนดกรอบจำนวนชั่วโมงและเนื้อหาวิชาในลักษณะกว้างๆ เพื่อให้โรงเรียนผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นสามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางเพื่อให้เหมาะสมในระดับพื้นที่ โดยสามารถจัดหลักสูตรให้มีความยืดหยุ่นตามโอกาสและความสนใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้สำหรับนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอ แคลงป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่¹⁵ ดังนั้นการจัดหัวข้อวิชาที่นำมาสอนอาจมุ่งเน้นไปในกลุ่มวิชาชีวิต โดยเฉพาะหมวดวิชาการสังคมซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุและหมวดวิชาชีวิตและสุขภาพ รวมทั้งหมวดวิชาสุขภาพของกลุ่มวิชาการ ที่มีชั่วโมงการจัดการเรียนการสอนมากกว่าที่กำหนด ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับบริบทปัญหาเชิงพื้นที่และความต้องการของผู้เรียนเป็นหลัก

ในการศึกษานี้ยังพบว่าในบางหัวข้อวิชาที่ยังไม่ปรากฏว่าในตารางเรียน เป็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับด้านความมั่นคงของชีวิต ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและที่พักอาศัยในวัยผู้สูงอายุ การจัดทำบัญชีครัวเรือน และการออมในวัยสูงอายุ สำหรับหัวข้อการจัดสภาพแวดล้อมที่

เหมาะสมและที่พักอาศัยในวัยผู้สูงอายุ เป็นหัวข้อที่อยู่ในประเภทของชุดความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ เพื่อเป็นการป้องกันอุบัติเหตุและการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากผู้สูงอายุมีปัจจัยด้านความเสื่อมของร่างกาย หากการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่ไม่เหมาะสมอาจเพิ่มความเสี่ยงทำให้ผู้สูงอายุบาดเจ็บ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้ ทั้งนี้แม้จะไม่ปรากฏในตารางเรียน แต่พบว่าการสอดแทรกเนื้อหาบางส่วนในเรื่องการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ สำหรับหัวข้อการออมในผู้สูงอายุนั้น แม้จะไม่มีการจัดการเรียนการสอนในตารางเรียน แต่พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุมีกิจกรรมการออมของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการออม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบความเสี่ยงด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม เช่นเดียวกับผู้สูงอายุของไทยที่พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้หลักจากบุตรลดลงและมีรายได้จากการทำงานลดลง¹ อย่างไรก็ตามหัวข้อการจัดทำบัญชีครัวเรือนและการออมนั้นถือเป็นชุดความรู้ที่ผู้สูงอายุอยากรู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสนใจ ความสมัครใจ ตามศักยภาพและความพร้อมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นการศึกษาจากแหล่งเรียนรู้อื่น ๆ หรือจากบุคคลที่มีประสบการณ์ได้¹⁰ สำหรับเนื้อหาในเรื่องสุขภาพกาย (3 อ) และสุขภาพใจ ที่พบว่ามีบางชั้นปีมีจำนวนชั่วโมงน้อยกว่าที่กำหนดนั้น ในการดำเนินกิจกรรมพบว่าการบูรณาการกับวิชาหรือชั่วโมงอื่นๆ เช่น กิจกรรมนันทนาการ ออกกำลังกายและกิจกรรมเข้าจังหวะ) หัวข้อการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบเนื้อหาดังกล่าวปรากฏในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอแคลงที่มีการพัฒนาขึ้นโดยใช้นักเรียนผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย¹⁵

ดังนั้นในการปรับปรุงหรือพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมกับพื้นที่นั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงสภาพปัญหาหรือสอดคล้องกับความต้องการ ความสนใจของผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยเป็นลักษณะการพัฒนา รูปแบบหลักสูตรแบบมีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการกำหนดเนื้อหาและกิจกรรม ซึ่งเป็นลักษณะการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการจัดการศึกษาหรือการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุอย่างแท้จริง¹⁶ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนาตามความต้องการ มาเรียนด้วยแรงจูงใจของตนเอง เกิดความพึงพอใจต่อกิจกรรมและทำให้ผู้เรียนได้รับประโยชน์สูงสุด^{8,17} สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการพัฒนาหลักสูตรในโรงเรียนผู้สูงอายุนั้น มีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดเนื้อหาหรือชุดความรู้กับผู้สูงอายุ¹⁸ รวมทั้งมีการพัฒนาหลักสูตรตามสภาพปัญหาของพื้นที่ สอดคล้องตามความต้องการของผู้เรียน เช่น การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเสริมงาม ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดสังคม ติดบ้าน หรือติดเตียง¹³ การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในโรงเรียนผู้สูงอายุสมุทรวิทย์วิทยา¹⁴ ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ในด้านวิทยาการที่มาให้ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุนั้น เป็นความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ จำนวน 5 แห่ง โดยเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพจำนวน 3 แห่ง และอีก 2 แห่ง เป็นหน่วยงานด้านการศึกษาและด้านศาสนา ทั้งนี้ยังมีวิทยากรอาสาจำนวน 6 ท่าน ซึ่งเป็นปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำท้องถิ่น และข้าราชการ

บ้านาญ ซึ่งถือเป็นเอกลักษณ์ที่โดดเด่นอย่างหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีการใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นจุดเริ่มต้นของการขับเคลื่อนในลักษณะเครือข่ายทางสังคมในการทำงานร่วมกัน⁹

จากผลการศึกษาที่ได้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุนั้น เขาสมอแครง สามารถนำไปใช้ปรับปรุงเนื้อหาวิชาโดยสอดคล้องไปในหมวดวิชาหรือรายวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนอยู่เดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาวิชาที่เป็นประเภทชุดความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ นอกจากนี้ในส่วนของการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่อาจจำเป็นต้องมีการทบทวนเนื้อหาวิชาเพื่อให้สอดคล้องกับโครงสร้างหลักสูตรที่เป็นแนวทางเบื้องต้นและให้ความสำคัญกับเนื้อหาวิชาที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้ ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและคำนึงถึงบริบทปัญหาสุขภาพเชิงพื้นที่เป็นหลัก

สำหรับข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป ควรมีการศึกษาลัทธิหรือประเมินว่าการดำเนินงานในโรงเรียนผู้สูงอายุสามารถเพิ่มศักยภาพให้กับผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ ผู้สูงอายุมีการพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่องหรือไม่ เนื่องจากการเสริมแรงให้ผู้สูงอายุพัฒนาศักยภาพที่ตนเองมีอยู่เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ หากพื้นที่ไม่สามารถจัดการศึกษาหรือการเรียนรู้ให้เป็นไปตามบริบทหรือปัญหาเชิงพื้นที่ได้ ก็อาจไม่สามารถจัดการกับความท้าทายจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of The Thai Elderly 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 6]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1552463947-147_0.pdf
2. Digital Literacy, Ministry of social development and human security. Aging Population: Now and Future Trends [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 6]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20160106135752_1.pdf
3. Anuntakul A. Aging Society: the challenges of Thailand [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 6]. Available from: <http://www.royin.go.th/wp-content/uploads/2017/12/สังคมสูงวัย3.pdf>
4. Department of Older Persons (DOP). Measures to Implement National Agenda on Aged Society (Revised Version) [Internet]. Ministry of Social Development and Human Security; 2019 [cited 2019 Oct 7]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1551432930-155_0.pdf
5. World Health Organization. The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life [Internet]. 2002 [cited 2019 Oct 7] p. 230–230. Available from: <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=10.1080/1357628031000116808&magic=crossref||D404A21C5BB053405B1A640AFFD44AE3>
6. Ratana-Ubol A. Proposal for Operational Improvement Regarding Senior Citizen's Potential Enhancement. Silpakorn Educ Res J. 2019 Jul 8;11(1): 26–46.
7. Thai Health Promotion Foundation. An elderly School [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2017 [cited 2019 Sep 11]. Available from: http://resource.thaihealth.or.th/system/files/documents/lo3_school_old_people.pdf
8. Rupavijetra P, Rupavijetra P. Strategic of Education Management for the Elderly Towards Developing Active Ageing. CMU J Educ. 2018;2(3):17–30.
9. Department of Older Persons (DOP). Handbook of the Elderly School [Internet]. Ministry of Social Development and Human Security; 2016 [cited 2019 Oct 11]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20161706121558_1.pdf
10. Yodphet S, Patthanasri P, Sakdaporn T. Elderly school: Geriatric Knowledge Module for Active Aging [Internet]. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2017 [cited 2019 Oct 11]. Available from:

- <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/16253>
11. Southern Regional Institute in Songkhla for Non-Formal Education. The Curriculum of the Lifelong Learning for Elderly: 144 hours. Office of the Non-Formal and Informal Education, Ministry of Education; 2015.
 12. Sapkaew Y. The Development of Elderly's Quality of Life by Using the Elderly School Curriculum, The Excellent Center in Health Promotion of Elderly, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat. J Nurs Educ. 2016 Jun 30;9(2):25–39.
 13. Kantaros N, Santivong A. Participatory Action Research for Developing the Piloted Curriculum of Geriatric School in Local Government: A Case Study of Soem Ngam Municipality, Soem Ngam District, Lampang Province. Veridian E-Journal Silpakorn Univ Humanit Soc Sci Arts. 2018 Sep 7;11(2):3387–402.
 14. Singsalasang A, Slawongluk T. The Curriculum Development for Strengthening the Elderly's Competencies on Prevention of Complications from Hypertension at Phoosungwai Samrit Wittaya School, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province. Off Dis Prev Control 9th Nakhon Ratchasima J [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 11];24(80–89). Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/article/view/188354>
 15. Stewart O. Participation between Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok and Community in Health Promotion Program Development for Ban Khao-SmorKlang Elderly School, Wangthong district, Phitsanulok Province. Multidiscip J Health. 2019;1(1):23–39.
 16. Ratana-Ubol A, Sareepan S, Pathumcharoenwattana W, Manaswas K, Pathumcharoenwattana W, Kimpee P, et al. The Development of The Supportive Guidelines in Education/Learning Management for Enhancing the Competencies of Older Adults in Thailand. J Educ Stud. 2012;40(1):14–28.
 17. Yamekaew J. Activity Formats for The Elder People in Happiness School of Taidong Sub-District Wangpong District Phetchabun Province. In: Integrated Research toward Sustainable Local Development [Internet]. Pibulsongkram Rajabhat University; 2017 [cited 2019 Oct 11]. Available from: <http://gnru2017.psru.ac.th/proceeding/444-25600830143935.pdf>
 18. Saraphon T. Information Needs to Improve Quality of Life for The Elderly of Elderly School in Ma-Aue Sub-District, Thawatburi District, Roi-Et Province. NRRU Community Res J. 2018 Dec 7; 12(3): 114–23.

Received: 14 Feb 2020, Revised: 11 Mar 2020

Accepted: 26 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

 วรณดา ศรีภูวงษ์¹ ขาญบุตร ศรีภูวงษ์² สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์³
บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกมาแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านหรือติดเตียง จำนวน 45 คน และ 2) ตัวแทนภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1) ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ จำนวน 5 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน และ 4) ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน และ 5) เจ้าหน้าที่จากเทศบาล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 75 คน กระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ คือ 1) เตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะปฏิบัติการพัฒนาด้วยวงจร PAOR ถอดบทเรียนและจัดกิจกรรม 2 รอบ และ 3) ระยะสรุปประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แนวคำถามถึงโครงสร้าง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเตรียมการ การตรวจคัดกรองและการจัดทำแผนการดูแล 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 3) กระบวนการจัดระบบบริการ 4) นโยบายและดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง 5) การช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ผลลัพธ์ภายหลังดำเนินกระบวนการพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การศึกษาชี้ให้เห็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน การมีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประชุมหารือกันของเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลระยะยาว ภาคีเครือข่ายชุมชน

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวขัว

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอุ่ม

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: warang3@yahoo.co.th

Original Article

Long Term Care Model Development for the Dependency Elderly in Thakhonyang Sub-district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province

Warangkana Sriphuwong^{1,*}, Charnyuth Sriphuwong², Surasak Thiabrithi³

Abstract

This Participatory Action Research aimed to study the development of process of long term care (LTC) model for dependency elderly in Thakhonyang Sub-district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province. A total 75 participants were selected by purposive sampling consists of 45 elderly with home-bound or bed-bound and 30 representatives of community network parties included; 5 trained care managers, 5 elderly care givers, 12 village health volunteers, 3 community leaders and 5 municipal officers. The research process was divided in to 3 phases included: 1) Preparing and situation analysis phase, 2) Model development phase follows by PAOR cycle and 3) Evaluation phase. Data were collected by 1) the Elderly Physical Health Assessment Questionnaires, 2) Semi-constructed guideline and 3) Satisfaction assessment form. The study was conducted during March 2017 to March 2019. The results found that the process development of LTC model for dependency elderly in community were consists of 5 Ps: 1) Preparation in health screening, care plan and home visit by multi-disciplinary team, 2) Participation of the community network party in project activities, 3) Process: Arrange the continuous service system by coordinate working with all sectors 4) Policy and project activity setting 5) Patronage: supported from community network partners. The health outcomes of the dependency elderly after implementing the LTC model were improved in physical and psychosocial aspects. The home-bound group was developed to more participating in social activities. The dependency elderly and community network partners also have the highest level of satisfaction for the care model. Therefore, the LTC model for elderly could improve quality of health care for dependency elderly. The key success factors included strongly participation of community networks, established of dependency elderly care center and patronage form community networks.

Keywords: Dependency elderly, Long-term health care, Community networks

¹ Huakua Health Promotion Hospital

² Nong-Um Health Promotion Hospital

³ Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author: warang3@yahoo.co.th

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสังคมที่มีความต้องการการพึ่งพา จากประชากรโลก 6,070.6 ล้านคนในปี 2543 เป็น 7,851.4 ล้านคน ในปี 2568 โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4 ร้อยละ 0.7 ร้อยละ 12.2 และร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2550 2554 และ 2557 ตามลำดับ¹ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการดูแลเพิ่มขึ้น จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะประสพภาวะทุพพลภาพอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการต้องการดูแลระยะยาว ตามนิยามสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2568 โดยมีสัดส่วนและจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับ โดยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583 อายุเฉลี่ยของหญิงไทยอยู่ที่ 78.4 ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี² ซึ่งจากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คนในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือผู้สูงอายุติดสังคม หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ต้องการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม³ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของภาระโรคที่มาจากโรคติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมักมีภาวะทุพพลภาพตามมา ขณะเดียวกันอายุที่มากขึ้นก็ตามมาด้วยการถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่างๆ รวมถึงสมรรถนะทางกายและสมอง ส่งผลให้มีจำนวน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้น

ตามโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทย พ.ศ. 2557 เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นเดี่ยว จากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีอยู่อย่างจำกัด อัตราเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 6.3 ร้อยละ 5.5 และร้อยละ 4.5 ในปีพ.ศ. 2550, 2553, 2554 และ 2557 ตามลำดับ¹ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะอยู่ตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัวสังคมไทยโดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความจำเป็นในการเลี้ยงชีพของบุตรหลานทำให้สังคมผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทไม่แตกต่างกันคือ สมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงานนอกบ้านหรือย้ายถิ่นฐานเพื่อประกอบอาชีพทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพังมากขึ้น ไม่มีบุตรหลานดูแล ครอบครัวไม่สามารถรับภาระได้ รู้สึกเป็นภาระของบุตรหลาน รวมทั้งมีปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัวและการดำเนินชีวิตในสังคม ที่สำคัญคือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย การดูแลฟื้นฟูสุขภาพเพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสม เพื่อให้คงระยะเวลาที่มี สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคมและจิตวิญญาณให้นานเป็นระบบ ด้วยการส่งเสริมสุขภาพและตรวจคัดกรองปัญหาที่พบบ่อยด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความเหมาะสมกับช่วงอายุ⁴ ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนอกสถานบริการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองผู้สูงอายุ โดยการนำแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่โดยการบูรณาการระหว่างเครือข่ายและชุมชน

จังหวัดมหาสารคาม มีพื้นที่ 13 อำเภอ และ 133 ตำบล โดยในปี พ.ศ. 2559 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมเป็นตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวนาร่อง จำนวน 260 ตำบล มีผู้สูงอายุได้รับการดูแลระยะยาว จำนวน 2,486 คน แต่พบปัญหาอุปสรรคคือผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุต้องรับภาระดูแลมากกว่า 100 คน ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานกำหนด คือ 1: 50 คน⁵ ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 ประมาณการผู้สูงอายุ จำนวน 178,500 คน พ.ศ. 2568 ประมาณการผู้สูงอายุ 205,600 คน และ ใน พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 231,200 คน¹ การขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดมหาสารคามเริ่มในช่วง พ.ศ. 2559 โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว นาร่อง (Long Term Care) ซึ่งตำบลท่าขอนยาง เป็นตำบลแรกในจังหวัดมหาสารคาม ที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ พ.ศ.2559 แต่ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบและไม่ครอบคลุมสุขภาพแบบองค์รวม อีกทั้งผู้จัดการผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระเกินกำหนด ทำให้ประสิทธิภาพในการดำเนินงานยังไม่ผ่านตามเกณฑ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง⁵

จากการประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตำบลท่าขอนยาง ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 835 คน พบกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 105 คน (ร้อยละ 12.57) ในจำนวนนี้มีกลุ่มที่ขาดผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 6 คน จากการศึกษาของวิราพรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ⁶ ได้พัฒนาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพาโดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพานั้นควรมี

3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกาย จิต และสังคม ปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือปัญหาการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อย การติดตามเยี่ยมของทีมสหวิชาชีพไม่ครอบคลุม ผู้จัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรับผิดชอบในการดูแลมากกว่า 1 ต่อ 100 คน มากกว่าเกณฑ์กำหนด และขาดการดูแลองค์รวมที่ชัดเจน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนตลอดจนภาคีเครือข่ายและชุมชน การดำเนินงานรูปแบบเดิมคือการติดตามแก้ปัญหาและขาดการประสานกับภาคีเครือข่าย จากความเป็นมาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะ ประยุกต์แนวคิดการดูแลระยะยาว และใช้องค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ของแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) และกรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis and MC Taggart (1988)⁷ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการประเมินผลสะท้อนผล ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบของเครือข่ายบริการบริการสุขภาพ เพื่อจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุติดบ้านให้มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นกลุ่มติดสังคม สามารถดูแลสุขภาพและช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มติดเตียงกลายเป็นกลุ่มติดบ้านโดยประเมินจาก ADL โดยการศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ในพื้นที่ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยความร่วมมือของชุมชนและ ทีมสาธารณสุข ท้องถิ่นและภาคประชาชนในการ

จัดบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อันจะเป็นประโยชน์ต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้ผู้สูงอายุผู้ดูแลในครอบครัว ตลอดจนครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดการดำเนินงานจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว⁸ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model)⁹ พัฒนารูปแบบโดยนำแนวคิดของ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ MC Taggart⁷ ซึ่งเป็นเกลียวต่อเนื่อง ประกอบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนผล (Reflection) โดยผู้วิจัยมีบทบาท เป็นที่ปรึกษา ร่วมกันค้นหาปัญหา ทำให้เข้าใจถึง ปัญหาและสาเหตุ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เป็นภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน และภาคีบริการสังคม ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและมีส่วนได้เสียในชุมชน เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 75 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) 4-11 คะแนน

ได้จำนวน 45 คน และ(2) กลุ่มตัวแทนภาคีหลัก 3 ส่วน จำนวน 30 คน ได้แก่ 1) ภาคีบริการสุขภาพ (Care manager) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) จำนวน 5 คน 2) ภาคีบริการชุมชน เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) 5 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 9 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 3 คนและผู้นำชุมชน 3 คน 3: ภาคีบริการสังคม จากเทศบาลตำบลท่าขนอยจำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

คือ 1) ผู้ร่วมการวิจัยหลัก คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลท่าขนอย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 2) ผู้ร่วมการวิจัยที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเทศบาล กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ 3) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 4) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 6) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

คือ 1) มีโรคประจำตัวที่แสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดจนกระทั่งเสร็จสิ้นการวิจัย เช่น ผู้ที่มีรู้หรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจาก 3 ภาคีบริการ ดังต่อไปนี้

1. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย (1) แบบประเมิน/คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ของกรมการแพทย์¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย ประเด็นการคัดกรองปัญหาที่พบบ่อย กลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่ ภาพทางสมอง ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อมภาวะหกล้ม (Time Up

and Go Test: TUG: TUGT) สภาพทางสายตา การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการและปัญหาการนอนกรน โรคหลอดเลือดในสมอง และการประเมิน ADL สำหรับคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth Interview) แนวทางการสังเกต (observation) และแนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยจะกล่าวรายละเอียดไว้ในขั้นตอนดำเนินการวิจัยและ ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับ การรับรู้สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน การให้ความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมของตำบลท่าขอนยาง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation method) โดยการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลในด้านเวลา สถานที่ และบุคคล¹¹

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และผู้ใช้รูปแบบ ด้านระบบ/ขั้นตอนการบริการ ด้านเจ้าหน้าที่และจริยธรรมในการให้บริการ และด้านคุณภาพการบริการ

คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำร่างเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ จากนั้นทำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปหาค่าความเชื่อมั่นได้ ค่าประสิทธิผลแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

Alpha-Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม รวมทั้งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจและแบบสรุปกิจกรรม

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ และการสังเกตจากสภาพจริง หลังจากนั้นการถอดบทเรียนการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างครอบคลุมประเด็น ดังนี้

1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเทศบาลตำบลท่าขอนยาง ได้แก่ รูปแบบ/ลักษณะการดำเนินงาน การประสานงาน/การบูรณาการการทำงานกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงาน

2) ระบบข้อมูลสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ รูปแบบ/ลักษณะการดำเนินงาน การเชื่อมโยงระบบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การนำไปต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ในพื้นที่อื่น จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงาน

3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จุดเด่น /ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงาน

4) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลท่าขอนยาง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตจากสภาพจริง หลังจากนั้นถอดบทเรียนการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและแนวทางการสนทนากลุ่มครอบคลุม ประเด็นดังนี้ แนวทางการ

จัดตั้งและวิธีการบริหารจัดการภายในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ แนวทางการจัดการสภาพแวดล้อม และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ แนวทางการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง แนวทางการสร้างเครือข่ายการทำงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ/อุปสรรค/ปัญหา/ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน และการเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดและติดเตียง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ EC7/2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยยึดหลักการเคารพในส่วนบุคคล การตัดสินใจให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยใช้ใบยินยอมในการเก็บข้อมูล รวมถึงหลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียด การเก็บรักษาความลับ ใช้รหัสแทนกลุ่มศึกษา โดยขออนุญาตทุกครั้งที่มีการบันทึกภาพและเสียง สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560 – เดือนมีนาคม พ.ศ.2562

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เทศบาลตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีผู้สูงอายุ จำนวน 835 คน คิดเป็นร้อยละ 20.09 ของประชากรทั้งหมด เป็นตำบลนำร่องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 โดยจัดกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ซึ่งเป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วนของหน่วยงาน ต่างคนต่างจัดกิจกรรม โดยไม่

มีการประสานงานกันระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแล และ ศูนย์กลางการประสานงาน ซึ่งใช้เทศบาลตำบลเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน มีการจัดการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ แต่มีจำนวนที่ไม่เพียงพอส่วนมากจะลาออก จึงมีการวางแผนพัฒนาเครือข่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นให้มีสัดส่วนที่เพียงพอหรือการบูรณาการเครือข่ายอื่น ๆ ร่วมด้วย จากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า ไม่มีระบบการทำงานที่ชัดเจนและเป็นสัดส่วน มีการปฏิบัติงานซ้ำซ้อน ใช้งบประมาณที่ไม่คุ้มค่าและที่สำคัญคือขาดการประเมินกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละบุคคลและองค์รวม การศึกษาครั้งนี้ช่วยให้เกิดการร่วมมือกันของระบบการดูแลที่มีการประสานงานกันของหน่วยงาน ชุมชนและผู้สูงอายุ โดยมีตัวประสาน และวางแผนการจัดกิจกรรมการพัฒนา ผ่านกิจกรรมซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลทุกปี

ผลการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุ ในเขตตำบลท่าขอนยาง มีผู้สูงอายุ จำนวน 835 คน จากการประเมินจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม 692 คน (ร้อยละ 82.87) กลุ่มผู้สูงอายุที่พบกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวน 143 คน ร้อยละ 17.13 เป็นกลุ่มติดบ้านกลุ่มที่1และ2 จำนวน 138 คน และกลุ่มติดเตียงกลุ่ม3และ4 จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุพึ่งพิงที่ยินดีเข้าร่วมจนสิ้นสุดการศึกษาวิจัย จำนวน 45 คน เป็นเพศชาย 20 คน (ร้อยละ44.44) เพศหญิง 25 คน(ร้อยละ55.56) อายุเฉลี่ย 65 ปี จากผลประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง¹⁰ พบว่าบางส่วนมีปัญหา ดังนี้ 1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย มีดัชนีมวลกายเกินปกติ มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ฟันผุ เหงือกอักเสบไม่มีฟันขบเคี้ยวทำให้มีปัญหาในการ

เคี้ยวกลืนอาหาร หูตึงได้ยินไม่ชัดเจน มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ (ปวดเอว ปวดหลัง) มีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ (ท้องผูก) และมีปัญหาเกี่ยวกับการ ขับถ่าย 2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ มีภาวะ ซึมเศร้าจากโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ปัญหาต่างๆ ในครอบครัว และเป็นห่วงลูกหลาน และ 3) ภาวะสุขภาพด้านสังคม ได้แก่ การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ จากสภาพปัญหาจึงเป็นที่มาของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงผ่านกิจกรรมโครงการและแนวทางต่าง ๆ

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของตำบลท่าขอนยาง นำไปสู่จรรยาจริยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ได้กระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของตำบลท่าขอนยาง ตามแนวทางการมีส่วนร่วมของ 3 ภาคีหลัก ประกอบด้วย ภาคีบริการสุขภาพ ชุมชนและสังคม ร่วมกับชุมชนและผู้สูงอายุพึ่งพิงในตำบลท่าขอนยาง จัดกิจกรรมพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกิจกรรมโครงการดังต่อไปนี้

1. จัดอบรมให้ความรู้ในการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน อสม.และผู้ดูแลหลักและเพื่อนบ้านใกล้เคียง สามารถแก้ไขปัญหาการขาดความรู้และทักษะ รวมทั้งการขาดแคลนบุคลากรได้

2. การคัดกรองและตรวจประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ปีละครั้ง จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุและปัญหารายบุคคล ได้แก่ กลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่ ภาพทางสมอง

ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อมภาวะหกล้ม (Time Up and Go Test: TUG: TUGT) สภาพทางสายตา การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการและปัญหาการนอนกรน โรคหลอดเลือดในสมอง และการประเมิน ADL โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านติดเตียง รวมทั้งมีการลงพื้นที่เชิงรุกของภาคีบริการ เพื่อช่วยประเมินภาวะสุขภาพและแก้ไขปัญหา รายบุคคล

3. จัดกิจกรรมโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี พ้นสวຍ สยตาแจ้ว สุขภาพจิตดีชีวิสดใสปลอดภัยจากโรคเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมในลักษณะของมีเพื่อนช่วยเพื่อนและวิถีวัฒนธรรมอีสาน ดำเนินการด้วยบุคลากรทางการแพทย์ จักษุแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ ดูแลสุขภาพทุกระบบ รวมทั้งการแก้ไขส่งต่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงการบริการและพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาและได้รับการแก้ไข เข้าถึงการรับบริการบริการที่ครอบคลุม

4. เยี่ยมบ้าน INHOMESSS แบบบูรณาการชุมชนและทีม 3 ภาคีบริการ โดยการติดตามโดยทั่วถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุรับผิดชอบ 1 คน: ผู้สูงอายุพึ่งพิง 10 คน ขยายเครือข่ายให้ อสม. เป็นทีมเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้ อสม. 1 คน รับผิดชอบผู้สูงอายุในละแวกบ้าน 12 หลังคาเรือน ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด สร้างกลุ่มสื่อสารในกลุ่มภาคีหลัก 3 ภาคีเพื่อการประสานได้ทันทั่วทั้งที่กรณีเร่งด่วน และติดตามเยี่ยมทุกอาทิตย์ด้วย Care giver และ Care manager ตาม care plan แก้ไขปัญหาองค์รวมต่าง ๆ ด้วยทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานภาคีหลัก 3 ภาคีบริการ

5. ติดตามฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุตามสาเหตุและส่งต่อผู้สูงอายุเข้าสู่สังคม โดยเริ่มจากการเข้าสู่งานวิจัยอีสาน เช่น รดน้ำดำหัว งานบุญประเพณีต่าง ๆ และเริ่มเข้าสู่โรงเรียนผู้สูงอายุของตำบลท่าขอนยาง และทีมติดตามประเมินสุขภาพ

ต่อเนื่องในโรงเรียนผู้สูงอายุ บูรณาการกับกลุ่มสูงอายุติดสังคมทั่วไป

6. จัดทำนวัตกรรมและอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูสุขภาพเช่น รวามไม้ไผ่หัดเดินที่บ้าน เชือกชักรอก เมล็ดมะคาคลายเคียด ถาดมะกรูดนวดเท้า ไม้หนีบคลายปวดเมื่อย การฝึกสมาธิบำบัด ฝึกสมอง ด้วยการนับนิ้ว ฯลฯ

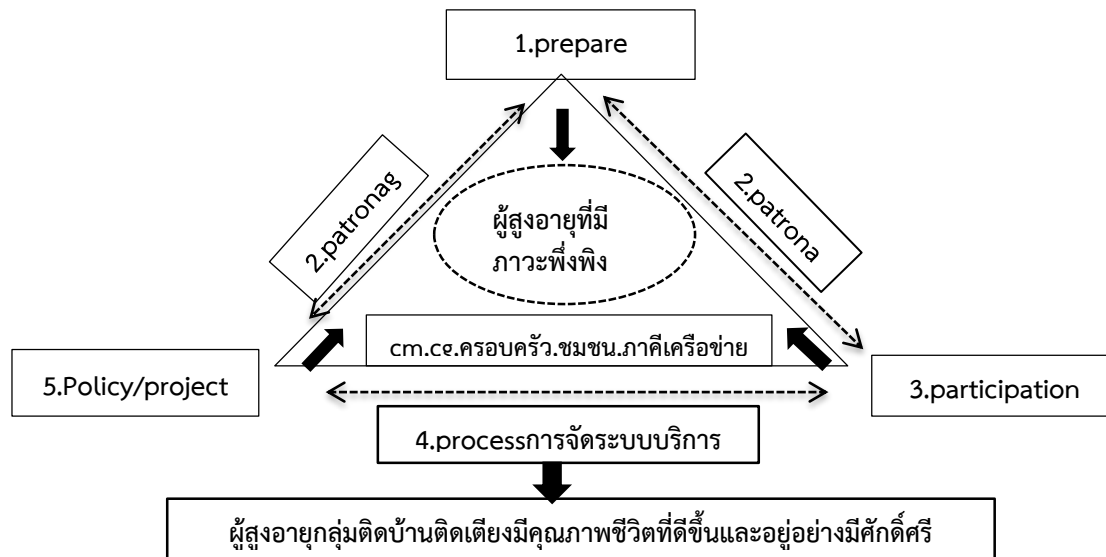
7. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนดึงมือจากบ้านมาร่วมงานสังคม และจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุต้นแบบอายุยืน

ผลจากการถอดบทเรียนสรุปปัญหาอุปสรรคและประเมินผลการใช้รูปแบบและความพึงพอใจจากผู้รู้รูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากเดินไม่สะดวกข้อเข่าเสื่อม ก็ได้รับการช่วยเหลือกายภาพบำบัดและหัดกายบริหารด้วยราวชักรอก รวามไม้ไผ่ การออกสู่ชุมชนมีภาคีบริการชุมชนมารับส่ง ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ สามารถโดยภาคีบริการ ในการช่วยกายภาพบำบัด จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ภาคีบริการสังคม จัดหารถรับ-ส่ง ภาคีบริการสังคมประสานเพื่อนผู้สูงอายุมาช่วยเหลือและชวนออกนอกบ้าน จัดหานวัตกรรมโดยใช้วัสดุในท้องถิ่นตามปัญหาที่พบ เช่น ใช้ล้อเข็นช่วยในการเดิน ใช้ไม้ค้ำพยุงไม่ให้ล้ม เมื่อออกสู่สังคมมีโอกาสเข้าถึงการบริการเฉพาะด้านจากบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ในการตรวจสุขภาพตา ปากและฟัน ได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ปัญหาจากการประเมินผลโดยการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้น จัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพเพิ่มโอกาสการเข้าถึงในทุกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงที่สามารถพัฒนามาเป็นกลุ่มติดบ้านได้ การสรุปประเมินผลการจัด

กิจกรรมต่าง ๆ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนสรุปแลกเปลี่ยนและเสนอแนวทาง ถอดมาเป็นบทเรียนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่จะสามารถแก้ไขปัญหามีความยั่งยืนจากชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนจะต้องมีองค์ประกอบดังนี้

การเตรียมการ (Prepare) หรือวางแผนที่ดีจะทำให้ประสบผลสำเร็จได้ในทรัพยากรที่จำกัด และการช่วยเหลือโดยชุมชน สังคม (Participation) มีส่วนได้ส่วนเสียและรับประโยชน์ร่วมกันทำให้ใส่ใจกันมากขึ้น การปรับปรุงกระบวนการ (Process) ผ่านการจัดกิจกรรมซ้ำ ๆ และแก้ไขทำให้ระบบมีการพัฒนาดีขึ้น ความสอดคล้องกับนโยบาย Policy/Project จะได้รับแรงสนับสนุนและงบประมาณมากขึ้นในการจัดกิจกรรมโครงการ และการดำเนินงานที่เป็นระบบมีการปรับกระบวนการและนำไปใช้และพัฒนาแก้ไขจากการประเมินผลทั้งผู้ใช้และผู้รับผลประโยชน์จึงเป็นที่มา ของ 5 P Model นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานรอบที่ 2 และ 3 และขยายผลไปในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอกันทรวิชัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (District Health Board) ซึ่งคณะกรรมการเสนอเป็นประเด็นหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีการดำเนินงานที่เป็นระบบทุกตำบล

ผลการพัฒนาการดำเนินงานผ่านการจัดกิจกรรมโครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีด้วยรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยรูปแบบ 5 P Model ดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 P Model

; ประยุกต์แนวคิด The chronic care model ซึ่งพัฒนาโดย The Mac Coll Institute.

1) การเตรียมการที่ดี (Prepare) ตรวจสอบคัดกรองการประเมินสภาพผู้สูงอายุ จัดกลุ่มตาม Care plan, การพัฒนาศักยภาพบุคลากร, ผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย โดยมีศูนย์ประสานงานที่มีระบบและมีประสิทธิภาพมีกลุ่มไลน์ในการสื่อสารและประสานการทำงานที่รวดเร็ว

2.) การมีส่วนร่วม (Participation) การช่วยเหลือโดยชุมชนสังคม มีส่วนได้ส่วนเสียและรับประโยชน์ร่วมกันทำให้ใส่ใจกันมากขึ้น จึงเกิดอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน

3) กระบวนการ (Process) การบริการต่อเนื่องและประสานงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายจิตอาสา หน่วยงานสนับสนุนและสถานบริการในการดูแลต่อเนื่อง

4) นโยบายการจัดกิจกรรมโครงการและนวัตกรรม (Policy/Project) เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5) การดูแลสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น (Patronage) ในการจัดการที่รอบด้านและองค์รวม

ผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ในการพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ด้วยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องเป็นพลวัตร มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีการสนับสนุนดูแล พัฒนาช่องทางการส่งและเชื่อมโยงกับเครือข่ายผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ได้บรรลุตามเป้าหมายคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและชุมชนต่อไปได้ ภาคีหลัก 3 ภาคี ได้แก่ ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน และภาคีบริการสังคม ทุกส่วนมีบทบาทในการร่วมกำหนดรูปแบบ เอื้อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ส่งเสริมการเรียนรู้ในการปรับตัว เตรียมชุมชนและผู้ดูแลให้มีความเข้าใจ รู้คุณค่าผู้สูงวัย ส่งเสริมให้เกิดศูนย์

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระดมความช่วยเหลือทรัพยากร ส่วนภาคีบริการสุขภาพ มีบทบาทในการเป็นผู้ให้รวมทั้งจัดบริการและเชื่อมโยงประสานแต่ละภาคีให้เป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลท่าขอนยาง

ให้มีศักยภาพส่งเสริมศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง และผู้ดูแล ให้มีประสิทธิภาพขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะร่างกายที่สมดุลดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีตามวัย⁸ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจคัดกรองประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง

รายการข้อมูล	ระยะรอบ 1 (n=45)				ระยะรอบ 2 (n=45)			
	มีปัญหา		ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		ไม่มีปัญหา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.สุขภาพช่องปากและฟัน	27	60.00	18	40.00	10	22.22	35	77.78
2.การคัดกรองสภาวะทางตา	20	44.44	25	55.56	8	17.78	37	82.22
3.การทดสอบการรับรู้	15	33.33	30	66.67	5	11.11	40	88.89
4.ประเมินภาวะซึมเศร้า	7	15.56	38	84.44	2	4.44	43	95.56
5.ภาวะข้อเข่าเสื่อม	15	33.33	30	66.67	8	17.78	37	82.22
6.ภาวะเสียงหกล้ม	34	75.56	11	24.44	10	22.22	35	77.78
7.ปัญหาคลื่นไส้สภาวะ	15	33.33	30	66.67	10	22.22	35	77.78
8.ภาวะทุพโภชนาการ	17	37.78	28	62.22	8	17.78	37	82.22
9.การนอนกรน	30	66.67	15	33.33	12	26.67	33	73.33
10.ความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด	27	60.00	18	40.00	11	24.44	34	75.56

จากการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการเข้าร่วมการดำเนินงาน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ได้รับการแก้ไขปัญหามาแล้วในด้าน ให้สามารถประกอบประกอบกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ ลดปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน จนทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านที่ประเมิน ADL แล้ว ยกย่องสภาวะสุขภาพ จากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมได้ 12 คน (ร้อยละ 26.67)

จากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการใช้รูปแบบในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่ามีความพึงพอใจหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.86,

SD = 0.21) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านระบบ/ขั้นตอนการให้บริการ มากที่สุด (Mean = 2.97, SD = 0.12) และด้านคุณภาพการให้บริการ น้อยที่สุด (Mean = 2.73, SD = 0.18) แสดงดังตารางที่ 2

สำหรับผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่ามีความพึงพอใจหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.86, SD = 0.21) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านระบบ/ขั้นตอนการให้บริการ มากที่สุด (Mean = 2.97, SD = 0.12) และด้านคุณภาพการให้บริการ น้อยที่สุด (Mean = 2.73, SD = 0.18) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 P Model ตำบลท่าขนอยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ(n=45)			หลังดำเนินการ (n=45)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1.ด้านระบบ/ขั้นตอนการบริการ	2.06	0.64	ปานกลาง	2.97	0.12	มาก
2.ด้านเจ้าหน้าที่และจริยธรรมในการให้บริการ	2.04	0.63	ปานกลาง	2.84	0.32	มาก
3.ด้านคุณภาพการให้บริการ	1.89	0.63	ปานกลาง	2.73	0.18	มาก
รวม	1.99	0.63	ปานกลาง	2.86	0.21	มาก

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 P Model ตำบลท่าขนอยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ(n=30)			หลังดำเนินการ (n=30)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1.ด้านระบบ/ขั้นตอนการบริการ	2.07	0.62	ปานกลาง	2.97	0.12	มาก
2.ด้านเจ้าหน้าที่และจริยธรรมในการให้บริการ	2.05	0.61	ปานกลาง	2.84	0.32	มาก
3.ด้านคุณภาพการให้บริการ	1.99	0.61	ปานกลาง	2.73	0.18	มาก
รวม	2.03	0.61	ปานกลาง	2.85	0.20	มาก

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ส่งผลต่อกระบวนการ

โดยการประชุมระดมสมองของภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน พบปัจจัยแห่งความสำเร็จดังนี้

- 1) ความร่วมมือของภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน และภาคีบริการสังคม
- 2) มีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการประสานกันในกลุ่มแก้ไขปัญหาด้านท้องถิ่น
- 3) มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน สม่่าเสมอ และทุกส่วนเข้ามามีส่วนในการเสนอแนะและพัฒนาแบบที่มีความต่อเนื่องและมีการปรับปรุงแก้ไขด้วยแนวคิดข้อเสนอจากทุกกลุ่ม
- 4) การมีต้นทุนทางสังคมให้การสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้องและชุมชนร่วมรับประโยชน์

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวกลุ่มติดบ้านและติดเตียงของตำบลท่าขนอยาง ที่มีการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสถานการณ์มาสะท้อนในกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนและลงมือปฏิบัติ สังเกตสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดังต่อไปในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ช่องทางด่วนนี้ได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมวิจัยทุกคนสามารถให้คำปรึกษาแนะนำกันในแต่ละด้าน และมีการประสานงานอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติตามแผน กรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และมีสรุปผลการดำเนินงานเพื่อสะท้อนข้อมูลกลับและ

ประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวงจรปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีการหมุนครบรอบ 3 วงจร และจะมีการหมุนเพื่อพัฒนาวงจรได้อย่างต่อเนื่อง ไปข้างหน้าเรื่อย ๆ ตามบริบทและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของวงจร เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลท่าขอนยาง

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานด้วยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มพึ่งพิง 5 P Model: (P:Prepare P:Participation P:Process P:Policy/project และ P:Patronage) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตประจำวันที่เป็นปกติเหมาะสมกับสภาวะร่างกาย ได้รับการช่วยเหลือที่ครอบคลุมสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้แม้ในยามเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้รับการรักษาฟื้นฟูบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลระยะยาวที่มีความ สอดคล้องกับระบบค่านิยมวัฒนธรรมของพื้นที่หรือชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกื้อหนุนเข้าสู่วิถีการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว¹² เป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพด้านร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุและการเจ็บป่วย รวมถึงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและบริบทแวดล้อม ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุในชุมชน โดยการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการจัดให้บริการ สิ่งแวดล้อมและส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลท่าขอนยาง ที่เกิด 5 P Model ที่เกิดจากแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผลจากการปฏิบัติทำให้ทราบปัญหาและสิ่งที่ต้องการและคาดหวัง การประสานและบูรณาการกับภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดความร่วมมือและความเข้าใจ การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและมีรูปแบบที่ผ่านการทดลองใช้และปรับปรุง วางแผนพัฒนาระบบกระบวนการภายใต้สภาพแวดล้อมวัฒนธรรมประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความเชื่อและความศรัทธาและสภาพการเปลี่ยนแปลงเพราะชีวิตที่ต้องดำเนินต่อความเสื่อมถอยของร่างกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบ เป็นธรรมชาติที่ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง รูปแบบจึงต้องดำเนินงานจึงต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหา จึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ เช่นเดียวกับกับวิโรจวรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ⁶ ที่ได้พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชนและองค์กรรัฐ ซึ่งต้องมี 3 ส่วนที่สนับสนุนประสานงานกันแบบบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และการจัดระบบการส่งต่อและประสานกับสถานบริการ โดยทุกกลุ่มมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางในการประชุมวางแผนซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการสร้างพลังอำนาจของ (Gibson 1991)¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจินต์ เพชรพันธุ์และคณะ¹⁴ พบว่า การให้บริการผู้สูงอายุต้องเป็นการให้บริการแบบองค์รวมที่มีการผสมผสานการบริการ สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุโดยทุกภาคส่วนต้องกำหนดกลยุทธ์ 6 ด้าน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ 10 ประการ เพื่อ

สนับสนุนการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สิ่งสำคัญ คือ คนในครอบครัวของผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ ต้องมีจิตอาสาและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ แพรววิภา รัตนศรี¹⁵ ที่อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานกระบวนการ ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ พิศมัย บุญเลิศ และคณะ¹⁶ เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชนผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง จุดเด่นของรูปแบบ 5 P คือ การดูแลบริการที่ต่อเนื่องครอบคลุมและมีภาคีบริการสุขภาพ ชุมชนและสังคมร่วมมือกันภายใต้ฐานหลักของครอบครัวและชุมชน ทำให้เห็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน แก้ไขปัญหาเป็นรายบุคคล ทำให้ลดช่องว่างของปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นการประเมินผลจากสังคมที่เห็นคุณค่าของกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ออกสู่สังคมเข้าสู่ชุมชนได้อย่างมีความสุขและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

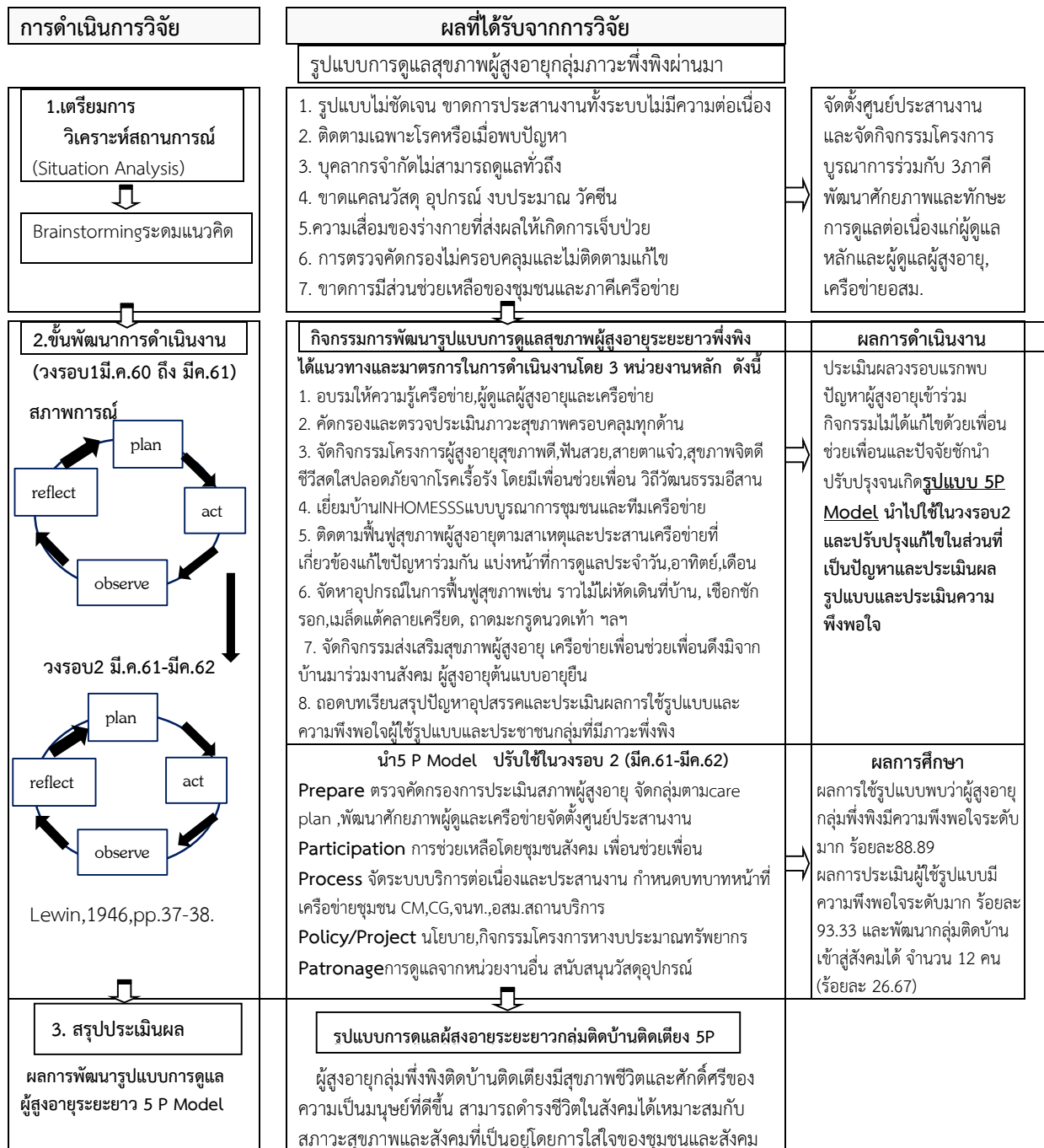
กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2560-2563 เป็นจำนวนเงิน 113,920 บาทขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2557.
3. มูลนิธิสถาบันการวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2558.
4. งานผู้สูงอายุ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือแนวทางการประเมินตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care). ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่; 2556.
5. ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ. รายงานผลความก้าวหน้าโครงการวิจัยรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
6. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล, 2557; 29(3): 104-115.
7. Kemmis, S., MaTaggart, R The Action Research Planner (3rd ed.) Geelong, Australia: Deakin University; 1988.

8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2558.
9. Wagner H. Improving chronic illness: translating evidence into action. Health Affairs, 2011; 20(6): 64-78.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2558.
- 11.ศิริพร จิรวัดนกุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: วิจัยพัฒน; 2553.
- 12.ประเวศ วะสี และคณะ. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน เวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (สพช.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
13. Gibson Cs.A concept analysis of empowerment J Adv Nur, 1991; 16(20): 345-61.
14. สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 2557; 12(3): 31-47.
15. แพรววิภา รัตนศรี. รูปแบบการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.
- 16.พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ.การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559; 23(2): 79- 87.



ภาพที่ 2 ผลการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

Received: 26 Dec 2019, Revised: 17 Feb 2020

Accepted: 28 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ศิริประภา หล้าสิงห์^{1,*} สมัทนา กลางคร² ศิรินาถ ตงศิริ³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไผ่จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 66 คน และกลุ่มภาคีเครือข่าย 26 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา บริบทคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่า เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 85.90 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.80 ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 68.4 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จัดขึ้น พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพดีขึ้น และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง เน้นการทำงานเชิงรุกจนเกิดการพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: siraprapasully@gmail.com

Original Article

Improving Quality of Life for the Elderly by Community Participation

Siraprapa Lasing^{1,*}, Sumattana Glangkarn², Sirinart Tongsir³

Abstract

This action research aimed to study the development of the quality of life of the elderly by community participation in Kut Sai Jor Subdistrict, Kantharawichai District, Maha Sarakham province. The sample group was divided into 2 groups which were 66 elderly people and 26 stake-holders and network partners. Quantitative data was analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t-test and qualitative data used content analysis. The results indicated that most samples were well elder as 85.90%. The elderly had quality of life at a medium level of 84.80%. Due to health related – quality of life, most of them felt little anxious or slightly depressed as 68.4%. After development model was launched, with the participation of the organized community. It was found that the quality of life of the elderly in the society were improved. The elderly who had health problems, had changed their health status better than before. The elderly in the dependent group had good quality of life and health related-quality of life as well. Additionally, all community network partners in the community had participated in the improvement model statistically significance. The key success factors were the participation of the public health agencies and local administrative organizations in the area with the concentration of the development plan and the integration of the budget together. Obviously, strong network association on proactive activities will make efficient and continuous improvement to sustainable.

Keyword: Elderly, Quality of life, *Health-related quality of life*, Participation

¹ Graduate students, Master Degree of Public Health, Mahasarakrm University

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Assistant Professor, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

* Corresponding author: siraprapasully@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรถือเป็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญของโลก การมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากร อัตราการเกิดน้อยลง เป็นผลพวงมาจากความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในสาขาการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งสภาวะทางเศรษฐกิจ วิถีชีวิต และทัศนคติของคนในยุคปัจจุบันที่แต่งงานช้าลง สภาวะการดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ (United Nations; UN) จะเห็นว่าในหลายประเทศกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) กล่าวคือ มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และอีกหลายประเทศกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) กล่าวคือ มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ และในประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก และคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด

จังหวัดมหาสารคามเป็นอีกจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่ประสบปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกันจากการสำรวจข้อมูลด้านผู้สูงอายุในตำบลกุดไล่จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 487 คน (ร้อยละ 17.96) ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 586 (ร้อยละ 20.96) ในปี พ.ศ. 2560 และในปัจจุบันปี พ.ศ. 2561 ประชากรผู้สูงอายุ มีจำนวน 602 คน (ร้อยละ 21.36) และจากข้อมูลด้านสุขภาวะผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2560

ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือดตามลำดับ และพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ.2558 และในปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 12.89 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 และในปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 10.98 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ.2556 ร้อยละ 58.06 อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราป่วยด้วยโรคโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 40.95² การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุม 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และปัญญา มีการดำเนินงานดูแลด้านสุขภาพกาย ได้แก่ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนการออกกำลังกายไม่มีแนวทางที่ชัดเจน การได้รับการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากรไม่เพียงพอ จากการสำรวจระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ³ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 1.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 84.8 และคุณภาพชีวิตระดับที่ดี ร้อยละ 13.9

ทั้งนี้การวางระบบเพื่อดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อรักษาพยาบาลจากหน่วยงานของรัฐเพียงด้านเดียว ควรมีภาคีเครือข่ายช่วยในการ

ดำเนินงานด้าน สาธารณสุข ในขณะเดียวกันโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้ มีส่วนร่วม มีระบบสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และการป้องกันอย่างสมบูรณ์ และตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้การดูแลสุขภาพ 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และปัญญา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีสุขภาพจิตดี สามารถดูแลตนเอง และมีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ตามองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุอย่างสมศักดิ์ศรี มีความพร้อม มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด Kemmis and McTaggart, 1988⁴ มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลกุดไผ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มี 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 66 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรหาค่าเฉลี่ยประชากรกรณีทราบจำนวนประชากร⁵ 2) ตัวแทนกลุ่มภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดไผ่ จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้าน จำนวน 11 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) จำนวน 5 คน ตัวแทนหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน รวมจำนวน 26 คน

เครื่องมือ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสังเกตการมีส่วนร่วม การบันทึก การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ³ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ⁶ และการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามโดยการสร้างขึ้นจากกรอบทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาและประเด็นคำถามที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ครอบคลุมเนื้อหา ลักษณะทางประชากร

คุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และทดลองใช้ (Try Out) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของเท่ากับ 0.80 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วม โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การจำแนกประเภทข้อมูล ประมวลความเชื่อมโยง และสร้างข้อสรุป

จริยธรรมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ออกหนังสือใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 052/2562

ผลการวิจัย

กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถสรุปเป็นขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานได้ ดังนี้

1. บริบทคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

1) บริบทคุณภาพชีวิต จากการสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 85.9) มีบริบทคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และไม่มีโรคประจำตัว ได้รับการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุทั้งหมด (n=602)

	ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มติดสังคม	ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป	517	85.9
กลุ่มติดบ้าน	5-11 คะแนน	74	12.3
กลุ่มติดเตียง	0-4 คะแนน	11	1.8

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งหมด (n=602)

ข้อมูลสุขภาพทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย	
น้อยกว่า 18.5 กก./ตร.ม. น้อยกว่ามาตรฐาน	74 (12.3)
18.5-22.9 กก./ตร.ม. ปกติ	277 (46.0)
23.0-24.9 กก./ตร.ม. อ้วนระดับ 1	122 (20.3)
25.0-29.9 กก./ตร.ม. อ้วนระดับ 2	106 (17.6)
มากกว่า 30 กก./ตร.ม. อ้วนระดับ 3	23 (3.8)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	403 (66.9)
มีโรคประจำตัว	199 (33.1)
โรคเบาหวาน	75 (12.4)
โรคความดันโลหิตสูง	69 (11.5)
โรคหัวใจขาดเลือด	9 (1.5)
โรคหอบหืด	8 (1.3)

ข้อมูลสุขภาพทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
โรคหลอดเลือดสมอง	4 (0.7)
ซึมเศร้า	4 (0.7)
โรคเมเร็ง	2 (0.3)
โรคไต	2 (0.3)
อัมพฤกษ์ อัมพาต	1 (0.2)
มากกว่า 1 โรค	25 (4.2)
ปัญหาสำคัญทางสุขภาพ	
ไม่มี	556 (92.4)
ปวดเมื่อย	22 (3.7)
พิการ	14 (2.3)
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	4 (0.7)
อ่อนแรง	4 (0.7)
รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ	1 (0.2)
ไถวยาย	1 (0.2)

2) บริบทคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ส่วนใหญ่พบว่า 1) ด้านการเคลื่อนไหว ไม่มีปัญหาในการเดิน 2) ด้านการดูแลตนเอง ไม่มีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง 3) ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ปัญหาด้านสุขภาพมีผลเล็กน้อยต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 4) ด้านอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย 5) ด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย หากพิจารณา

จากข้อมูลจะเห็นว่าระดับคะแนนบรรทัดฐานร้อยละคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ที่มีระดับคะแนนรวมสูงสุด คือ 1 ผลการศึกษานี้ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85 ซึ่งหมายถึงคะแนนอยู่ในระดับดี แสดงว่าผู้สูงอายุไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและมีสุขภาวะด้านชีวิตดี เนื่องจากจากการไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะโรคร่วมรับประทานอาหารครบตามหลักโภชนาการ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และใหญ่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาวะปกติ จำแนกรายด้าน (n=66)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน (ร้อยละ)
ด้านสุขภาพกาย	6 (9.1)	54 (81.8)	6 (9.1)
ด้านจิตใจ	5 (7.6)	39 (59.1)	22 (33.3)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	6 (9.1)	35 (53.0)	25 (37.9)
ด้านสิ่งแวดล้อม	2 (3.0)	47 (71.2)	17 (25.8)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	1 (1.5)	56 (84.8)	9 (13.9)

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพะสุขภาพ (n=19)

องค์ประกอบ	ระดับความรุนแรง				
	ไม่มี ปัญหา เลย	มีปัญหา เล็กน้อย	มีปัญหา ปาน กลาง	มีปัญหา มาก	มีปัญหา มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการเคลื่อนไหว	9 (47.4)	4 (21.1)	3 (15.8)	0 (0.0)	3 (15.8)
การดูแลตนเอง	12 (63.2)	2 (10.5)	1 (5.3)	0 (0.0)	4 (21.1)
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	5 (26.3)	10 (52.6)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (10.5)
อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	3 (15.8)	11 (57.9)	3 (15.8)	0 (0.0)	2 (10.5)
ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า	4 (21.1)	13 (68.4)	0 (0.0)	2 (10.5)	0 (0.0)

2. กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย การร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 66 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 26 คน ข้อมูลการวิจัยแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1) ขั้นการวางแผน (Planning)

2 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) จัดประชุมประชาคมร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อรับทราบและสร้างความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาวะผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในชุมชนที่ผ่านมา 2) ประชุมระดมสมองร่วมกันสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน/หน่วยงานมีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ขั้นตอนการวางแผนเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อรายงานถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในทุกมิติ เพื่อการบูรณาการและระดมความคิดเห็นสำหรับสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชน

2) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) 3

กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อรับทราบและเข้าใจแนวทางร่วมกัน

และชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 2) การดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยยึดตามแนวคิด 4 Smart ประกอบไปด้วย ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย มีกิจกรรมย่อยดังนี้ กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมกินข้าวอร่อยเพื่อสุขภาพ กิจกรรมสุขภาพฟันดี ชีวิตมีสุข กิจกรรมพหุวิธีกับการดำเนินชีวิต และกิจกรรมดนตรีบำบัด และร่วมนัด 3) การดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกิจกรรมผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความรู้ทั้งทางทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยใช้เวลาฝึกอบรมทั้งสิ้น 11 วัน หรือมีชั่วโมงตลอดหลักสูตรเท่ากับ 70 ชั่วโมง ขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน ซึ่งอาจปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์บริบทของชุมชน

3) ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึก การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการแสดงความคิดเห็นในขณะที่ได้รับรู้จากวิทยากร ซึ่งผู้สูงอายุเกิดความกระตือรือร้นในการมาเข้าร่วมกิจกรรม 2) การติดตามผลการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เป็นผู้ที่มีหน้าที่ดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง ภายหลังจากติดตามระยะเวลาเดือนละ 2 ครั้ง ผู้สูงอายุให้ความสนใจร่วมกิจกรรม มีการแสดงความคิดเห็นตอบโต้กันระหว่าง CG เป็นอย่างดี 3) การประเมินประจักษ์คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังการเข้าร่วมกิจกรรม การสังเกตการณ์เป็นขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ

กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ สำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) 2 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) จัดประชุมเพื่อสรุปผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อรายงานผลการดำเนินกิจกรรมได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้ องค์ประกอบที่ 1 การดูแลสุขภาพระดับบุคคล องค์ประกอบที่ 2 การดูแลสุขภาพระดับครอบครัว องค์ประกอบที่ 3 การดูแลสุขภาพระดับชุมชน องค์ประกอบที่ 4 การดูแลสุขภาพระดับภาครัฐ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้จ่อ และองค์การบริหารส่วนตำบลใกล้จ่อ 2) การคืนข้อมูลภาวะสุขภาพหลังการวิจัยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นนำเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนดำเนินกิจกรรม เพื่อถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลใกล้จ่อต่อไป ข้อมูลที่ได้รับการสะท้อนกลับเป็นการกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่

3. ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1) ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย เมื่อวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL)⁷ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม มีภาวะโรคเรื้อรังที่สำคัญได้แก่ โรคความเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกาย (ระดับปกติ)⁸ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดเตียง ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ถือว่าเป็นผลดีต่อผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพนั้นอาจต้องใช้เวลายาวนานในระดับหนึ่ง

2) ด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำงานอดิเรก ตรวจสุขภาพ ดีขึ้นกว่าก่อนการเริ่มดำเนินการวิจัย สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากเจ้าหน้าที่และบุคลากรได้ตรวจร่างกายให้ผู้สูงอายุทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรม และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ดีและถูกต้อง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการรู้สึกถึงการได้รับกำลังใจและเห็นคุณค่าของตนเอง

3) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติ ภาพรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 แสดงว่าหลังจากที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุมีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบเจอเพื่อนในวัยเดียวกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจ มีความสุขมากขึ้น

4) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ หลังจากที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ภาพรวมคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพ (VAS) ของผู้สูงอายุดีขึ้นมากกว่าตอนก่อนเริ่มกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.016 และ <0.001 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมมีผลทำให้ผู้สูงอายุสนใจ เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี ก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี

5) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะสุขภาพปกติ หลังจากที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ภาพรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งดีขึ้นมากกว่าตอนก่อนเริ่มกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับการดูแลจาก CG อย่างทั่วถึง และได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของ CG การได้รับความรู้แนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมไปถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านด้วยเช่นกัน

6) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ หลังจากที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ภาพรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพ (VAS) ดีขึ้นมากกว่าก่อนเริ่มดำเนินการกิจกรรม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.029 และ 0.019 ตามลำดับ การที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นเป็นผลมาจากได้รับการดูแลจาก CG ทั่วถึง

และผู้สูงอายุที่บ้านได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

7) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง และมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการเริ่มกิจกรรม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

<0.001 แสดงให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญในการเข้าร่วม และมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนนี้เกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น การสร้างความสัมพันธ์ภายในชุมชนให้มีความสนใจในจุดร่วมเดียวกัน จนเกิดการตระหนักรู้ในความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=26)

ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน		จำนวน (ร้อยละ)
สูง	(46.68-60.00 คะแนน)	13 (50.0)
ปานกลาง	(33.34-46.67 คะแนน)	11 (42.3)
น้อย	(20.00-33.33 คะแนน)	2 (7.7)
(Mean =45.27, S.D. =8.19, Min = 32 , Max =60)		

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=26)

ระดับการมีส่วนร่วม	n	$\bar{x}$	S.D.	Std. Error Mean	t-test	95%CI	P-value
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	26	34.31	10.16				
หลังการเข้าร่วมวิจัย	26	45.27	8.19	1.65	6.633	7.55-14.36	<0.001

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลกุดไล่จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จได้ประกอบไปด้วย 1) ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) มีการจัดทำแผนพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน 4) หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น (อปท.) มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณ 5) ทีม CG และ 6) มีการติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนจะบรรลุผลได้ ภาคีเครือข่ายในชุมชนต้องเข้มแข็ง เห็นความสำคัญของปัญหา มอง

ปัญหาด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายเดียวกัน เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา ก่อนร่วมกันจัดทำแผนการปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ยังได้มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม จนโครงการและกิจกรรมประสบผลสำเร็จได้ ผลการพัฒนาที่ได้สามารถนำมาสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสะท้อนกลับให้กับชุมชนต่อไป ซึ่งผลสำเร็จที่ได้ยังสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท บริบูรณ์¹⁰ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโรงเรียนผู้สูงอายุที่ได้จากงานวิจัยประกอบด้วย 1) การมีผู้นำชัดเจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระภิกษุ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) การมีเป้าหมายเดียวกันที่ชัดเจนทั้งกลุ่มหมู่คณะ 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีเวทีในการพูดคุย พบปะและเฟื่องฟูสานพลังการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 4) เครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ได้แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน และภายนอกเฟื่องฟูสานการดำเนินการบูรณาการ การทำงานร่วมกัน 5) การเรียนรู้และดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทบทวนและสรุปบทเรียนการทำงานเป็นระยะ และส่งคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชนเพื่อนำมาพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง 6) หน่วยงานส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณบุคลากร และสถานที่ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ เหลาสา กระจำนง ตลับนิล และสุภรณ์ ชุมพลวงศ์¹¹ ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการ

พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลทุ่งแสงทอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย การมีเป้าหมายที่ชัดเจน การทำงานเป็นระบบ บริหารและจัดการโยชุมชน สมาชิกเรียนรู้จนเกิดทักษะในการทำงาน ตลอดจนนำทักษะที่ได้มาปรับใช้ในการทำกิจกรรมกับชุมชนของตนเอง และเครือข่ายมีทักษะในการร่วมกันอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ควรจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลกุดไผ่จ่อ เพื่อให้สามารถเป็นต้นแบบของโรงเรียนผู้สูงอายุต่อไป มีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมาพบปะกันเดือนละ 2 ครั้ง และทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง ควรส่งเสริมให้มีการจัดบริการเชิงรุกของ CG ให้มากขึ้น เพื่อเป็นฟันเฟืองในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดำเนินงานของ CG ควรออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยจะให้ CG รายงานผลการออกเยี่ยมบ้านต่อผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Manager: CM) ทุกสัปดาห์ และมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง

3) ภาคีเครือข่ายต้องเห็นความสำคัญบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การสร้างความสัมพันธ์ภายในชุมชนให้มีความสนใจในจุดร่วมเดียวกัน จนเกิดการตระหนักรู้และมีความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

4) หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม

5) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อื่น เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของท้องถิ่นอื่นที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

6) ควรมีการวิจัยการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงของ CG

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดไผ่จ้อ และภาคีเครือข่ายในชุมชนทุกท่าน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลกุดไผ่จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการใช้พื้นที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลและให้ความกรุณาในการตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น และตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์; 2562.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (n.d.). HDC - Dashboard. (Accessed November 7, 2018, at <https://mkm.hdc.moph.go.th>)
3. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. Geneva Switzerland; 2004.
4. วีรยุทธ ชาตะกาญจน์. วิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2558; 2(1): 29-49.

5. สุ่มทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 6th ed. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553. หน้า 124.
6. EQ-5D-5L – EQ-5D. (n.d.). (Accessed November 7, 2018, at <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>)
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
8. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ. 2556. (Accessed November 7, 2018, at http://hp.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index_th)
9. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข; 2561.
10. กัมปนาท บริบูรณ์. แนวทางการพัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารรามคำแหง ฉบับคณะศึกษาศาสตร์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2562; 1(1): 40-5.
11. ปิยวรรณ เหลาสา, กระจำง ตลับนิล, และ สุภรณ์ ชุมพลวงศ์. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลทุ่งแสงทอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ 2558; 9(1): 96-106.

Received: 11 Dec 2019, Revised: 24 Jan 2020

Accepted: 5 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับ
ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

ภรดา ยังวิสัย^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการชี้แนะกับกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ระดับความดันโลหิต และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test for dependent samples และ t-test for independent samples ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับแผนการชี้แนะเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการชี้แนะของแฮส (HASS) มาประยุกต์ใช้ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง และ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม โดยได้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยสรุป ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แผนการชี้แนะดังกล่าว ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง ดังนั้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ และ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น แผนการชี้แนะดังกล่าวที่ผู้วิจัยศึกษานี้ควรนำไปเผยแพร่และประยุกต์ใช้ขยายผลต่อไป

คำสำคัญ แผนการชี้แนะ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

¹ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง

* Corresponding author: puraday@gmail.com

Original Article

Effects Comparisons of Coaching and Health Education on Health Behaviors and Blood Pressure Level of the Elderly with Uncontrolled Hypertension in Out Patient Department Khoksamrong Hospital, Lopburi Province

Purada Yungwilai^{1,*}

Abstract

The objective of this Quasi-Experimental research was studies comparisons of effects of coaching by HASS concept and Health education to health behavior and blood pressure level, both before and after experimental study, between control group and experimental group for elderly patients with uncontrolled hypertension. The study was started in October 1, 2018, and finished in April 30, 2019. There were 60 participants that was 30 person randomly selected in each control group, and experimental group by qualification criteria. Both groups were matched pairs by using sex, age, education level, and health status. Research instruments were demographic data, blood pressure level, and health behavior assessment form for elderly patients with uncontrolled hypertension. The data were analyzed by using descriptive statistic, Independent t-test and Paired t-test. The results showed that after experimental study of experimental group, average scores of health behavior was increased before experimental study, increased more than control group. Blood pressure level was decreased before experimental study, and was decreased lower than control group, and there were different significantly at the .05 level. ($p < .05$) In conclusion, the results revealed that applying off coaching by HASS concept and health education affected to increases health behavior, and decrease blood pressure level, therefore, coaching by HASS concept and health education should expanded in another area for elderly patients care, and quality of life improvement. .

Keywords : Coaching on health , Health Behaviors, Elderly with uncontrolled hypertension

¹ Khoksamrong Hospital, Lopburi Province

* Corresponding author: puraday@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ จากสถิติของประเทศไทยสหรัฐอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 1999-2000 และ 2009-2010 พบว่าผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.70 เป็นร้อยละ 21.20 และคาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35-41² สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยใน พ.ศ. 2557 พบผู้สูงอายุที่มีอายุ 66-69 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 53 และ 60 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพศหญิง และเพศชาย เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 59 และ 69 ตามลำดับ โดยอัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2552-2554 เท่ากับ 3.62, 3.89 และ 5.79 ตามลำดับ³ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมาก โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เนื่องจากเมื่อบุคคลอายุมากขึ้นนั้นก็จะมีความเสื่อมถอยของหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่าง ๆ หลายระบบในร่างกาย ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ต่อเนื่องโดยเป้าหมายที่วางไว้น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท⁴ มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และสมอง เป็นต้น ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายอย่างยิ่ง⁵ รวมถึงภาระทั้งด้านการดูแล และด้านค่าใช้จ่ายการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นการรักษาร่วมกันระหว่างการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง

และ เมื่อไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ต้องมีการรักษาด้วยยาร่วมด้วย เพื่อลดการทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ และสมอง ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ ในปัจจุบันเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเบาหวานและไตใช้เกณฑ์ น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท และถ้ามีโรคเบาหวาน และไต ใช้เกณฑ์ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท⁶ จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมแรงดันเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วย มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65.9⁷ ซึ่งการรักษาพยาบาลที่ผ่านมา อาจไม่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนำศักยภาพของตนเอง มาใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต มักกำหนดโดยทีมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถคิดหรือทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง รับรู้สภาพปัญหาตนเองน้อย ไม่ตระหนักหรือเห็นความสำคัญ ขาดแรงจูงใจ ขาดความรู้ รวมทั้งต้องฝืนใจในการปรับพฤติกรรม⁸ จึงทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปฏิบัติได้ไม่ดีเท่าที่ควร เช่น รับประทานอาหารเค็มมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเกินไป ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ⁹ เป็นต้น จากการศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁰ โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ¹¹ และโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม¹² ผลการศึกษาเหล่านี้แม้ว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น แต่ก็ไม่ดำเนินการที่เน้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

และส่วนใหญ่เป็นการดำเนินกิจกรรมในลักษณะกลุ่ม ซึ่งอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางด้านการรับรู้ที่ลดลงจากการเสื่อมตามวัย

การให้ข้อมูลโดยการชี้แนะ (Coaching) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ และยังเป็นสมรรถนะหนึ่งของผู้ปฏิบัติการขั้นสูง¹³ ที่อาจช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการชี้แนะนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้โดยตรง ในทุกขั้นตอนของกระบวนการชี้แนะ จะนำสู่การดูแลสุขภาพของตนเองตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละด้าน และสามารถเชื่อมโยงความรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูลให้มีความหมาย มีแรงจูงใจ และหาวิธีการแก้ไขปัญหายุ่งยากได้บริบทสิ่งแวดล้อมของตนเอง และช่วยสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถในการคิด การตัดสินใจ รวมทั้งการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น เพื่อนำไปสู่การดูแลที่ยั่งยืน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ชี้แนะ เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนคล้ายกระบวนการชี้แนะ และถือว่าเป็นบทบาทหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งต้องใช้ทักษะและสมรรถนะในการจัดการ มีความรู้ที่กว้างและลึก ใช้วิจารณ์ญาณในการไตร่ตรองหาเหตุผลเพื่อตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพได้ ทั้งนี้เพราะการชี้แนะจะช่วยปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนของการสอนแบบเดิม ๆ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเฉพาะข้อมูล แต่การชี้แนะมุ่งสอนให้ผู้ป่วยใช้ทักษะ หรือสอนเทคนิคเฉพาะด้าน ต้องมีกลวิธี และมีขั้นตอนในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยนำทักษะไปปฏิบัติได้จริง และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วย

กับ ผู้ชี้แนะ¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา สติประเสริฐ (2558) ผลของการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พบว่า ผลต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับจังหวัดลพบุรี พบอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2558-2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.19, 22.18 และ 24.37 ตามลำดับ และพบในวัยสูงอายุ ร้อยละ 41.13, 44.14 และ 47.55 ตามลำดับ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี พบมีผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มาได้รับการรักษาตัวที่คลินิกโรคเรื้อรัง ใน พ.ศ. 2558-2560 ร้อยละ 54.10, 55.15 และ 58.35 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และยังไม่มีการนำกระบวนการชี้แนะมาใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน เพื่อให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำการชี้แนะ ซึ่งเป็นกระบวนการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) มีการประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 2) กำหนดวัตถุประสงค์และวางแผน 3) นำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติ 4) การประเมินผลการปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนแนวทางมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และวางรูปแบบการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ และมีทักษะในการจัดการตนเองให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในด้านการควบคุมอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียด เพราะพฤติกรรมแต่ละด้านเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคความดัน

โลหิตสูง อันจะทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จึงต้องการศึกษาผลของการนำกระบวนการชี้แนะที่เป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง มาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเชื่อว่ากระบวนการชี้แนะนี้ จะช่วยให้สามารถพัฒนาศักยภาพของบุคคล ให้ปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหา ความต้องการ และมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เป็นวิธีการที่ทำให้เกิดความยั่งยืนอีกด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม และ ระหว่างกลุ่ม ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับการชี้แนะกับกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 เมษายน 2561 จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า และคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเป็นต้น ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ อ่านออกเขียนได้ สามารถร่วมทำกิจกรรม และให้ข้อมูลด้วยตนเองได้

3. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต จนทำให้มีข้อจำกัดทางกายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

2. ระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งต้องพบแพทย์ทันที

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโพลิตและเบค¹⁵ คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง¹⁶ ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 เมื่อเปิดตารางโคเฮน¹⁷ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561- 30 กันยายน 2562 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ได้รับการชี้แนะ และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง จากนั้นสร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน และระยะเวลา รวมทั้งการร่วมมือในการทำวิจัย และ พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าในการร่วมการวิจัยในครั้งนี้ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยสมัครใจยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และวัดระดับความดันโลหิต

2. ขั้นตอนการชี้แนะ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียดเพื่อค้นหาปัญหา และสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2) กำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยมีผู้วิจัยคอยชี้แนะ สนับสนุน และให้ข้อมูลย้อนกลับ 3) นำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยคอยชี้แนะให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก 4) การ

ประเมินผลการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนแนวทางโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองถึงปัญหา และ อุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตามแผนการชี้แนะ โดยแต่ละครั้งมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ได้รับแผนการชี้แนะที่แผนกผู้ป่วยนอกช่วงเวลา 8.30-12.00 น. มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

1.1 ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเองแสดงท่าทีที่เป็นมิตร ขออนุญาตวัดความดันโลหิต สอบถามสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป แบบแผนการดำเนินชีวิต สนทนาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมา การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การดูแลตนเองที่ผ่านมา เช่น การควบคุมอาหารหรือไม่ อย่างไร การออกกำลังกายสม่ำเสมอหรือไม่ อย่างไร และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร เป็นต้น

1.2 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย เช่น สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และอะไรเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมนั้น

1.3 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมินและสรุปปัญหาในแต่ละด้านที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียด ทั้งนี้ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหารู้ถึงสาเหตุของปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งใช้

คำพูดทางบวกในการเสริมแรงผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจ

1.4 ผู้วิจัยรวบรวมปัญหา และอุปสรรคที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว สรุปให้ผู้ป่วยทราบ และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปัญหาที่ต้องแก้ไขก่อน

2. ขั้นตอนที่ 2 วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ขั้นตอนนี้ดำเนินการต่อเนื่องจากขั้นที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่เป็นสภาพการณ์จริงดังนี้

2.1 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจง และสามารถปฏิบัติได้ตามความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย โดยการตั้งเป้าหมายว่าต้องการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมด้านไหนก่อน ใช้ระยะเวลาเท่าไรในการแก้ไขปัญหาแต่ละด้าน หรือจะแก้ไขปัญหาไปพร้อม ๆ กันในแต่ละด้านก็ได้

2.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัย หรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม และถ้าหากผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ และชี้แนะเพิ่มเติม

3. ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

3.1 ฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ห้องให้คำปรึกษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโคกสำโรง ที่มีปัญหาแต่ละด้านของผู้ป่วย เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ควรรับประทาน หรืออาหารที่ควรงดหรือทานให้น้อยที่สุด การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การขี่จักรยาน และการว่ายน้ำ การรับประทานยาตามคำสั่งของ

แพทย์ การจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิคผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ๆ ซ้ำ และสม่ำเสมอ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ และการทำสมาธิ ให้ผู้ป่วยย้อนกลับบอกสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไขขณะปฏิบัติกิจกรรม

3.2 สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติโดยการแจกแผ่นพับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกทุกสัปดาห์ หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยอีก สัปดาห์ ที่ 4, 8 และ 12 โดยทบทวนการปรับพฤติกรรมตามเป้าหมายร่วมกัน และใช้คำพูดทางบวกในการเสริมแรงผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจ พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และวัดความดันโลหิต กล่าวคำอำลา ชมเชย และให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้วิจัยกล่าวคำอำลาลิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ โดยสอนในตอนเช้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นกลุ่มเปิด หรือสอนรายบุคคลในรายที่ผิดปกติที่โต๊ะซักประวัติแบบรีบเร่ง ไม่มีลำดับขั้นตอน และ ยังเป็นสถานที่ที่มีเสียงดังรบกวน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. แผนการชี้แนะเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้แนวคิดการชี้แนะของแฮส (HASS) ¹⁸ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 2) การกำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม 3) นำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติ 4) การประเมินผลการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนแนวทาง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการชี้แนะทั้ง 4 ขั้นตอน จำนวน 4 ครั้ง

2. เครื่องวัดความดันโลหิต

3. เอกสารประกอบการชี้แนะ ได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการเป็นโรค และความดันโลหิต

2. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งประกอบ ด้วย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียด และหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 โดยลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการพัฒนามนุษย์ในคนของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี (KHN 26/2560)

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เป็นเพศชายร้อยละ 55.33 เพศหญิง ร้อยละ 44.67 ส่วนใหญ่อายุ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทำไร่นา ร้อยละ 71 รายได้น้อยกว่าเดือนละ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46 เป็นโรคความ

ดันโลหิตสูงมากกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 80 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.30 และประวัติในครอบครัวไม่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.70 ส่วนในกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คนเป็นเพศชายร้อยละ 53.30 เพศหญิงร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่อายุ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.90 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทำไร่นา ร้อยละ 71 รายได้น้อยกว่าเดือนละ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 86.70 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 86.70 และ ประวัติในครอบครัวไม่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 70

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ระดับความดันโลหิต ในระยะหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และ ระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองพบไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และ ระดับความดันโลหิตในระยะก่อนทดลอง และ หลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมโดยรวม	49.63	2.93	70.63	3.11	34.62*	< 0.001
ด้านการควบคุมอาหาร	22.47	1.83	31.27	2.18	19.30*	< 0.001
ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่	5.63	.85	7.20	.99	10.50*	< 0.001
ด้านการออกกำลังกาย	11.40	1.03	15.37	.71	16.38*	< 0.001
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.60	.49	6.57	.50	20.09*	< 0.001
ด้านการรับประทานยา	6.53	1.13	10.23	1.10	15.70*	< 0.001
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก	162.67	7.48	148.13	9.63	12.17*	< 0.001
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	92.17	7.79	86.97	6.57	3.03*	< 0.005

*p < .05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และ ระดับความดันโลหิต ในระยะก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมโดยรวม	50.13	2.24	50.80	2.55	29.00	.06
ด้านการควบคุมอาหาร	22.87	1.71	23.00	2.10	.72	.47
ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่	5.70	.75	5.83	.98	1.07	.29
ด้านการออกกำลังกาย	11.33	.88	11.60	.89	2.11	.06
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.50	.50	3.60	.49	1.79	.08
ด้านการรับประทานยา	6.73	.45	6.77	.56	.57	.58
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก	161.07	6.75	160.00	6.54	.80	.42
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	91.43	7.95	92.40	6.05	.16	.11

*p < .05

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และ ระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมโดยรวม	49.63	2.93	50.13	2.44	.46	.74
ด้านการควบคุมอาหาร	22.47	1.83	22.87	1.71	.38	.87
ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่	5.63	.85	5.70	.75	.32	.74
ด้านการออกกำลังกาย	11.40	1.03	11.33	.88	.79	.26
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.60	.49	3.50	.50	.44	.76
ด้านการรับประทานยา	6.53	1.13	6.73	.45	.37	.89
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก	162.67	7.48	161.07	6.75	.38	.86
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	92.17	7.79	91.43	7.95	.72	.91

*p < .05

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมโดยรวม	70.63	3.11	50.80	2.66	26.99*	< 0.001
ด้านการควบคุมอาหาร	31.27	2.18	23.00	2.10	14.95*	< 0.001
ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่	7.20	.99	5.83	.98	5.34*	< 0.001
ด้านการออกกำลังกาย	15.37	.71	11.60	.89	17.98*	< 0.001
ด้านความเครียด	6.57	.05	3.60	.49	22.92*	< 0.001
ด้านการรับประทานยา	6.77	.56	6.67	.56	15.28*	< 0.001
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก	148.13	9.63	160.00	6.54	5.57*	< 0.001
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	86.97	6.57	92.40	6.05	3.30*	< 0.002

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้นสามารถอภิปรายได้ว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระดับความดัน

โลหิตลดลง จากก่อนทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ได้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการชี้แนะช่วยเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล สอนฝึกปฏิบัติ การให้

คำชี้แนะ สนับสนุน และให้ข้อมูลย้อนกลับ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องด้วยความชำนาญ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการชี้แนะที่ประกอบด้วย 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียด เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2) กำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยมีผู้วิจัยคอยชี้แนะ สนับสนุน และ ให้ข้อมูลย้อนกลับ 3) นำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยคอยชี้แนะให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก 4) การประเมินผลการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนแนวทางโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองถึงปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยและผู้ป่วยทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และผู้ป่วยเกิดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangster และคณะ¹⁹ ศึกษาผลของการฝึกการออกกำลังกายร่วมกับประเมินการเคลื่อนไหวและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหัวใจ ใช้โปรแกรมการชี้แนะเป็นรายบุคคลในเรื่องแผนการดำเนินชีวิต เรื่องอาหาร และ การออกกำลังกาย พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$)

การวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดย ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย เพื่อนำมาวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริงตามความรู้ และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย และก่อให้เกิด

ประโยชน์ต่อผู้ป่วยการที่ผู้ป่วยได้รู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ และ ทำให้เห็นความสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสามารถวางแผนปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น พร้อมกับให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ พัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมตามศักยภาพของตนเองในสถานการณ์จริง ได้ถูกต้องมากขึ้น และเน้นปฏิบัติต่อเนื่อง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้ร่วมการประเมินผล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รู้ว่า ปฏิบัติกิจกรรมของตนนั้นบรรลุเป้าหมายหรือไม่ มีอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมหรือไม่ และมีการหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุศึกษาตามปกติ ส่วนใหญ่รูปแบบการสอนเป็นลักษณะการให้ข้อมูล คำแนะนำ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในปัญหาเฉพาะเรื่องที่กำลังมีปัญหา และจำเป็นต้องรู้เท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่อง เวลา บุคลากร จึงไม่สามารถวางแผนร่วมกับผู้ป่วยได้ และเมื่อผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ ก็ขาดการประเมินผลร่วมกัน จึงทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการชี้แนะ และระดับความดันโลหิต สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการชี้แนะ ชี้ให้เห็นชัดว่าสามารถจัดบริการให้ประชาชนได้ และมีผลการดำเนินงานเกิดขึ้นจริง ส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ และปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติจากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพิ่มขึ้นจาก

ก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วน ระดับความดันโลหิต ลดลง จากก่อนทดลอง และ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ได้ผลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p<.05$) ดังนั้นการได้รับแผนการชี้แนะเพื่อการปรับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ช่วยแก้ปัญหาความรุนแรง ของโรค และป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินที่สมอง ขาดเลือดไปเลี้ยงหรือโรคหลอดเลือดสมองได้ และ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บุคลากรด้านสาธารณสุขควร นำแผนการชี้แนะที่ผู้วิจัยศึกษาขึ้นไปให้บริการใน ผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว รวมถึงขยายผลในระดับ ชุมชนต่อไป

2. ด้านการบริหารและวิชาการ วางแผน นโยบาย ควรสนับสนุนงบประมาณให้มีการจัด อบรม/ส่งเจ้าหน้าที่อบรม เรื่อง การชี้แนะ (Coaching) และ การจัดเวที KM เพื่อการปรับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วย สามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติ และคุณภาพชีวิต ที่ดี

3. ด้านการวิจัย ควรศึกษาวิจัยของผู้ป่วย กลุ่มเดิมนี้อีกไป วัดผลซ้ำ 6 เดือน 1 ปี เพื่อดูความ คงทนของโปรแกรมการชี้แนะ และ ศึกษาวิจัย แผนการชี้แนะเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพใน ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่ออื่น เช่น โรคเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ ไพโรจน์ สุรัตนวนิช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี และ นายแพทย์ ชาติชัย มหาเจริญศิริ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโคกสำโรง ที่อนุญาตให้ทำการวิจัย ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วงษ์ นาม ที่ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตลอดจนการใช้ Software ในการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณ นายแพทย์ นุสิทธิ์ ชัยประเสริฐ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้าน อายุรกรรม โรงพยาบาลโคกสำโรง ที่ให้คำปรึกษา และ แนะนำเป็นอย่างดี และขอขอบคุณพยาบาลทุกท่านในโรงพยาบาลโคกสำโรงที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไป ด้วยดี สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้ความ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. A global brief on hypertension.[Internet]. American; 2013. [cited 2017 July 27]. from http://www.lsh-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.
2. Freid, V. M., Bernstein, A. B., & Bush, M. A. Multiple Chronic conditions among adults aged 45 and over:Trends Over The past 10 years. [Internet]. American; 2012. [cited 2017 July 27]. Available from <http://www.Cdc.Gov/nchs>.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราตายด้วยโรค ความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2544-2555; (เข้าถึง เมื่อ 27 กรกฎาคม 2560). เข้าถึงได้จาก <http://www.Thaincd.Com/information-statistic/non-communicable-disease-data>.
4. James PA. , Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et.al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report form

- the Panel Member Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC8). JAMA. 2014; 311:507-20.
5. weber, M. A., et al. Clinical practice guideline for the management of hypertension in the community:A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. [Internet]. American; 2013.[cited 2017 July 27]. Available from http://www.ash-us.org/documents/ash_ish-guideline.
 6. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป(ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558). (เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2560); เข้าถึงได้จาก <http://www.Thaihypertension.org>.
 7. ปัญญา จิตต์พลุกสุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมแรงดันเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 3(2): 1336-1343.
 8. Dusing, R. Overcoming barriers to effective blood pressure control in patients with hypertension. Curr Med Res Opin. Aug ; 2006. 22(8): 1545-53.
 9. Sritirakul, S. Nuntawan, C. Thrakul, S. Bullangpo, P. Paonibol, U. Factors related to the failure of controlling hypertension. Journal Public Health ; 1999. 29(1): 49-58.
 10. มาลัย กำเนิดชาติ. การจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลหนองไข่น้ำอำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
 11. สุชาดา อุปพัทธวนิชย์. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพต่อความรู้พฤติกรรมและการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลแก่งหางแมวจังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
 12. จรินทร์รัตน์ ชันการไธ. ผลการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย ราชภัฏนครสวรรค์; 2550.
 13. Spross, J. A. Expert Coaching and Guidance. In A.B. Harmric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds). Advance nursing practice:An integrative approach. (4 th ed.) pp ;2009: 159-190
 14. วณิดา สติประเสริฐ. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.

15. Polit, DF. Beck, CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. (8th ed). Philadelphia: Lippincott; 2008.
16. ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์และคณะ. ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. J Nurs Sci; 2554. 29(Suppl2): 93-102.
17. Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York, NY: Routledge Academic; 1988.
18. Haas, S. A. Coaching: Developing key players. Journal of Nursing Administration 1992; 22(6): 54-58. .
19. Sangster, J., Furber, S., Allman-Farinelli, M., Phongsavan, P., Redfern, J., Hass, M., & Bauman, A. Effectiveness of Pedometer-Based Telephone Coaching Program on Weight and Physical Activity for People Referred to a Cardiac Rehabilitation Programme: A randomized controlled trial. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention; 2015; 35(2), 124-129.

Received: 18 Dec 2019, Revised: 9 Jan 2020

Accepted: 21 Feb 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบ
การจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ

ศุภาวดี พันธุ์ทองโพธิ์^{1,*} วรพจน์ พรหมสัจยพรต² ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย 1) กลุ่มบริหาร จำนวน 15 คน 2) กลุ่มภาคประชาชน จำนวน 94 คน 3) กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 124 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกเบาหวานครั้งนี้มีการจัดการตาม 6 องค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของแวนเดอร์ไฮล์ที่สำคัญ 6 ประการคือ 1) ด้านระบบบริการ มีการปรับระบบการทำงานใหม่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่ายขึ้น 2) ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีกิจกรรมกลุ่ม ให้ความรู้และการมาตรวจตามนัด 3) ด้านการออกแบบบริการ มีการจัดรูปแบบบริการเดียวกันในเครือข่าย กำหนดกิจกรรมของคลินิกเบาหวานให้ชัดเจน 4) ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นจิตอาสา ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน 5) ระบบสารสนเทศทางคลินิก พัฒนาระบบข้อมูลทั้งเครือข่าย มีแผนที่ในการติดตามเยี่ยมบ้าน และโปรแกรมการตรวจสอบผู้ป่วยขาดนัด 6) ด้านสิ่งสนับสนุนในชุมชน พัฒนาระบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ภายหลังจากกระบวนการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่ในระดับที่ควบคุมได้มากขึ้น ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กระบวนการพัฒนาระบบบริการที่พัฒนาขึ้นเป็นผลสำเร็จจากการปรับระบบบริการแนวใหม่ที่เน้นกิจกรรมที่ครบวงจรทั้งระบบ เน้นการทำงานเชื่อมประสานกับชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีกลไกการสนับสนุนที่ดีของหน่วยบริการและทีมผู้ดูแลทั้งในและนอกสถานบริการ

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน การจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

*Corresponding author: noifoythong@hotmail.com

*Original Article***Development of Care for Patients with Type 2 Diabetes under the Chronic Disease Management Model (Chronic Care Model) in Diabetes Clinic Khunhan Hospital, Khunhan District, Sisaket Province**Supawadee Pannongpon^{1,*}Vorapoj Promasatayaprot², Phadoongsit Chumanaborirak³**Abstract**

This study was an action research, aimed to develop the diabetes care system for patients under the Chronic Care Model in the diabetes clinic Khunhan Hospital, Khunhan District, Sisaket Province. The co-researchers were collected according to the criteria including. 1) The administrative group of 15 people. 2) The citizen group of 94 people. 3) The group of 15 people multidisciplinary team. This research conducted co-researchers 124 people. The data were collected by using participatory observation forms, interview questionnaires and evaluation forms for participation in health service system management. The data were analyzed by using descriptive statistics including percentage, average, mean and standard deviation, lowest - highest value and analyzed content analysis. The study found that the management of chronic non-communicable diseases in the diabetes clinic was managed in accordance with the 6 components of the Wagner's chronic care model, which are 6 important things: 1) Service system have adjusted the working system to make patients more easily accessible. 2) Self-management support have group activity providing knowledge and checking up by appointment. 3) Service design the same service format is provided in the network, clearly define the activities of the diabetes clinic. 4) Decision support creates guidelines for diabetes care and the village public health volunteers are volunteers to help patients in the community. 5) Clinical information system develop the entire network of information systems have a map to track home visits and a lack of appointment monitoring programs. 6) Community support develops a participatory management system. After implementing the developed care process making the target patients able to control blood sugar levels well at a more controlled level. The results show that the developed service system development process was a successful result of a new service system focusing on a complete system of activities. Focus on working with communities and local networks. There was good support mechanisms of the service unit and the care team both interior and exterior the service place.

Keyword: Model development, diabetis mellitus type 2 : chronic care model¹ Graduate students, Master Degree of Public Health, Mahasarakham University² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University³ Lecturer, Sri Mahasarakham College of Nursing

*Corresponding author: noifoythong@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทยและทั่วโลก สำหรับประเทศไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และหลายรายเกิดภาวะแทรกซ้อน ใน พ.ศ. 2556-2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานถึงร้อยละ 8.9 ซึ่งปัจจัยเสริมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง กรดยูริกในเลือดสูง การใช้ยาสแตตินอย่างไม่ถูกต้อง และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ น้ำหนักเกิน ภาวะอ้วน และวิถีชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ¹ และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 70.0 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด²

จังหวัดศรีสะเกษเป็นอีกจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่พบว่ามีอัตราการป่วย อัตราตาย และการเกิดเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเทศบาลตำบลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปี 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 301 คน และร้อยละ 78.4 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้คลินิกโรคเบาหวานได้ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ร่วมกับผู้จัดการรายการณโรคเบาหวานในการพัฒนาด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในด้านการสาธารณสุข มีการให้สุขศึกษาเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล และยังพบว่ามีโรคร่วมได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.60 อัตราการขาดนัดผู้ป่วย ร้อยละ 25.00 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 3.76 ทางไต ร้อยละ 29.53 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 4.33 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.93 และถูกตัดขาพิการ ร้อยละ 0.39³ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา

มีข้อจำกัด คือ (1) ด้านบุคลากร บุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เช่น ภาระงานมากเกินไป ข้อจำกัดนักกายภาพบำบัดในการตรวจเท้า ทีมสหสาขาวิชาชีพไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (2) ด้านผู้รับบริการ รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานและญาติดูแล ผู้สูงอายุไม่มีญาติดูแล เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การขาดนัด การขาดยา การหยุดยาเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม (3) ด้านทรัพยากร เครื่องตรวจวิเคราะห์ห้องค์ประกอบทางเคมีของโลหิตแบบอัตโนมัติมีเครื่องเดียวเกิดความล่าช้า ผลระดับน้ำตาลในเลือดออกไม่ทันระยะเวลาที่แพทย์ตรวจ (4) ด้านงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณ ยังใช้ระบบการจัดสรรต่อหัวประชากรของแต่ละพื้นที่ งบประมาณไม่ได้ตามเป้าหมายหรือเกิดความล่าช้าในการทำงาน (5) ด้านนโยบาย มีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทุกปี การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติล่าช้าและไม่ชัดเจน และ (6) ด้านการดำเนินงาน ขาดการวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการให้สามารถเข้าถึงบริการ ขั้นตอนการรับบริการไม่มีรูปแบบชัดเจนไม่ต่อเนื่อง ขาดการสื่อสารทำให้การดูแลต่อเนื่องจึงไม่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยบางรายมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป และจากข้อจำกัดดังกล่าวทำให้ผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับกระทรวง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญตามแนวคิดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) 6 องค์ประกอบ คือ สิ่งสนับสนุนในชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบสารสนเทศทางคลินิก มาจัดระบบบริการใน

การพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิก โรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดย ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในการ ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อน ผลตามแนวคิด Kemmis and McTaggart, 1988⁴ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การ ปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

กลุ่มเป้าหมาย โดยกำหนดผู้เข้าร่วมวิจัยที่ เป็นตัวแทนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานในชุมชนเทศบาลตำบลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้เกณฑ์การ คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัด ออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ทีม บริหาร ได้แก่ ตัวแทนคณะกรรมการแผนงาน จำนวน 5 คน ตัวแทนคณะกรรมการงานโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 คน ตัวแทนคณะกรรมการ ด้านคลินิกและระบบบริการ (PCT) จำนวน 5 คน รวม 15 คน 2) ภาคประชาชน ได้แก่ ตัวแทน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 35 คน ตัวแทน ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 35 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน รวม 94 คน 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทั่วไปประจำคลินิก จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิก จำนวน 4 คน เภสัชกรประจำคลินิก จำนวน 1 คน ทันตแพทย์ประจำคลินิก จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัดประจำคลินิกจำนวน 1 คน นักโภชนาการประจำคลินิก จำนวน 1 คน นักการ แพทย์แผนไทยประจำคลินิก จำนวน 1 คน

ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานงานปฐมภูมิและองค์ รวม จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน จำนวน 1 คน รวม 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลเชิง คุณภาพ ได้แก่ 1) การบันทึก โดยทำการบันทึก การดำเนินการและกิจกรรม ได้แก่ สมุดบันทึกการ ประชุม เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป และ นาฬิกาบันทึกเวลาการบันทึกภาพ 2) การสนทนา กลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้เข้าร่วมวิจัย สนทนากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การออกแบบกระบวนการ และบันทึกด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 3) แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมบริหาร ทีมสหสาขา วิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 4 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย แบบ สัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 12 ข้อ ใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ และสัมภาษณ์ในการศึกษาบริบท สภาพปัญหา และความต้องการของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้ แสดงความคิดเห็น ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ทีม บริหาร และทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 12 ข้อ ใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทนาม บัญญัติ แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิดแสดง ความคิดเห็น ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แบบ สัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 10 ข้อ ใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ แบบสัมภาษณ์ในการศึกษาบริบท สภาพปัญหา และความต้องการของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด แสดงความคิดเห็น และชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 12 ข้อ ใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ แบบสัมภาษณ์ข้อเสนอแนะที่ต้องการให้หน่วยงาน พัฒนาการให้บริการ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถาม ปลายเปิดแสดงความคิดเห็น 4) แบบบันทึกการสังเกต โดยการสังเกตในชุมชน และหน่วยบริการ สุขภาพ โดยบันทึกทุกอย่างที่สังเกตได้ พร้อมทำ การบันทึกภาพ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม สำหรับผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมบริหาร และทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด และแบบปลายเปิด การจัดระดับของการมีส่วนร่วมใช้เกณฑ์ตามแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ⁵ 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด นำคะแนนเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired t-test⁵ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตัวเลือก 3 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) มี 3 ระดับ⁵ 4) แบบสอบถาม

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นข้อคำถามวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการควบคุมโรค จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) โดยมีตัวเลือก 3 ข้อแบ่งเป็น 3 ระดับ⁵

คุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) แบ่งเป็น 1) กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 2) กลุ่มทีมบริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 3) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 แบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้โรคเบาหวาน เท่ากับ 0.77 และ 4) กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน แบบทดสอบความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การมีส่วนร่วม ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วย

โรคเบาหวาน ทักษะคิดและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การจำแนกประเภทข้อมูล ประมวลผลความเชื่อมโยง และสร้างข้อสรุป

จริยธรรมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ออกหนังสือใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 121/2562 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2562 และสามารถใช้ได้ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2563

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมิถุนายน 2562 ถึง เดือนตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

กระบวนการดำเนินการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยสามารถสรุปเป็นขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ

ตำบลลิ เป็นชุมชนเมือง ตั้งอยู่บริเวณรอบๆ กึ่งกลางอำเภอกันทรวิชัย มีพื้นที่รับผิดชอบ 14 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 13,298 คน จากการสรุปผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลขุนหาญในปี 2561 พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลขุนหาญ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 11.4 และร้อยละ 78.4 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่

2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีสาเหตุจาก 1) ด้านบุคลากรมีภาระงานมากเกินไป ข้อจำกัดนักกายภาพบำบัดในการตรวจเท้า ทีมสหสาขาวิชาชีพไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) ด้านผู้รับบริการ รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานและญาติดูแล ผู้สูงอายุไม่มีญาติดูแลเดินทางลำบาก เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การขาดนัด การขาดยา การหยุดยาเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม 3) ด้านทรัพยากรเครื่องตรวจวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการเคมีของโลหิตแบบอัตโนมัติเกิดความล่าช้า ผลเลือดออกไม่ทันระยะเวลาที่แพทย์ตรวจ 4) ด้านงบประมาณการจัดสรรงบประมาณยังใช้ระบบการจัดสรรต่อหัวประชากรของแต่ละพื้นที่ งบประมาณไม่ได้ตามเป้าหมายหรือเกิดความล่าช้าในการทำงาน 5) ด้านนโยบาย มีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทุกปี การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติล่าช้าและไม่ชัดเจน 6) ด้านการดำเนินงาน ขาดการสื่อสาร ขาดการทำงานเป็นทีม ขาดการวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการให้สามารถเข้าถึงบริการ ขั้นตอนการรับบริการไม่มีรูปแบบชัดเจนไม่ต่อเนื่อง ขาดการสื่อสาร

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย การร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ทีมบริหาร จำนวน 15 คน ภาคประชาชน จำนวน 94 คน และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน ข้อมูลการวิจัยแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1) ขั้นการวางแผน (Planning) 4 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อวิเคราะห์บริบทของชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ บริบทชุมชน และบริบทโรงพยาบาลขุนหาญในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรค

เรื้อรัง โดยประยุกต์ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ได้แก่ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ รวมไปถึงถึงระบบข้อมูลทางคลินิก 2) วิเคราะห์การมีส่วนร่วมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในด้านการวางแผน การดำเนินการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล สรุปประเด็นปัญหา 3) ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติ 4) กำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกัน

2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 1 กิจกรรมประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการระบบบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยยึดตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจระบบข้อมูลทางคลินิก มีโครงการย่อยดังนี้ 1) โครงการพัฒนาศักยภาพ NCD Team 4.0 และภาคีเครือข่าย เป็นการจัดบริการเชิงรับในคลินิกโรคเบาหวาน และการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน ระยะเวลา 2 วัน ประเมินผลตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และประเมินผลจากการสอบถาม 2) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลสี อำเภอนาหว้า จังหวัดศรีสะเกษ โดยการจัดอบรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาหารลดเสี่ยงลดโรค แทรกซ้อน การดูแลเท้า การฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด ระยะเวลา 1 วัน ประเมินผลจากการประเมินความรู้ก่อน และหลังดำเนินการ 3) โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจัดทำกลุ่ม Line หรือทางโทรศัพท์ ให้ข้อมูลทางสุขภาพ

ให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนาระบบฐานข้อมูล โปรแกรมการตามนัด ให้สอดคล้องกับการทำงานในปัจจุบัน ระยะเวลา 1 วัน ประเมินผลตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและประเมินผล

3) ขั้นการสังเกตผล (Observation) 4 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ติดตาม สนับสนุน ให้คำแนะนำ 2) เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมบริหาร และทีมสหสาขาวิชาชีพ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การบันทึกภาพ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จัดบันทึกขั้นตอน และเวลาในการจัดบริการ รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ สำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) จัดประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบดังต่อไปนี้ องค์ประกอบที่ 1 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน องค์ประกอบที่ 2 หน่วยงานบริการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง องค์ประกอบที่ 4 การออกแบบระบบการให้บริการ องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนการตัดสินใจ และ องค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลทางคลินิก 2) สรุปผลการมีส่วนร่วม การคืนข้อมูลภาวะสุขภาพหลังการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ 3) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นการ

นำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เพื่อถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวานต่อไป ข้อมูลที่ได้รับการสะท้อนกลับเป็นกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นวิธีการปรับปรุงการปฏิบัติงานแบบดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานแบบใหม่

ขั้นตอนที่ 3 ผลของการพัฒนา

เดิมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยปฏิบัติตามแนวทางป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ร่วมกับผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานในการพัฒนาด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในด้านการสาธารณสุข ยังขาดการกำหนดรูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ขาดการติดตามควบคุมกำกับอย่างเป็นระบบ ขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นเป้าหมายในพื้นที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว จึงนำไปสู่การดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงาน โดยประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

เบาหวาน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม การวิจัยครั้งนี้ได้ผลการประเมินตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) ด้านภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 52.77 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมาค้าขาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่บ้านศรีขุนหาญ รองลงมา คือ บ้านหนองแล้ง บ้านโนน และบ้านใหม่พัฒนา ซึ่งเป็นเขตชุมชนเมือง

2) ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทศนคติ

และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ภาพรวมความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง และมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการเริ่มกิจกรรม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลในครอบครัวเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมและตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนทศนคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูงมากกว่าการเริ่มกิจกรรม แสดงให้เห็นว่า การได้รับความรู้แนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมไปถึงผู้ดูแลในครอบครัวด้วยเช่นกัน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับความรู้	N	Mean	SD	Min	Max	df	t	95%CI	P-value
ก่อนดำเนินการ	35	15.42	2.45	10	20	34	-16.08	14.60-16.24	<0.001
หลังดำเนินการ	35	23.10	1.86	21	27			22.47-23.73	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับความรู้	N	Mean	SD	Min	Max	df	t	95%CI	P-value
ก่อนดำเนินการ	35	18.05	2.37	12	20	34	-18.20	17.27-18.83	<0.001
หลังดำเนินการ	35	27.20	2.18	24	30			26.47-27.93	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) **ด้านการมีส่วนร่วม** กลุ่มผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังดำเนินการ พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการเริ่มกิจกรรม แสดงให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญในการเข้าร่วม และมีบทบาทในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และเกิดความตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มทีมบริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังดำเนินการ

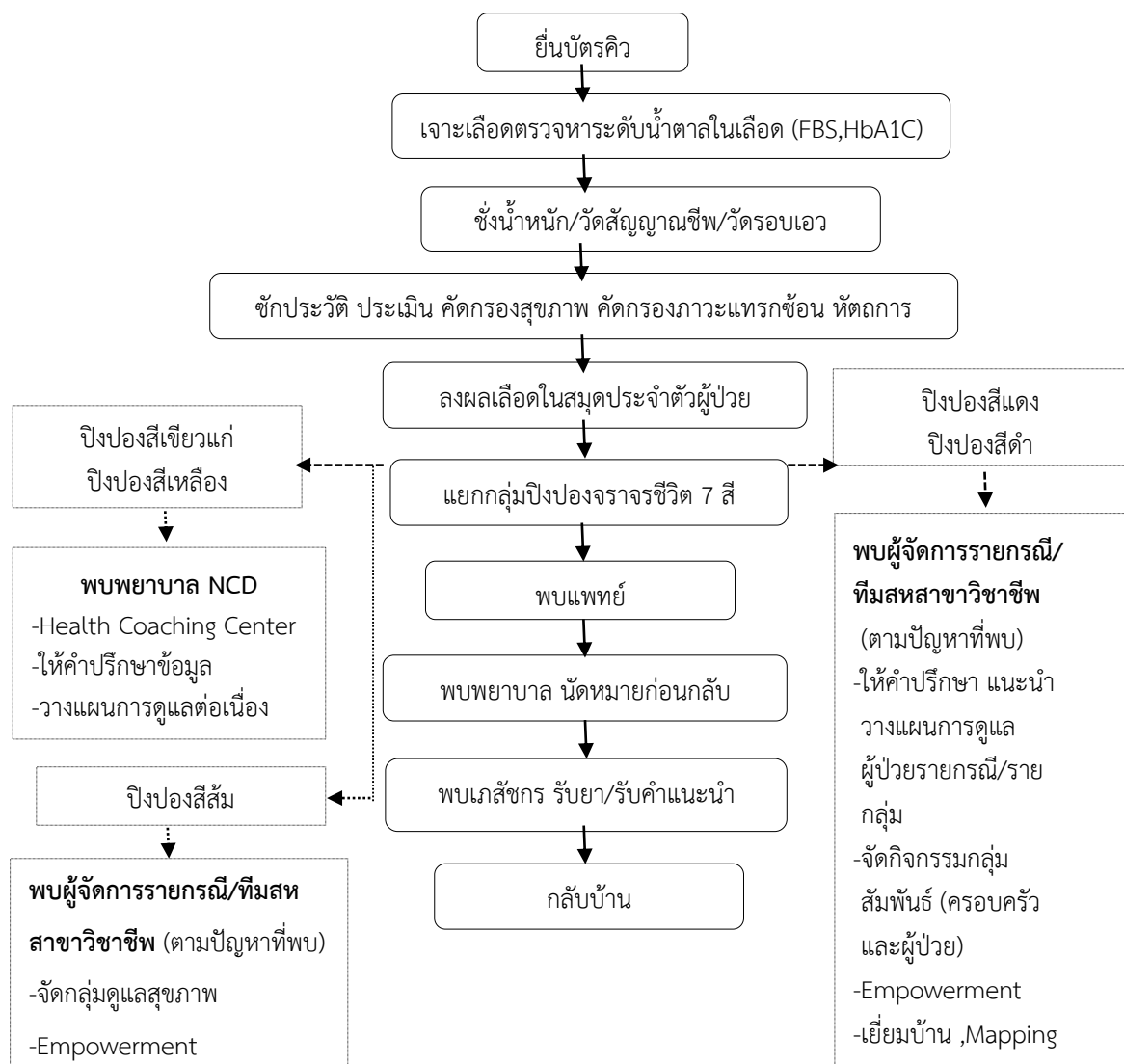
การมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ (n = 30 คน)			หลังดำเนินการ (n = 30 คน)		
	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.08	0.58	ปานกลาง	2.26	0.39	ปานกลาง
2. ด้านการมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์	2.01	0.41	ปานกลาง	2.18	0.35	ปานกลาง
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	1.92	0.48	ปานกลาง	2.09	0.25	ปานกลาง
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	1.80	0.52	ปานกลาง	2.13	0.28	ปานกลาง
รวม	1.95	0.99	ปานกลาง	2.16	0.25	ปานกลาง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังดำเนินการ

การมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ (n = 30 คน)			หลังดำเนินการ (n = 30 คน)		
	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.37	0.55	มาก	2.87	0.20	มาก
2. ด้านการมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์	2.29	0.60	ปานกลาง	2.84	0.34	มาก

การมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ (n = 30 คน)			หลังดำเนินการ (n = 30 คน)		
	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.25	0.63	ปานกลาง	2.63	0.43	มาก
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	2.22	0.65	ปานกลาง	2.64	0.39	มาก
รวม	2.28	0.60	ปานกลาง	2.74	0.27	มาก

ซึ่งการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ ทำให้เกิดเป็นขั้นตอน และแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบที่ 1 ขั้นตอนและกิจกรรมใหม่ในการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ใช้รูปแบบการถอดบทเรียนโดยกระบวนการ After Action Review (AAR) ของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ปัจจัยที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จประกอบด้วย 1) มีกระบวนการดำเนินงานทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผลและขั้นสะท้อนผลข้อมูลกลับสู่ผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบ เกิดการทำงานเป็นทีมและมีแกนนำที่มีความมุ่งมั่นและเข้มแข็งทำให้ร่วมกันแก้ไขปัญหา 2) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล 3) มีระบบที่ปรึกษาร่วมกันในเครือข่ายโดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนติดตามและกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดและส่งต่อข้อมูลหรือการขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือกรณีที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเองได้ โดยให้บริการตลอดเวลาด้วยเทคโนโลยีกลุ่ม LINE หรือทางโทรศัพท์ 4) ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นทีมที่เล็งติดตามกำกับและประเมินผลเป็นระยะเพื่อติดตามการดำเนินงานของกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 5) เจ้าหน้าที่มีความเสียสละ มีความพร้อมและตั้งใจปฏิบัติงาน มีความต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพระบบบริการใหม่ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมมีมาตรฐานตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นจิตอาสาเข้ามาปฏิบัติงานช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีการบริหาร

จัดการตนเอง และตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้เองที่บ้าน สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาวะฉุกเฉินและให้การดูแลเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาลได้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ บรรลุผลได้จำเป็นต้องมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง เห็นความสำคัญของปัญหา มองปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเป้าหมายเดียวกัน เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันก่อนจัดทำแผนปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์ และมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวงจรปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้หยุดหรือจบลงเมื่อหมุนครบรอบ 1 วงจร แต่ละวงจรปฏิบัติการได้หมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ ตามบริบทและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของวงจร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สิ่งสนับสนุนในชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6) ระบบสารสนเทศทางคลินิก โดยทั้ง 6 องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) นี้ เกี่ยวข้องกับการประเมินบริบทพื้นที่และสถานการณ์ปัญหาในชุมชน บทบาทหน้าที่และกิจกรรมการพัฒนาที่ครอบคลุมแบบองค์รวม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์⁶ พบว่า การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องประสานเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน โดยการใช้ทรัพยากรขององค์กรให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในชุมชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน การจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ในชุมชน สอดคล้องกับ พระครูสุวาน พัฒนาบัณฑิต (พระพุทธรักษา) และคณะ⁷ พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่าย การสร้างเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพในระดับชุมชน ออกแบบระบบบริการการดูแลสุขภาพเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขในการดูแลด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสอดคล้อง

กับ ดารณี เทียมเพชร และคณะ⁸ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง เริ่มจากทีมผู้ให้บริการพยาบาล ได้เรียนรู้ร่วมกันในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประชุมทีม เครือข่ายผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลและในชุมชนเพื่อกำหนดนโยบาย โครงสร้างทีม และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของทีม วางแผนในการปฏิบัติ ตัดสินใจแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ ระบบการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ทำให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

การพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน โดยการให้ความรู้ การปฏิบัติ การรับรู้ และการสร้างการมีส่วนร่วมโดยการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีบทบาทในทุกกระบวนการ ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้และตระหนักเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับ สุปรียา เสี่ยงดัง⁹ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ค้นหาปัญหา และสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มผู้ดูแล บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นหรือรุนแรงขึ้น

การประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาล ชุนหาญ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ การที่ ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมที่มีความ สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของชุมชน โดย การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วม ดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนากระบวนการ มีส่วนร่วมของ ประชาชนหรือชุมชนเป็น กระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้มีโอกาสแสดง ทักษะคิดและเข้าร่วมในกิจกรรม ต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใด ขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ อาจเป็นทั้ง รายบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีความคิดเห็น สอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชัยวุฒิ จันดี กระจยม และคณะ¹⁰ พบว่า การพัฒนาระบบ บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยพัฒนาระบบบริหาร จัดการแบบมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพบุคคลตาม สมรรถนะแต่ละวิชาชีพ ในรูปแบบทีมสหสาขา วิชาชีพ ด้านการออกแบบบริการ มีระบบให้ คำปรึกษา จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) ช่วยให้ทีมสุขภาพวางแผนป้องกันและวางแผนการ รักษาที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลได้ มีการนิเทศงาน และติดตามประเมินผลของเครือข่าย มีระบบให้ คำปรึกษาผ่านพี่เลี้ยง พัฒนาระบบข้อมูลทั้ง เครือข่าย จะเห็นว่าระบบข้อมูลที่ทีมนี้ สามารถทำ ให้ทีมสุขภาพวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และประเมิน ประสิทธิภาพการทำงาน ของ ระบบงานได้

ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการบูรณาการ การ ทำงานเป็นทีมและมีแกนนำที่มีความมุ่งมั่นและ เข้มแข็ง ทำให้การดำเนินงานระหว่างภาคี เครือข่ายมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) การศึกษาโดยนำรูปแบบการจัดการโรค เรื้อรัง (Chronic Care Model) ของแวนเนอร์ซึ่ง ครอบคลุม 6 องค์ประกอบที่สำคัญ และนอกจากนี้ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบพรรณนาที่มีการผสมผสาน วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้า ด้วยกัน ทำให้เห็นภาพของการจัดการการดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกเบาหวานได้ ชัดเจนขึ้น

2) การทำงานของพยาบาลในคลินิก เบาหวานควรเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการในชุมชนใน รูปแบบเครือข่ายการดูแล

3) พยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายกรณีต้อง สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งเกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง ต่อเนื่องให้ ถึงชุมชนพร้อมทั้งติดตาม สนับสนุน การทำงาน และเน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับสห สาขาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1) ควรมีการนำ Chronic Care Model มา จัดทำเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง ทุกกลุ่มตามสภาพปัญหาและความต้องการของ ชุมชนนั้น ๆ ภายในบริบทตามทุนทางสังคม และ เป็นแหล่งประโยชน์ต่อชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรค เรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีและมีความสุขในชุมชนมาก ที่สุด

2) ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ Chronic Care Model เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา

3) ควรมีการออกแบบโปรแกรมการดำเนินงานเฉพาะงานโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงและบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อสะดวกต่อการให้บริการของผู้รับผิดชอบงาน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขุนหาญ ภาควิชาในชุมชนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลในครอบครัวเขตเทศบาลตำบลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ รวมถึงครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท ร่มเย็นมีเดีย จำกัด; 2017.
2. ชัชลิต รัตตสาร. สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย การยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษา และขยายการเข้าถึงการรักษาโรคเบาหวาน นำไปสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน. กรุงเทพฯ: บริษัทโนโว นอร์ดิสค์ ฟาร์มา (ประเทศไทย); 2017.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลขุนหาญ. รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลขุนหาญ ประจำปี 2560. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลขุนหาญ; 2560.

4. Kemmis, S. and McTaggart, R. The Action Research Reader. Australia: Victoria Deakin University Press; 1988.
5. สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์; 2553.
6. กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.
7. พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต (พระพุทธานุสา), ธวัชรัตน์ แดงหาญ (พระพุทธานุสา) สรัญญาวาณิชวิธ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen; 2013: P 117–130.
8. ดารณี เทียมเพ็ชร, กติมา สง่ารัตนพินาน, มัญชิตา อักษรดี, เพ็ญพร ทวีบุตรและวรเดช ช่างแก้ว. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 2557: 10(4), 10-20.
9. สุปรียา เสียงดัง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้; 2560: 4(1), 191–204.

10. ชัยวุฒิ จันดีกระยอม และกาญจนา จันทะนุญ.
การพัฒนากระบวนการผู้ป่วยเบาหวานใน
หน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้บริบทพื้นที่อำเภอ
ท่งก้นดาร์ อำเภอยางสีสุราช จังหวัด
มหาสารคาม. รายงานการวิจัย. มหาสารคาม:
โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม;
2560.

Received: 6 Feb 2020, Revised: 26 Feb 2020

Accepted: 15 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน:
กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี

อจจรวาตี ศรียะศักดิ์^{1,*} ฤทัยวรรณ แก้วมาลัย² เนตรนภา เครือสง่า² นิศาชล ตันติภิรมย์²
ปริญญพร ชาวบ้านเกาะ² เบญจรัตน์ เอี่ยมสะอาด²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่ในจังหวัดเพชรบุรี 3 โรงเรียน จำนวน 102 คนเลือกมาโดยสุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 1) แบบประเมินอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการ และ 3) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ GDA ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85, 0.82 และ 0.77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=9.52$, $SD=2.44$) อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=36.58$, $SD=4.90$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=12.55$, $SD=3.48$) ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.389$, $p<0.001$, $r=0.213$, $p=0.032$ ตามลำดับ) บุคลากรด้านสุขภาพ และโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการให้กับเด็กวัยเรียนโดยการสอดแทรกหรือบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนและอาจจะใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ฉลากโภชนาการ เด็กวัยเรียน

¹ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

² นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

* Corresponding author: atcharawadee@pckpb.ac.th

*Original Article***Nutrition-Label Health Literacy of School age children:
Case study in Phetchaburi Province**

Atcharawadee Sriyasak^{1,*}, Ruethaiwan Kaewmalai², Natenapa Khruesa-nga²,
Nisachon Tantiphirom², Parinyaporn Chaobankoh², Benjarat Iamsaard²

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to find out the relationship between nutritional knowledge, interpersonal relationship influences and nutrition-label health literacy of school age children. The 102 grade 6 students were randomly recruited from the three large primary school in Phetchaburi province. Three validated, self-reported questionnaires with multiple-choice questions were used for data collection. In this study, the overall Cronbach's alpha coefficient was 0.85, 0.82 and 0.77 respectively. Descriptive statistic and Pearson's product moment correlation were used for analysis. The result revealed that the average score of nutritional knowledge and nutrition-label health literacy of school age children were at the fair level ($\bar{X}$ =9.52, SD=2.44 and $\bar{X}$ =12.55, SD=3.48). However, the average score of interpersonal relationship influences was at the high level ($\bar{X}$ =36.58, SD=4.90). The significance was found between the relationship of nutritional knowledge, interpersonal relationship influences and nutrition-label health literacy of school age children ($r=0.389$, $p<0.001$, $r=0.213$, and $p=0.032$ respectively). In conclusion, the healthcare providers and schools play a vital role to promote nutritional knowledge by integrated in learning activities. Moreover, they can use interpersonal relationship influences to promote nutrition-label health literacy among school age children.

Keywords: Nutrition-label, Health literacy, School-age children

¹ Nursing instructor, Prachomklao college of nursing, Phetchaburi province

² Nursing student, Prachomklao college of nursing, Phetchaburi province

* Corresponding author: atcharawadee@pckpb.ac.th

บทนำ

เด็กวัยเรียนมีปัญหาเรื่องโรคอ้วนมากขึ้น สาเหตุเนื่องจากเด็กจะเลือกรับประทานอาหารตามใจชอบจึงมีแนวโน้มว่าเด็กจะได้รับอาหารที่มีไขมันและพลังงานมากเกินไป¹ สถานการณ์เด็กที่พบปัญหาโภชนาการเกินและโรคอ้วนมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจพบว่า เด็กอายุ 6-12 ปี อ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 6.7 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.6 ในระยะเวลา 3 ปี² และจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างและขนมของเด็กนักเรียน พบว่า เด็กในระดับประถมศึกษามีการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มคิดเป็นร้อยละ 47 ของอาหารที่บริโภคต่อวัน คิดเป็นพลังงาน 500 กิโลแคลอรี ซึ่งเท่ากับหนึ่งในสี่ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน³ จากรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบว่า การกินขนมกรุบกรอบความถี่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็ก 6-14 ปี โดยพบว่าเด็กอายุ 6-14 ปี มีมากกว่าหนึ่งในสี่คนกินขนมกรุบกรอบทุกวัน⁴

สถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนในจังหวัดเพชรบุรี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี 2558 - 2560 ร้อยละ 9.52 12.56 และ 12.43 ตามลำดับ และมีภาวะเตี้ยปี 2558-2560 ร้อยละ 6.94 5.81 และ ร้อยละ 4.73 ตามลำดับ⁵

สาเหตุของปัญหาภาวะการบริโภคอาหารเกินของเด็กซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁶ มาจากการสื่อสารทางการตลาดของอุตสาหกรรมอาหารด้วยการโฆษณา⁷ เนื่องจากเด็กยังขาดวุฒิภาวะทำให้ส่งผลต่อความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของเด็กไปจนโต⁸ และเด็กเป็นวัยที่มีการเรียนรู้สิ่งต่างๆรอบตัว พฤติกรรมบริโภคนิสัยของเด็กจะได้รับผ่านการเรียนรู้และซึมซับเก็บไว้ หากขาด

การอบรมที่ดีจะทำให้เด็กขาดความรู้และขาดการตระหนักถึงโทษหรือพิษภัยจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง⁹ จึงส่งผลให้การเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมินและใช้สารสนเทศด้านสุขภาพลดลง

บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรม รวมทั้งลักษณะนิสัยและเจตคติต่อการบริโภคของเด็ก อีกทั้งยังเป็นผู้อบรมสั่งสอนเรื่องการบริโภค เช่น การห้ามรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การควบคุมให้รับประทานอาหารตามที่จัดให้ และการให้เหตุผลในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหาร⁹ อิทธิพลจากเพื่อนก็นับว่ามีความสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของบุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธุ์ และคณะ¹⁰ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการเลือกรับประทานอาหารตามเพื่อนที่เป็นผู้นำเพื่อต้องการให้กลุ่มเพื่อนยอมรับมีค่าเฉลี่ยสูงสุด

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 7-14 ปี) ของกองสุขภาพ¹¹ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 59.94) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 36.72) จากผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาพต่อไป

ฉลากโภชนาการเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ได้รับสารอาหารตามความต้องการ ช่วยให้ทราบถึงชนิดและปริมาณสารอาหารที่จะได้รับจากการบริโภค

อาหารนั้นๆ และยังช่วยให้หลีกเลี่ยงสารอาหารที่ไม่ต้องการ ได้¹² การอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้ออาหารจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้บริโภคสามารถนำข้อมูลบนฉลากมาพิจารณาเพื่อเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะกับสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงอาหารที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ การรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงพลังงานและสารอาหารที่ได้รับ อาจทำให้ผู้บริโภคได้รับสารอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสม และเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ

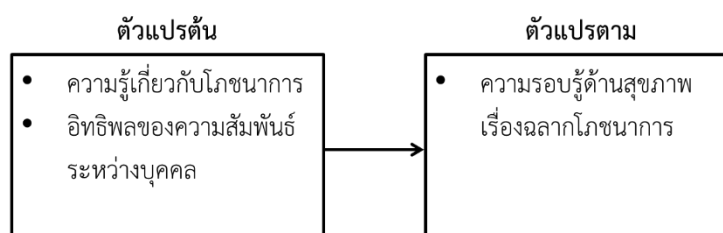
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียนจังหวัดเพชรบุรี เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องฉลากโภชนาการให้กับเด็กวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของเด็กวัยเรียนในโรงเรียนเขตอำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 102 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ ตุลาคม – ธันวาคม 2562

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2562 ในโรงเรียนเขตอำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำนวนทั้งหมด 36 โรงเรียน มีนักเรียนรวมทั้งสิ้น 1,128 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 3 โรงเรียน ได้แก่ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดดอนไก่อ่เตี้ย โรงเรียนอนุบาลจังหวัดเพชรบุรี และโรงเรียนเทศบาล 3 ชุมชนวัดจันทราวาส จำนวน 102 คน เนื่องจากโรงเรียน 33 โรงเรียนมีข้อจำกัดในการเดินทาง และใช้ระยะเวลาในการเดินทางนาน อีกทั้งยังเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก และขนาดกลาง ซึ่งมีจำนวนนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่เพียงพอที่จะศึกษา โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Cohen¹³

สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$N = \frac{\lambda (1-R^2)}{R^2}$$

$$N = \frac{9.6 (1 - 0.319^2)}{0.319^2}$$

N = 86.4 คน

N หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

λ หมายถึง เป็นค่าที่ได้จากการเปิดตาราง λ table โดยการกำหนดค่า power ค่าระดับนัยสำคัญ (α) และจำนวนตัวแปรทำนายที่ศึกษา

R หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การป้องกันการลดลงของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20¹⁴ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน และคัดเลือกตัวอย่างโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อเลือกห้องเรียน ทั้ง 3 โรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ของ อุทุมพร ผึ้งผาย¹⁵ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 จำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อความทางบวกและทางลบ โดยข้อความทางบวกมี 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 ข้อความทางลบมี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 8 และ 10 โดยแบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ พิจารณาการให้ระดับคะแนนจากเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ Levin and Rubin¹⁶ ดังนี้

1-16 คะแนน มีอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับต่ำ

17-32 คะแนน มีอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับปานกลาง

33-50 คะแนน มีอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการ ของ อรทัย ใจบุญ¹⁷ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 เป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการวัดจากคำถาม (ในระดับความจำ) เกี่ยวกับฉลากโภชนาการแบบ GDA ได้แก่ ความหมายของฉลากโภชนาการ รูปแบบของฉลากและเงื่อนไขการแสดงฉลากโภชนาการ ผลิตภัณฑ์ที่แสดงฉลากโภชนาการ องค์ประกอบของฉลากโภชนาการ ประโยชน์ของฉลากโภชนาการ (8 ข้อ), ปริมาณพลังงานและสารอาหารสำหรับอาหารระหว่างมื้อที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน (4 ข้อ), ปริมาณพลังงานและสารอาหารสูงสุดที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน (1 ข้อ) และผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการรับประทานขนมขบเคี้ยว (2 ข้อ) รวมทั้งหมด 15 ข้อ คำตอบแบบ 4 ตัวเลือก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ GDA ของ อรทัย ใจบุญ¹⁷ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 โดยวัดจากแบบทดสอบความสามารถใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง (การอ่าน 6 ข้อ และการคำนวณ 5 ข้อ), การเข้าใจ (การแปลความหมายข้อมูลที่ปรากฏบนฉลาก) 3 ข้อ การประเมิน (เปรียบเทียบข้อมูลบนฉลากเพื่อการตัดสินใจเลือก) 2 ข้อ และการนำไปใช้ (การประยุกต์ใช้ความรู้อย่างถูกต้อง/เหมาะสม) 4 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ

แบบสอบถามอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอุทุมพร ผึ้งผาย¹⁵ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการของอรทัย ใจบุญ¹⁷ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ GDA ของอรทัย ใจบุญ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นมาแล้ว หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความ

เชื่อมั่น โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha เท่ากับ .65 และสูตร KR-20 เท่ากับ 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 28/2562 วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและรายละเอียดของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมทั้งการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากคณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 3 แห่งแล้ว คณะผู้วิจัยได้เข้าพบนักเรียนเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย และมอบเอกสารขออนุญาตจากผู้ปกครองโดยผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมวิจัย เอกสารยินยอมและตัวอย่างแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยนำไปให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอมและนำส่งคืนคุณครูประจำชั้น จากนั้นคณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานงานผ่านอาจารย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลแล้วแจกแบบสอบถามให้นักเรียนในห้องเรียน โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 45-60 นาที และส่งคืนให้ผู้วิจัยหลังจากเสร็จสิ้นทันที จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำมาบันทึกด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย
2. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการและความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของเด็กวัยเรียน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ และอิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคลของเด็กวัยเรียน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียน พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างที่จำนวน 102 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 และเพศชาย ร้อยละ 16.7 มีอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 11 ปี กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับน้ำหนักน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 55.9) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมาคืออาศัยอยู่กับมารดา คิดเป็นร้อยละ 14.7 ระดับผลการเรียนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 3.51-4.00 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.2 รองลงมาคือระดับผลการเรียนอยู่ในช่วง 3.00-3.50 คิดเป็นร้อยละ 10.8 ได้รับเงินมาโรงเรียนวันละ 40-50 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.3 รองลงมาคือได้รับเงินวันละ 60 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.3 และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.1) ไม่เคยรับประทานนมขบเคี้ยวในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน (n=102)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	16.7
หญิง	85	83.3
อายุ	$(\bar{X}=11.45 \text{ ปี}, SD=0.50)$	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
21-30	15	14.7
31-40	43	42.1
41-50	28	27.5
51-60	11	10.8
มากกว่า 60	5	4.9
	$(\bar{X}=41.29, SD=11.55)$	
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
121-130	6	5.9
131-140	13	12.7
141-150	41	40.2
151-160	36	35.3
มากกว่า 160	6	5.9
	$(\bar{X}=148.10, SD=8.75)$	
ภาวะโภชนาการ*		
น้ำหนักน้อย	57	55.9
น้ำหนักปกติ	35	34.3
เสี่ยง (pre-obese)	3	2.9
อ้วนระดับ 1	4	3.9
อ้วนระดับ 2	3	2.9
บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเรียน		
บิดา	4	3.9
มารดา	15	14.7
บิดาและมารดา	69	67.6
อื่นๆ	14	13.7
ระดับผลการเรียนเฉลี่ย		
3.00 – 3.50	11	10.8
3.51 – 4.00	91	89.2
	$(\bar{X}=3.84, SD=0.20)$	

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เงินที่ได้รับมาโรงเรียน		
น้อยกว่า 40 บาท	5	4.9
40 – 50 บาท	36	35.3
51 – 60 บาท	27	26.5
60 บาท ขึ้นไป	34	33.3
$(\bar{X}=57.26, SD=15.06)$		
การกินขนมขบเคี้ยว		
เคย	3	2.9
ไม่เคย	99	97.1

หมายเหตุ: * การประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อ้างอิงตามเกณฑ์ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹⁸

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของเด็กวัยเรียน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=9.52, SD=2.44$) เมื่อจำแนกตามระดับความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.1 รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.3 และมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง ร้อยละ 18.6 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ในรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52-ร้อยละ 66.7) ยังตอบผิดหรือไม่รู้ ในประเด็นความรู้เรื่องฉลากโภชนาการ ได้แก่ “ผลิตภัณฑ์ที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการแบบ GDA ปริมาณน้ำตาลจากขนมขบเคี้ยวที่เด็กควรได้รับใน 1 วัน (กรัม) ปริมาณไขมันจากขนมขบเคี้ยวที่เด็กควรได้รับใน 1 วัน (กรัม) ปริมาณโซเดียมจากขนมขบเคี้ยวที่เด็กควรได้รับใน 1 วัน (มิลลิกรัม) ปริมาณพลังงานและสารอาหารสูงสุดที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน และประโยชน์ของฉลากโภชนาการแบบ GDA ”

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
0 - 7 คะแนน	19	18.6	ไม่ดี/ต้องปรับปรุง
8 - 10 คะแนน	48	47.1	พอใช้
11 - 15 คะแนน	35	34.3	ดี
รวม	102	100.0	พอใช้

2.2 อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเด็กวัยเรียน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนอิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=36.58$, $SD=4.90$) เมื่อจำแนกตามระดับ กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนอิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.4 และมีค่าคะแนนอิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.6 ตามลำดับรายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนนอิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคล

คะแนนอิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
1 - 16 คะแนน	0	0	ต่ำ
17 - 32 คะแนน	22	21.6	ปานกลาง
33 - 50 คะแนน	80	78.4	สูง
รวม	102	100.0	สูง

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของเด็กวัยเรียน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=12.55$, $SD=3.48$) เมื่อจำแนกตามระดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 41.2 (รองลงมาคือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (หรือไม่

เพียงพอ) ร้อยละ 38.2 และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี (หรือเพียงพอ) ร้อยละ 20.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4 การวิเคราะห์แต่ละด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.3 ถึง ร้อยละ 73.5 มีความสามารถในการคำนวณข้อมูลโภชนาการ การเข้าใจ การประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูล อยู่ในระดับต่ำ/ต้องปรับปรุง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
0 - 9 คะแนน	39	38.2	ต่ำ (หรือไม่เพียงพอ)
10 - 13 คะแนน	42	41.2	พอใช้
14 - 20 คะแนน	21	20.6	ดี (หรือพอเพียง)
รวม	102	100.0	พอใช้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ โดยการวิเคราะห์ค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการมีความสัมพันธ์ปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r=0.389$,

$p<0.001$) อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=0.213$, $p=0.032$) รายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ	0.389**	0.001
อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.213*	0.032

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากสมมติฐานพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการมีความสัมพันธ์ปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ ($r=0.389$, $p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุษริรัตน์ พุฒวิชัยดิษฐ์ และนพวรรณ เปียชื่อ¹⁹ ที่พบว่า เมื่อนักเรียนได้รับโปรแกรมการอ่านฉลากโภชนาการ มีความรู้เพิ่มขึ้น มีอิทธิพลให้พฤติกรรมการอ่านฉลากโภชนาการเพิ่มขึ้นด้วย และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มากกว่าครึ่ง (52 - 66.7) ยังขาดความรู้โดยเฉพาะในประเด็นของข้อมูลเกี่ยวกับฉลากโภชนาการ ได้แก่ “ผลิตภัณฑ์ที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการแบบ GDA ปริมาณน้ำตาลจากขนมขบเคี้ยวที่เด็กควรได้รับใน 1 วัน (กรัม) ปริมาณไขมันจากขนมขบเคี้ยวที่เด็กควรได้รับใน

1 วัน (กรัม) ปริมาณโซเดียมจากขนมขบเคี้ยวที่เด็กควรได้รับใน 1 วัน (มิลลิกรัม) ปริมาณพลังงานและสารอาหารสูงสุดที่แนะนำให้บริโภคต่อวันและประโยชน์ของฉลากโภชนาการแบบ GDA ” ทั้งนี้ อาจมาจากฉลากโภชนาการแบบ GDA ยังไม่มีการใช้ที่แพร่หลายบนผลิตภัณฑ์ขนมขบเคี้ยวทั่วไป²⁰

อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ ($r=0.213$, $p=0.032$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชจรินทร์ สุทธิวโรตมะกุล²¹ ที่พบว่า บิดามารดาและครอบครัวเป็นบุคคลกลุ่มแรกทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและยังเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการถ่ายทอดและประสบการณ์ที่สำคัญร่วมกับครูประจำชั้นเกี่ยวกับการศึกษาของเด็กวัยเรียน²² นอกจากนี้ การที่เด็กในวัยนี้ได้ทำกิจกรรมและใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียนร่วมกับคุณครูและเพื่อน สภาพสังคมในการคบเพื่อนและสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนจึงเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการแสดงผลพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน

นอกเหนือจากการดูแลของครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน²³ และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กวัยเรียนมีค่าคะแนน อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวม ระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการ ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการให้กับ เด็กวัยเรียน การสอดแทรกหรือบูรณาการความรู้ เกี่ยวกับโภชนาการลงไปในการจัดการเรียนการสอน อาจมีส่วนช่วยในการพัฒนาความรู้ ความ เข้าใจของเด็กวัยเรียนเกี่ยวกับโภชนาการ นอกจากนี้บิดามารดาหรือผู้ปกครองก็มีส่วนสำคัญ ในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารและการประพฤติตน เป็นแบบอย่าง หากโรงเรียนหรือบุคคลากร สาธารณสุขกระตุ้นให้บิดามารดาหรือผู้ปกครอง เห็นถึงความสำคัญของการมีความรู้เกี่ยวกับ โภชนาการ ก็จะมีส่วนช่วยส่งเสริมเด็กวัยเรียนอีก ทางหนึ่ง ทำให้เด็กสามารถเปรียบเทียบและเลือก บริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขนมห เพื่อให้เกิดบริโภคนิสัยเพื่อสุขภาพต่อไปได้

1.2 บุคคลากรสาธารณสุขสามารถจัด กิจกรรมเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการให้แก่เด็กวัย เรียนในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพต่ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.1 การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัย เรียน เพื่อช่วยให้เด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ

1.2 ควรมีการศึกษาประเด็นความรู้ด้าน สุขภาพในโรงเรียนขนาดเล็ก หรือขนาดกลาง หรือในเขตชนบท

1.3 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ อิทธิพลของครูประจำชั้นที่มีผลต่อความรู้ด้าน สุขภาพของเด็กวัยเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนวัด ดอนไก่เตี้ย โรงเรียนอนุบาลจังหวัดเพชรบุรี และ โรงเรียนเทศบาล 3 ชุมชนวัดจันทราวาส รวมถึง ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ ที่ กรุณาเอื้อเฟื้อข้อมูลและให้ความร่วมมือในด้าน ต่างๆที่มีส่วนช่วยให้การจัดทำโครงการวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วาสนา บุญจู, สิริพันธ์ จุลรังคะ, อัญญิณี อุทัยพัฒนาชีพ. การให้โภชนศึกษาเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมการบริโภคอาหารไทยของเด็กวัย เรียน. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน 2551; 2: 83-91.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. รายงาน การสำรวจอาหารและโภชนาการของประเทศ ไทย ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2556.
3. อุไรพร จิตต์แจ้ง, ประไพศรี ศิริจักรวาล, กิตติ สรณเจริญพงศ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ผุสดี จันทร์บาง. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภค ขนมหและอาหารว่างของเด็ก 3-15 ปี. โครงการ เด็กไทยไม่กินหวาน; 2557.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการ สำนวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจ ร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2554.

5. กรมอนามัย. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ในเด็กวัยเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.hpc.go.th/>
6. เปรมฤดี ภูมิถาวร และพัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา. โรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น โรคภัยที่ปะทุขึ้นในศตวรรษนี้ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/>
7. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การโฆษณา พฤติกรรมการซื้อ และการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.fhpprogram.org/>
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เลือกรับโภชนาการ ใส่ใจสุขภาพเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/>
9. ปริญญาภรณ์ มณีแดง. บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35: 16-24.
10. บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธุ์, วิมล อ่อนแสง, ปฐพร แสงเขียว, ดุจเดือน เขียวเหลือง, อุดลย์ วุฒิจริพันธุ์, อัญชลี เข้มเพชร, และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560; 9: 41-53.
11. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างเสริมและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ : กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมการพิมพ์; 2559.
12. ศูนย์เบาหวานศิริราช. ทำไมจึงต้องอ่านฉลากโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/>
13. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเทอร์เน็ต; 2553.
15. อุทุมพร ผึ้งผาย, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560; 29: 92-103.
16. Levin, I. R., & Rubin, S. D. Statistic for management. 5th ed. New York: Prentice Hall; 1991.
17. อรทัย ใจบุญ, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, ลักษณา เต็มศิริกุลชัย, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. ความรู้และความแตกฉานด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการแบบ GDA ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2019]. เข้าถึงได้จาก: <http://ns2.ph.mahidol.ac.th/>
18. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สำนักโภชนาการ. หุ่นดี สุขภาพดีง่ายๆ แค่ใช้ 4 พฤติกรรม. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
19. บุชรรัตน์ พุมวิชัยดิษฐ์, นพวรรณ เปียชื่อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มต่อความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการอ่านฉลาก

- โภชนาการในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2555; 18: 298-310.
20. จุรีรัตน์ ห่อเกียรติ, นื่องนุช ศิริวงศ์, สิริพันธ์ จุลกรังคะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสัญลักษณ์ ทางโภชนาการแบบ GDA บนฉลากขนมขบเคี้ยว: กรณีศึกษา อย. น้อย [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://kucon.lib.ku.ac.th/>
21. นุชจรินทร์ สุทธิวิโรตมะกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
22. Bruce, T., & Meggitt, C. Child care and education. United Kingdom: Insignia Books; 2012.
23. เพ็ญศรี กระหม่อมทอง, ศศิวิมล ปุจฉาการ, ปันตดา จันผ่อง. การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2551. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2553; 33: 53-60.

Received: 19 Feb 2020, Revised: 13 Mar 2020

Accepted: 23 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลโครงการต้นแบบตำบลฟันดี ตำบลแม่พริก อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง

ธวัชชัย ปินเครือ^{1,*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการต้นแบบตำบลฟันดี ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ขั้นตอนการดำเนินงานและผลผลิตของโครงการ โดยใช้ CIPP Model ศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 2-3 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 50 คนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากรที่รับผิดชอบโครงการ จำนวน 27 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการสัมภาษณ์เชิงลึก ในช่วงเวลาระหว่าง ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในข้อมูลเชิงคุณภาพ มีข้อค้นพบ ดังนี้ 1) ด้านบริบท พบว่า วัตถุประสงค์ของโครงการมีความชัดเจนในขณะที่แผนงานไม่ชัดเจนเนื่องจากกิจกรรมคล้ายคลึงและซ้ำซ้อนกับงานประจำ มีตัวชี้วัดมากเกินไป โอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรอื่น ๆ มีข้อจำกัดด้านช่วงเวลาของการทำแผนไม่ตรงกัน และการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้นอยู่กับกิจกรรม 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และบุคลากรไม่เพียงพอ ในส่วนด้านเวลาการดำเนินงานต้องปฏิบัติงานนอกเวลาเพิ่มเติม รวมถึงด้านแผนดำเนินงานครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายแต่ขาดคุณภาพ 3) ด้านกระบวนการ พบว่า ทุกกิจกรรมตามโครงการ มีข้อจำกัดเรื่องความไม่เพียงพอและความไม่เหมาะสมของวัสดุอุปกรณ์ บุคลากร การบริหารจัดการและผู้ปกครองเด็กส่งผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพของการดำเนินงาน 4) ด้านผลผลิต พบว่า การตรวจฟันหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์บรรลุตัวชี้วัดตามโครงการร้อยละ 100 ในขณะที่การเยี่ยมบ้านหลังคลอดพบร้อยละ 83.72 การสอนขัดเหงือกพบ ร้อยละ 57.50 การประเมินความเสี่ยงการเกิดฟันผุของเด็กในคลินิกเด็กดี ในช่วงอายุ 9 เดือน และ 18 เดือนพบร้อยละ 65.30, 67.30 ตามลำดับ การฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ในอายุ 9 เดือน และ 18 เดือน พบร้อยละ 2.86, 9.09 ตามลำดับ การทาฟลูออไรด์วานิช ในเด็กอายุ 9 เดือน และ 18 เดือนพบร้อยละ 65.31, 67.35 ตามลำดับ การเยี่ยมบ้านพบร้อยละ 42.86 กิจกรรมทั้งหมดนี้มีส่วนการดำเนินงานไม่บรรลุตัวชี้วัดตามร้อยละ 90 ตามที่โครงการกำหนดไว้ ในด้านผลที่ตามมา กิจกรรมพฤติกรรมแปรงฟันของเด็ก 2 ครั้งและ 1 ครั้งต่อวันพบร้อยละ 40.81, 34.69 ตามลำดับ ภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น ในส่วนด้านผลกระทบ พบว่า เด็กมีภาวะปราศจากฟันผุพบร้อยละ 85.42 ถือว่ามีแนวโน้มที่ดีแต่ยังไม่สามารถบรรลุตัวชี้วัดร้อยละ 100 ตามที่โครงการกำหนดไว้ได้

คำสำคัญ การประเมินผล โครงการต้นแบบตำบลฟันดี

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลแม่พริก อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง

* Corresponding author: thawatchaipinkhrue@hotmail.com

*Original Article***Evaluation of the prototype project of Good teeth Sub-district,
Mae Phrik Sub-district, Mae Phrik District, Lampang Province**Thawatchai pinkhrue^{1,*}**Abstract**

This study was a descriptive study. The objective was to evaluation of the prototype project of Good teeth Sub-district. In the context, inputs, process. Products and projects using CIPP Model study among parents of children aged 2-3 years were 50 people who voluntarily join the scheme and health or dental staff of 27 people responsible for the project. Data collected by questionnaire, structured interviews and in-depth interviews. In the period between October 2017 to September 2018 data, quantitative analysis by percentage, mean and standard deviation, and content analysis techniques used in qualitative findings are as follows. 1)Context: Found that The objectives of the project are clear. While the plan was not clear because of duplicate activities with routine work, There were too many indicators, Opportunity to receive support from other organizations There were limitations on the timing of budget plans that do not match. And Community participation depends on activities. 2) Input: Found that Budget, Insufficient materials and equipment for operations In terms of working time Personnel must perform additional part-time work. Including The operational plan covers the target group, but the operation results lack quality. 3) Process: Found that All activities under the project There were restrictions on inadequacy and inappropriateness. In terms of materials, equipment, personnel, management, and parents of children Affect the quantity and quality of operations. 4)Product: Output: Found that Dental examination for pregnant women in the antenatal clinic (ANC) achieving the metrics as according to the 100 percent program. While Postpartum home visits found 83.72 percent. Teaching to wipe the gums found 57.50 percent. Assessment of the risk of children's tooth decay in the well Baby Clinic (WBC) during 9 months and 18 months was found at 65.30, 67.30 percent respectively. The practice of brushing skills, hands-on practice at the age of 9 months and 18 months found 2.86, 9.09 percent respectively. Regarding the application of fluoride varnish in children aged 9 months and 18 months, found 65.31, 67.35 percent respectively. Regarding home visits, 42.86 percent were found These activities do not achieve the project-based indicators of 90 percent. And Outcome: The activity of tooth transformation behavior of children 2 times and 1 time per day was found 40.81, 34.69 percent respectively. Overall the trend is improving. And Impact: Found that Children without tooth decay. (caries free) 85.42 percent is considered to have a good trend but still cannot achieve the 100 percent metric as specified by the project.

Keywords: Evaluation, Prototype project of Good teeth Sub-district¹ Dentist (Senior Professional Level), Mae Phrik Hospital

* Corresponding author: thawatchaipinkhrue@hotmail.com

บทนำ

โรคฟันผุ เป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน ทุกสถานภาพทางเศรษฐกิจและทุกช่วงอายุ หากโรคเกิดการลุกลามไปจนกระทั่งถึงจุดที่เกิดพยาธิสภาพขึ้นกับเนื้อในโพรงประสาทฟันและเนื้อเยื่อรอบปลายรากจะทำให้การรักษามีความยากและซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะในวัยเด็ก หากสูญเสียเนื้อฟันไปเป็นปริมาณมากจนไม่สามารถบูรณะได้อาจเป็นเหตุให้ต้องถอนฟันออกไปจนอาจเกิดปัญหาฟันซ้อนเกในอนาคต จะส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและพัฒนาการของเด็ก ปัญหาโรคฟันผุในเด็กจึงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ไม่ควรมองข้าม

ในเขตอำเภอแม่พริก จังหวัดลำปางมีการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัยและหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2546 ได้ขับเคลื่อนโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า ปี 2550 โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ปี 2551 โครงการ ด.เด็กยิ้มได้ ปี 2552 โครงการสร้างกระแสเพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน (มัน+เค็ม) ในระดับครอบครัวและชุมชน ปี 2555 กิจกรรมออกกำลังกาย แปร่งฟันแลกไข่ และ ปี 2556 โครงการแม่ลูกรักฟัน โดยคาดหวังไว้ว่า เด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ต้องปราศจากฟันผุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จากการศึกษาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาสามารถบรรลุเป้าหมายได้ในระดับหนึ่งแต่ยังพบประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ 1) ประเด็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยผู้ปกครองและพฤติกรรมการกินของเด็ก เช่น โครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า และโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว มีการให้ความรู้

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง แต่ไม่มีการประเมินทักษะว่าทำได้จริงหรือไม่ เนื่องจากขาดการสอนแบบฝึกปฏิบัติจริงมีหลายโครงการที่ประสบปัญหา ในส่วนโครงการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เช่น โครงการ ด.เด็กยิ้มได้ มีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมมุ่งเน้นไปที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและร้านค้า ไม่ได้เน้นไปที่สภาพแวดล้อมที่บ้าน ทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองคงเป็นปัญหาอยู่ และการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่บ้านก็มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองสิ่งสำคัญจะอยู่ที่การทำอะไรให้ผู้ปกครองทำได้ง่ายและรู้ว่าทำไมต้องทำจากการศึกษาในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า ระยะการติดเชื้อเริ่มต้น ในช่วง 6 เดือนแรกก่อนที่ฟันขึ้น¹ สัมพันธ์กับตุ่มเนื้อเยื่อ อวัยวะต่าง ๆ ที่ยังคงค้างอยู่ในช่องปาก และยังพบอีกว่าในเด็กที่ไม่พบเชื้อ Mutans Streptococci (MS) จะมีค่าร้อยละของการทำความสะอาดเหงือกสูงกว่าเด็กที่พบเชื้อ² การให้ทันตสุขศึกษา 1 ครั้ง และสอนมารดาแปรงฟันให้ลูกจะลดเชื้อ MS ในช่องปากลูกได้ถึงร้อยละ 25 ดังนั้นเพื่อให้ในช่องปากสะอาดและคุ้นเคยกับการทำความสะอาดในช่องปากจึงควรแนะนำให้ผู้ปกครองเริ่มทำความสะอาดช่องปากของเด็กตั้งแต่แรกเกิดวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ช่วงอาบน้ำให้เด็ก โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกเช็ดกระพุ้งแก้ม เพดาน สันเหงือก ลิ้น³ 2) ประเด็นการบริการของหน่วยงานสาธารณสุข พบปัญหาในด้านคุณภาพในการให้ความรู้แก่แม่และเด็ก เช่น โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ที่มีการสอนการทำความสะอาดช่องปากเด็กให้กับแม่ของเด็กที่พาลูกมารับการฉีดวัคซีน ซึ่งติดปัญหาข้อจำกัดด้านเวลาและการติดตามผล รวมถึงความไม่ใส่ใจ

ของผู้ปกครองในการรับฟังผู้สอนในวันดังกล่าว เนื่องด้วยคิดว่าสุขภาพช่องปากไม่ใช่ปัญหาสำคัญ และคิดว่าตนเองพาลูกมาเพื่อรับวัคซีนเท่านั้น ทำให้ผลของโครงการออกมาได้ไม่ดีเท่าที่ควร

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555 พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี ร้อยละ 48.3 ปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม สะท้อนถึงเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี มีแนวโน้มปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับการสำรวจในครั้ง ที่ผ่านมา (พ.ศ.2550)³ สำหรับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของจังหวัดลำปาง พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี ร้อยละ 43.69 ปราศจากฟันผุ⁴ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของอำเภอแม่พริก พบว่ากลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี ร้อยละ 38 ปราศจากฟันผุ⁵ ซึ่งในอำเภอแม่พริกน้อยกว่าระดับจังหวัดลำปางและระดับประเทศ สะท้อนถึงความจำเป็นและความสำคัญของสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2557 กระทรวงสาธารณสุข โดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้กำหนดนโยบายและสนับสนุนโครงการต้นแบบตำบลฟันดี โดยมีมาตรการเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย เริ่มตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์ไปจนถึงเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรืออนุบาล มีเป้าหมายอำเภอละ 1 ตำบล ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี ในช่วงปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 ได้แบ่งกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานออกเป็น 3 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มที่ 1 เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2557 กลุ่มที่ 2 เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558 กลุ่มที่ 3 เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 โดยได้กำหนดเป้าหมายในระยะยาวไว้ว่า

“ในปี 2562 เด็กอายุ 3 ปี ในพื้นที่เป้าหมาย ต้องปราศจากฟันผุทุกคน” ผ่านกิจกรรมสำคัญ คือ เด็กปฐมวัยและหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจช่องปากเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและได้รับการจัดการความเสี่ยงจากทันตบุคลากรและผู้ปกครองตามความจำเป็น มีระบบการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสูดครอบครีวและชุมชนมีส่วนร่วม มีการติดตามและประเมินผลซึ่งถือได้ว่าเป็นโครงการที่ตอบโจทย์ประเด็นปัญหาจากการทบทวนโครงการที่ผ่านมา⁴

โครงการต้นแบบตำบลฟันดี ของตำบลแม่พริก อำเภอแม่พริกดำเนินมาได้ระยะหนึ่ง พบว่าในปัจจุบันการบรรลุตามตัวชี้วัดเด็กอายุ 3 ทุกคนจะต้องไม่พบมีปัญหาฟันผุ จึงเป็นเรื่องท้าทายและมีความสำคัญในมิติของการประเมินผลโครงการดังกล่าวในภาพรวมทั้งระบบ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam⁶ ซึ่งได้รับการยอมรับกันโดยทั่วไปในปัจจุบัน ภายใต้กรอบคำถามที่สำคัญว่า บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตที่เกิดจะสามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายเด็กอายุ 3 ปีต้องปราศจากโรคฟันผุ ร้อยละ 100 ได้อย่างไร และแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาควรดำเนินการอย่างไร เพื่อหาสาเหตุของปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลโครงการต้นแบบตำบลฟันดี ตำบลแม่พริก อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินโครงการต้นแบบตำบลฟันดี ในเขตตำบลแม่พริก อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กหรือผู้ดูแลเด็ก อายุ 2-3 ปี ที่เข้าร่วมโครงการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตสาธารณสุขที่รับผิดชอบโครงการ ในช่วงระหว่างตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 โดยได้กำหนดรายละเอียดของขอบเขตเชิงเนื้อหาในการวิจัยดังนี้

1. C: Context บริบท ประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์ของโครงการชัดเจน 2) ตัวชี้วัดของโครงการชัดเจน 3) โอกาสในการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน

2. I: Input ปัจจัยนำเข้า 1) งบประมาณ 2) บุคลากร 3) วัสดุอุปกรณ์ 4) เวลา 5) แผนดำเนินงาน

3) P: Process กระบวนการ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) 2) การเยี่ยมบ้านหลังคลอด 3) การตรวจและประเมินความเสี่ยงด้านทันตกรรม (Caries risk assessment) 4) การสอนแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (hands-on) 5) การเคลือบฟันด้วยน้ำยาฟลูออไรด์วานิช (Fluoride vanish) 6) การเยี่ยมบ้านเด็ก

4) P: Product ผลผลิต ประกอบด้วย 1) Output: การร่วมโครงการตามกิจกรรม 2) Outcome: พฤติกรรมการแปรงฟัน 3) Impact: ภาวะปราศจากฟันผุ (Caries free)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive study) โดยใช้ CIPP Model ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ขั้นตอนการดำเนินงานและ ผลผลิตของโครงการ

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กอายุระหว่าง 2-3 ปี อาศัยอยู่ในเขตตำบลแม่พริก ในช่วงปีงบประมาณ 2559 จำนวน 437 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตสาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบโครงการ จำนวน 27 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการสอนแปรงฟันแบบฝึกปฏิบัติจริง จำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 2-3 ปี จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้หลักในการคัดเลือก คือ 1) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) เด็กอายุ 2-3 ปี ที่เกิดในช่วงปีงบประมาณ 2559 3) ปัจจุบันเด็กอาศัยอยู่ในตำบลแม่พริก อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้หลักในการคัดเลือก คือ เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานต้นแบบตำบลฟันดีระดับอำเภอ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร รพ.แม่พริก หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน รพ.สต.แม่เชียงรายลุ่ม และ รพ.สต.พะดอเคมี จำนวน 15 คน และ นักสุขภาพฟันดี หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ที่ได้รับการอบรมการสอนแปรงฟันแบบฝึกปฏิบัติจริง จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างและ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ
1) กลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 2 ถึง 3 ปี	- แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง
2) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง	- แบบสอบถาม - การสัมภาษณ์เชิงลึก

ทั้งนี้ ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม และกรอบคำถามของแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ทพญ.ลลนา ถาคำฟู หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข จังหวัดลำปาง ตรวจสอบให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้วปรับปรุงแก้ไขจึงนำไปดำเนินการต่อไป ในส่วนแบบสอบถามได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โคนนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ปกครองและกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ในเขตตำบลแม่ปู อำเภอมะพริก จำนวน 20 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.9340 แล้วจึงนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป

ในส่วนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพได้ใช้หลักการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ให้ได้ข้อมูลครบถ้วนถูกต้องตามความเป็นจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานและขอความร่วมมือในรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่เจ้าหน้าที่ และผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมาย รพ.แม่พริก รพ.สต. แม่เขียงรายกลุ่ม รพ.สต. แพะดอกระเทียม และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วน หรือไม่เพียงพอผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิควิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การตีความ วิเคราะห์ เปรียบเทียบปรากฏการณ์ การหาความสัมพันธ์ คำอธิบาย การสังเคราะห์และสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.88 ช่วงอายุโดยแบ่งในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี 30-39 ปี และ 40 ปี ขึ้นไปอยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกัน ส่วนมากมีอาชีพแม่/พ่อบ้าน ร้อยละ 36.73 ตามมาด้วยอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32.65 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 61.22 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 59.18 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือ แม่ ร้อยละ 69.39 และเป็นคนแปร่งฟันให้ลูกวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 40.82 และข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ร้อยละ 80.77 ส่วนใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.92 ตำแหน่งหน้าที่การทำงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 37.77 ทันตบุคลากร ร้อยละ 26.92 อสม. ร้อยละ 34.62 และ นักสุขภาพฟันดี ร้อยละ 7.69 และผลการประเมิน CIPP Model สรุปได้ ดังนี้

1. Context: บริบท

1.1 วัตถุประสงค์ของโครงการมีความชัดเจน คะแนนเฉลี่ย 3.95 คะแนน จาก 5 คะแนน พบว่าวัตถุประสงค์เพื่อลดฟันผุในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปีชัดเจน แต่พบการสะท้อนข้อคิดเห็นว่าการทำให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนปราศจากฟันผุสูงเกินไป และผู้ปกครองที่เข้าใจหรือรู้และสามารถปฏิบัติได้จริงยังมีน้อยเพียงร้อยละ 50

1.2 ตัวชี้วัดของโครงการมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน จาก 5 คะแนน ผู้เกี่ยวข้องได้สะท้อนอุปสรรคและเสนอแนวทางแก้ไขในมุมมองของคนปฏิบัติงาน เช่น 1) ภาวะปราศจากฟันผุ ร้อยละ 100 สูงเกินไปส่งผลต่อแรงจูงใจในการดำเนินงาน ควรปรับตัวชี้วัดแบบขั้นบันได จึงค่อย ๆ เพิ่มในภายหลัง 2) กรณีโรคฟันผุทุกปัจจัย (multifactorial) ตัวชี้วัดร้อยละ 100 อาจเป็นไปได้จริงทางปฏิบัติ เนื่องจากกิจกรรมของเด็กในช่วง 1 ปีครึ่งถึง 3 ปี เป็นช่วงที่เด็กมีการรับประทานอาหารที่หลากหลายและเป็นช่วงเวลาที่มักจะเกิดฟันผุและเชื้อโรคได้ง่าย ควรพิจารณาตามความเป็นจริง

1.3 โครงการมีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ คะแนนเฉลี่ย 3.55 คะแนน จาก 5 คะแนน ผู้เกี่ยวข้องมีข้อเสนอในการดำเนินงานจริง ว่า มีความไม่สอดคล้องกันของช่วงเวลาในการทำแผนของทันตกรรม (ผ่านทางกระทรวง) กับช่วงพิจารณาของท้องถิ่น สะท้อนถึงโอกาสการได้รับสนับสนุน โดยปกติจะใช้ความสัมพันธ์เป็นการส่วนตัว รวมกับขนาดและ

ความรุนแรงของสถานการณ์ของปัญหาฟันผุเทียบกับสุขภาพร่างกายอื่น ๆ

1.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ คะแนนเฉลี่ย 3.73 คะแนน จาก 5 คะแนน ผู้เกี่ยวข้องสะท้อนว่าประชาชนไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากเท่าที่ควร เช่น ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรม อาจเนื่องมาจากไม่มีงบประมาณสนับสนุนหรือมีของแจกให้ เป็นต้น

2. Input: ปัจจัยนำเข้า

2.1 งบประมาณของโครงการเพียงพอต่อการดำเนินโครงการ คะแนนเฉลี่ย 3.05 คะแนน จาก 5 คะแนน ผู้เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เพียงพอ ว่า ปัจจุบันไม่มีงบประมาณเพียงพอ เช่น รพ.สต.แพะดอกเข็ม ต้องการเครื่องทำฟันที่ดีกว่านี้เพราะไม่สามารถให้บริการอุดหินปูนได้ และบางส่วนสะท้อนถึงแนวคิดใหม่ด้านงบประมาณว่า โครงการควรมีงบประมาณสนับสนุนแต่ละกิจกรรมโดยตรง (vertical program) เช่น งบประมาณเพื่อไปอบรม อสม. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพดูแลสุขภาพช่องปากมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

2.2 จำนวนบุคลากรเพียงพอต่อการดำเนินโครงการ คะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนน จาก 5 คะแนน ผู้เกี่ยวข้องได้สะท้อนสถานการณ์ที่สำคัญ ว่า บุคลากรน้อยเกินไป ทำให้เวลาในการทำงานไม่เพียงพอ การทำงานตามภาระหน้าที่ตนเองแบบเต็มเวลา (Full Time Equivalent) ไม่เกิดขึ้นจริง เพราะปริมาณงานมากกว่าจำนวนบุคลากร บุคลากรหนึ่งคนรับผิดชอบหน้าที่จึงไม่ได้ทำงานตรงกับภาระหน้าที่ของตำแหน่งของตน

2.3 วัสดุและอุปกรณ์เพียงพอต่อการดำเนินโครงการ คะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนน จาก 5 คะแนน ผู้เกี่ยวข้องสะท้อนข้อจำกัดของวัสดุ

ปรกรณ์ไว้ว่า การสอนแปรงฟันขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น แปรงสีฟันขนาดเล็ก น้ำยาฟลูออไรด์ วานิชไม่เพียงพอ เป็นต้น

2.4 เวลาที่ใช้ในการดำเนินโครงการมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 3.45 คะแนน จาก 5 คะแนนผู้เกี่ยวข้องสะท้อนว่า เวลาไม่เพียงพอ แต่เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ บางครั้งจำเป็นต้องทำนอกเวลา แต่ไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเติม

2.5 ความชัดเจนของแผนดำเนินการ คะแนนเฉลี่ย 3.55 คะแนนจาก 5 คะแนนมีผู้เกี่ยวข้อง สะท้อนถึงความไม่ชัดเจน ว่า ไม่ชัดเจน ซ้ำซ้อนกันทั้งประจำและงานโครงการอื่นๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข สะท้อนว่า มีการเรียกประชุม แนะนำ แต่แผนไม่ชัดเจน ปริมาณงานมากเกินไป ไม่รู้ต้องทำอะไรก่อนหลัง ให้คิดแผนกันเองแต่คิดไม่ครอบคลุม ทั้งนี้ควรมีการแนวทางแบบอย่างให้

2.6 ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของแผนงาน มีคะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน จาก 5 คะแนน พบว่า มีครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และอาจขยายการดำเนินงานไปตำบลอื่น ๆ ในโอกาสต่อไปด้วย

2.7 ความเหมาะสมของแผนงาน คะแนนเฉลี่ย 3.55 คะแนน จาก 5 คะแนนผู้เกี่ยวข้อง สะท้อนเรื่องความไม่เหมาะสมไว้ว่า ในความคาดหวังให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ผ่านการจัดการความรู้ (Knowledge management) โดยแต่ละตำบลแลกเปลี่ยนความรู้กันเองผ่านนำเสนอผลการดำเนินงานเพียงอย่างเดียว บางครั้งกระบวนการลักษณะนี้อาจไม่เพียงพอต่อการเกิดการเรียนรู้ได้ทั้งหมด เป็นต้น

3. Process: กระบวนการ

3.1 คลินิกฝากครรภ์

3.1.1 การมอบหมายงานมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.11 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.1.2 เวลาเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.67 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.1.3 ความถี่ของการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.44 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.1.4 ทรัพยากรเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 2.78 คะแนน จาก 5 คะแนน

ผู้เกี่ยวข้องได้สะท้อนข้อจำกัดใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านวัสดุ อุปกรณ์ในคลินิกฝากครรภ์ เช่น ควมมีตัวอย่างชุดฟันและแปรงสีฟันจำลองเพื่อไว้สอนผู้ปกครองก่อนส่งต่อไปแผนกอื่น เป็นต้น 2) ด้านบุคลากรไม่เพียงพอ เช่น ผู้รับผิดชอบหลักเพียงคนเดียวทำให้ทำงานมากเกินไป คลินิกฝากครรภ์ 1 คน ใช้เวลา 30 นาที ให้บริการผู้ป่วยทั่วไปได้ไม่ทั่วถึง เป็นต้น 3) ด้านการบริหารจัดการ เช่น แบ่งงานไม่ชัดเจน บุคลากรที่รับผิดชอบโครงการ ไม่อยู่ในวันที่มีคลินิกฝากครรภ์เนื่องจากมีงานอื่นต้องทำ เป็นต้น 4) ด้านผู้ปกครองเด็กและหญิงตั้งครรภ์ เช่น การนัดหมาย ผู้ปกครองเด็กมักไม่ค่อยมาตามนัด บางครั้งมีการปฏิเสธการรับบริการของผู้ปกครองมาจากคลินิกฝากครรภ์ เป็นต้น

3.2 การเยี่ยมบ้านหลังคลอด

3.2.1 การมอบหมายงานมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.61 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.2.2 เวลาเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.89 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.2.3 ความถี่ของการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.89 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.2.4 ทรัพยากรเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.33 คะแนน จาก 5 คะแนน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสะท้อนความต้องการว่า 1) ด้านเวลา ไม่สามารถดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนดไม่ครอบคลุมทั้งหมด เช่น ช่วงเวลา 1 สัปดาห์หลังคลอดเร็วเกินไปสภาพจิตใจแม่ยังไม่พร้อมและเจ้าหน้าที่จะเยี่ยมบ้านไม่ทัน เป็นต้น 2) การเสริมศักยภาพ เทคนิควิธีการ และวัสดุอุปกรณ์ในการไปดำเนินการให้กับ อสม. และผู้ปกครอง เป็นต้น

3.3 การตรวจและประเมินความเสี่ยงด้านอันตราย

3.3.1 การมอบหมายงานมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.57 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.3.2 เวลาเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.57 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.3.3 ความถี่ของการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.3.4 ทรัพยากรเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 4.00 คะแนน จาก 5 คะแนน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สะท้อนถึงปริมาณงานที่มากเกินไปจนจนบุคลากร ส่งผลต่อคุณภาพของการประเมินความเสี่ยงด้านอันตราย เช่น มีผู้มารับบริการจำนวนมาก ส่งผลให้ประเมินไม่ทัน และขัดแย้งในทางปฏิบัติว่าไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของพันธุที่กล่าวว่าไม่ควรตรวจในช่วง 1 ปีครึ่งถึง 3 ปีเพราะมีปัจจัยอื่น จำนวนมากที่ส่งผลต่อการเกิดพันธุ เป็นต้น

3.4 การฝึกการแปรผันแบบลงมือปฏิบัติ

3.4.1 การมอบหมายงานมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.55 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.4.2 เวลาเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 4.27 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.4.3 ความถี่ของการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 4.45 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.4.4 ทรัพยากรเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.82 คะแนน จาก 5 คะแนน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสะท้อนให้เห็นถึงปริมาณงาน เวลา และวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงการมอบหมายงานที่ไม่เหมาะสม ในด้านผู้ปกครองสะท้อนถึงผู้เกี่ยวข้อง จนท.สาธารณสุข และ อสม. ควรสอนเทคนิควิธีการแปรผันผ่านการปฏิบัติจริง และการลงไปเยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน

3.5 การทำน่ายาเคลือบฟันด้วยน่ายาฟลูออไรด์วานิช

3.5.1 การมอบหมายงานมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.75 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.5.2 เวลาเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 4.25 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.5.3 ความถี่ของการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.88 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.5.4 ทรัพยากรเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.50 คะแนน จาก 5 คะแนน

ผู้เกี่ยวข้องได้สะท้อนข้อจำกัดด้านการดำเนินงานในพื้นที่ ในด้านผู้ปกครอง เช่น ไม่พาบุตรหลานมาตามนัดหมายส่งผลให้การทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กไม่ครอบคลุม อาจส่งผลให้ ภาวะปราศจากฟันผุ ทุกคน ไม่ได้ตามเป้าหมาย

ประกอบกับน้ำยาฟูลออไรด์วานิชมีราคาแพง ส่งผลต่อการจัดซื้อเพราะงบประมาณมีจำกัด

3.6 การเยี่ยมบ้านเด็กเล็ก

3.6.1 การมอบหมายงานมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.69 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.6.2 เวลาเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.6.3 ความถี่ของการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 4.15 คะแนน จาก 5 คะแนน

3.6.4 ทรัพยากรเพียงพอต่อการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 3.92 คะแนน จาก 5 คะแนน

ผู้เกี่ยวข้องได้สะท้อนแนวทางการลงไปเยี่ยมบ้านเด็กเล็ก เช่น ให้มาตั้งแต่เด็กเกิดและชี้แจงการปฏิบัติ และให้มีการเยี่ยมบ้านเพิ่มเติม เพราะช่วง 18 เดือนจนถึงก่อนเข้าศูนย์เด็กเล็ก ควรไปพบอย่างน้อย 2-3 ครั้ง เพราะเด็กกินเยอะขึ้นและไม่เลิกขวดนม เป็นต้น

4. Product: ผลิตภัณฑ์

4.1 Output: ผลผลิต ผู้เข้าร่วมในแต่ละกิจกรรมเทียบกับกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

ตารางที่ 2 แสดงผู้เข้าร่วมในแต่ละกิจกรรมเทียบกับกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

กิจกรรม	จำนวนผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม (คน) (n)	จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (คน) (N)	ร้อยละของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม	หมายเหตุ
1. คลินิก ANC	18	18	100	
2. การเยี่ยมบ้านหลังคลอด	36	43	83.72	มี 6 คน ที่คลอดนอก ต.แม่พริก
3. ได้รับการสอนเช็ดเหงือก	23	40	57.50	ไม่ทราบข้อมูล 3 คน
4. การตรวจและประเมิน Caries risk assessment เด็กในคลินิก WBC	9 เดือน = 32 18 เดือน = 33	49	9 เดือน = 65.30 18 เดือน = 67.30	
5. Hands-on (กลุ่มเป้าหมายที่ลงปฏิบัติจริง)	9 เดือน = 1 18 เดือน = 3	9 เดือน = 35 18 เดือน = 33	9 เดือน = 2.86 18 เดือน = 9.09	(ไม่ได้ทำการสัมภาษณ์ในกลุ่ม 9 เดือน 2 คน)
6. Hands-on (กลุ่มเป้าหมายตามแผนดำเนินการ)	9 เดือน = 1 18 เดือน = 4	49	9 เดือน = 2.04 18 เดือน = 8.16	
7. การเยี่ยมตามบ้าน	21	49	42.86	

หมายเหตุ: เนื่องจากมีความผิดพลาดในการดำเนินงานสอนการแปรงฟันโดยการปฏิบัติจริง ซึ่งเกิดจากผู้รับผิดชอบโครงการหลักคนที่ 1 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557) เข้าใจว่า โครงการครอบคลุมในส่วนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

แม่พริก (ประกอบด้วยบางส่วนของ ต.แม่พริก และบางส่วนของ ต.พระบาทวังตวง) และได้ลงปฏิบัติจริงไปแล้ว ต่อมาได้เปลี่ยนผู้รับผิดชอบโครงการหลัก (ปีงบประมาณ 2558-ปัจจุบัน) โดยผู้รับผิดชอบโครงการหลักคนที่ 2 ได้ใช้รายชื่อที่

ได้รับมาจากผู้รับผิดชอบโครงการหลักคนที่ 1 และทำการตัดรายชื่อของเด็กใน ต.พระบาทวังตวงออก ดังนั้นจึงต้องแบ่งการวิเคราะห์การสอนการแปร่งฟันโดยการปฏิบัติจริง ออกเป็น 2 ช่วงเวลา เนื่องจากจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (N) ไม่เท่ากัน

4.2 Outcome: ผลที่ตามมา พฤติกรรมการแปร่งฟัน คนที่ได้รับการสอนการแปร่งฟันโดยการปฏิบัติจริง จำนวน 5 คน มีผู้ที่สามารถทำได้จริง 4 คน คนที่ไม่ได้ให้เหตุผลว่า เด็กไม่ยอมให้ความร่วมมือในการแปร่งฟัน พฤติกรรมการแปร่งฟัน วันละ 2 ครั้ง 20 คน วันละ 1 ครั้ง 17 คน ไม่ได้แปร่งฟันให้เด็ก 12 คน จากทั้งหมด 49 คน

4.3 Impact: ผลกระทบ ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและพฤติกรรมเด็ก ที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 โครงการตำบลฟันดี เด็ก 0-3 ปี ไม่มีฟันผุ ในเดือนตุลาคมปี 2561พบว่ามามีเด็กที่มีฟันผุ จำนวน 7 คน จากทั้งหมด 48 คน หรือเด็กที่ปราศจากฟันผุ 41 คน คิดเป็นร้อยละ 85.42

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

จากการประเมินผลโครงการตำบลฟันดีในตำบลแม่พริก อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง โดยใช้โดยภาพรวมทั้งหมด มีข้อสังเกตว่า ผู้ปกครองเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉลี่ยร้อยละ 69.23 มีการรับรู้และเข้าใจรายละเอียดของโครงการตำบลฟันดีเป็นอย่างดี ทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิต นอกจากนั้น ร้อยละ 30.77 ยังเข้าใจไม่ชัดเจนเท่าที่ควร อาจเนื่องจากภาระงานจำนวนมาก การให้ความสำคัญและปฏิบัติตามความเร่งด่วนของสถานการณ์และนโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ จากข้อมูลเชิงปริมาณขอ

ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยเฉลี่ยในทุกกิจกรรม 3.67 จาก 5 คะแนน ตามกรอบ CIPP Model สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องกว่าครึ่งที่รับรู้และเข้าใจโครงการตำบลฟันดี เห็นถึงข้อดี ความพยายามในการจัดการปัญหาฟันผุในเด็กอย่างจริงจัง และต่อเนื่องของหน่วยงานเกี่ยวข้อง แต่ในด้านการขับเคลื่อนยังพบข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ พอสมควร จึงขอแสดงรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านบริบทในพื้นที่ ในรายละเอียด 1) วัตถุประสงค์ของโครงการมีความชัดเจน กล่าวคือ ต้องการลดโรคฟันผุในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ในขณะที่ผู้เกี่ยวข้องมีข้อห่วงกังวลถึงในการบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างแท้จริง ที่มาจากในปี 2559 พบปัญหาในด้านการระบุงกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผลจากข้อมูลการเกิดในตำบลแม่พริก ส่วนใหญ่ไม่ได้คลอดที่ รพ.แม่พริกหรือในเขตตำบล แต่คลอดที่รพ.เถิน และย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในตำบลแม่พริกส่งผลต่อการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน นอกจากนี้ ความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติได้จริงของผู้เกี่ยวข้องเกิดขึ้นจากแผนการดำเนินงานไม่ชัดเจน ประกอบกับกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการมีความคล้ายคลึงและซ้ำซ้อนกับงานประจำและโครงการอื่นๆที่เคยดำเนินการมาก่อน ทำให้เกิดความสับสนในการมอบหมายงานและการปฏิบัติงานจริง อีกทั้งบางกิจกรรมที่มีประโยชน์ในโครงการก็ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง 2) ตัวชี้วัดของโครงการคาดหวังเด็กที่เข้าร่วมโครงการร้อยละ 100 ปราศจากโรคฟันผุ แต่ในทางปฏิบัติตัวชี้วัดที่สูงเกินไปซึ่งสอดคล้องกับข้อห่วงกังวลของผู้เกี่ยวข้องที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพราะสถานการณ์ของประเทศ ร้อยละ 48.3³ จังหวัดลำปาง ร้อยละ 43.69⁴ และอำเภอแม่พริก ร้อยละ 38.00⁵ อีกทั้งโรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยหลากหลาย (Multifactorial disease)^{7,8} ไม่สามารถควบคุมได้ทำให้การ

ปราศจากโรคฟันผุทั้งหมดของกลุ่มเป้าหมายนั้น เป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ และการกำหนด ตัวชี้วัดสูงเกินไปทำให้บุคลากรไม่มีแรงจูงใจในการ ดำเนินงาน³) โอกาสในการได้รับการสนับสนุน จากองค์กรต่าง ๆ พบปัญหาความไม่สอดคล้องกัน ของช่วงเวลาในการทำแผนของทันตกรรม (ผ่าน ทางกระทรวง) กับช่วงพิจารณาของท้องถิ่น และการตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่อง ปากเมื่อเทียบกับสุขภาพทั่วไปมีน้อย^{10,11} 4) การมี ส่วนร่วมของชุมชนอาจขึ้นอยู่กับกิจกรรมใน โครงการว่า ภาพรวมผู้ปกครองมีความรู้แต่ขาด ความตระหนักในเรื่องสุขภาพช่องปากทั้งของ ตนเองและบุตร แม้จะรับรู้ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นแต่ ยังเลือกที่จะไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร^{12,13} แต่ใน ส่วนของแกนนำในชุมชนเมื่อมีกิจกรรม เช่น การ อบรมการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (Hands-on) แก่ อสม. จะได้รับความร่วมมืออย่างดี

2. ด้านปัจจัยนำเข้า การสนับสนุนภายใต้ โครงการตั้งอยู่บนฐานของความไม่เพียงพอ ใน ด้าน งบประมาณของโครงการ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ หากสามารถการกระจายงบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์ลงสู่กิจกรรมโดยตรงมากยิ่งขึ้น (Vertical program) จะส่งผลดีต่อการดำเนินงาน ในส่วน ด้านบุคลากรพบสถานการณ์ไม่ต่างกัน กล่าวคือมี จำนวนไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับงานที่ต้องปฏิบัติ จริง แต่ไม่สามารถขอเพิ่มจำนวนบุคลากรได้ เนื่องจากการพิจารณาเพิ่มตำแหน่งขึ้นกับการ คำนวณค่าภาระงานแบบเต็มเวลา (Full time equivalent) ในขณะที่ความเป็นจริงบุคลากรอา จะไม่ได้ทำงานตรงกับหน้าที่ของตำแหน่งหน้าที่ ของตนเพียงอย่างเดียว รวมถึงแผนดำเนินงานพบ ความไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เช่น แผนการดำเนินการยังขาดกิจกรรมในเด็กช่วงอายุ 1 ปีครึ่งถึง 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กเกิดฟันผุได้ง่าย และ สามารถ ด้ รับ เชื้อ กลุ่ม Mutans streptococci เช่น streptococcus mutans

และ streptococcus sobrinus ซึ่งเป็นเชื้อที่เป็น สาเหตุหลักของฟันผุ¹⁴ อีกทั้งยังขาดตัวชี้วัดและ การติดตามอย่างเป็นระบบ จึงส่งผลกระทบต่อเวลา ในการดำเนินงาน ถึงภาพสะท้อนว่าเพียงพอ แต่ ต้องดำเนินการภายใต้ความทุพพิกของบุคลากรที่ ต้องปฏิบัติงานนอกเวลาเพื่อให้บรรลุตาม เป้าหมาย ในภาพรวมของปัจจัยนำเข้าแล้วว สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เพียงพอและความไม่ สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และ บางส่วนขาดคุณภาพ

3. ด้านกระบวนการ ในภาพรวมในทุก กิจกรรม ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกฝาก ครรภ์ (ANC) การเยี่ยมบ้านหลังคลอด การตรวจ และประเมินความเสี่ยงด้านทันตกรรม (Caries risk assessment) เด็กในคลินิกเด็กดี การ มอบหมายงาน การสอนแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (Hands-on) และ การเคลือบฟันด้วยน้ำยา ฟลูออไรด์วานิช (Fluoride varnish) แต่อยู่ภายใต้ ข้อจำกัดความไม่เพียงพอ ในด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านบุคลากร ด้านการบริหารจัดการและด้าน ผู้ปกครอง ในขณะเดียวกันก็มีข้อเสนอแนะทางที่ สำคัญไว้ เช่น การเยี่ยมบ้านครั้งเดียวอาจไม่ เพียงพอโดยคู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย¹⁵ และการเยี่ยมบ้าน เด็กในช่วงอายุระหว่าง 1ปีครึ่งถึง 3 ปี ซึ่งมีโอกาส ฟันผุมากและไม่มีระบบตามงานที่ตรวจสอบได้ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กอยากให้มีการเยี่ยมบ้าน ทุกๆ 2-3 เดือน ตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ควรเสริม ศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในการไป เยี่ยมบ้านรวมถึงผู้ปกครองให้สามารถสำรวจ พฤติกรรมการกิน การแปรงฟัน และทำการตรวจ สภาพช่องปากอย่างง่ายในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มี ฟันขึ้นแล้ว ทุก 3 เดือนโดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่มี ความเสี่ยงฟันผุสูง¹⁶

4. ด้านผลิตผล พิจารณาใน 3 ด้าน กล่าวคือ ผลผลิต (Output) เมื่อพิจารณาตามรายการกิจกรรม

สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้ ด้านการตรวจฟันหญิงตั้งครรภ์คลินิกฝากครรภ์ร้อยละ 100 อันเนื่องมาจากการตรวจสอบงานและการประสานงานที่ดีระหว่างฝ่ายทันตกรรมและฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลแม่พริก โดยฝ่ายทันตกรรมได้มีการตรวจสอบยอดหญิงตั้งครรภ์ที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกฝากครรภ์ทุกเดือน เทียบกับใบตรวจฟันที่มีอยู่ในฝ่ายทันตกรรม แม้จะมีบุคลากรทางทันตกรรมไม่เพียงพอต่อการให้บริการฝากครรภ์ในบางวัน ยังสามารถนัดกลับมาทำการรักษาในภายหลังได้ จึงทำให้ได้ผลการตรวจฟันเป็นไปตามตัวชี้วัด ในขณะที่ ด้านเยี่ยมบ้านหลังคลอดพบ ร้อยละ 83.72 ด้านการสอนเช็ดเหงือกพบ ร้อยละ 57.50 ด้านความเสี่ยงการเกิดฟันผุ ในช่วงอายุ 9 เดือน และ 18 เดือน พบร้อยละ 65.30 และ 67.30 ด้านประเมินการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ในอายุ 9 เดือน และ 18 เดือน พบร้อยละ 2.86 และ 9.09 ตามลำดับ ด้านการทาฟลูออไรด์วานิช ในเด็กอายุ 9 เดือน และ 18 เดือน พบร้อยละ 65.31 และ 67.35 ตามลำดับ ด้านการประเมินการเยี่ยมตามบ้าน ร้อยละ 42.86 ทั้งหมดผลการดำเนินงานได้ไม่ถึงตัวชี้วัดที่ร้อยละ 90 ที่โครงการกำหนดไว้ทั้งหมดมีปัจจัยและเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดด้านความไม่เพียงพอ ความไม่เหมาะสม มาจากของบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผลของการดำเนินงานจึงไม่สามารถบรรลุตามตัวชี้วัดได้ตามที่คาดหวังไว้ ทั้งหมดจึงผลต่อเนื่องมาถึง ผลที่ตามที่เกิดขึ้น (Outcome) โครงการฯ ได้ให้ความสำคัญไปที่พฤติกรรม การแปรงฟัน มีข้อค้นพบว่า ผู้ปกครองเด็กที่ได้รับการสอนการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และร้อยละ 80 ผู้ปกครองสามารถแปรงฟันเด็กได้อย่างถูกต้องตามวิธีการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการสอนการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และจากการ

สัมภาษณ์ผู้ปกครองในกลุ่มดังกล่าวผู้ปกครองให้ความเห็นในเชิงบวกกับการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ โดยให้ความเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดีเนื่องจากทำให้ผู้ปกครองกล้าที่จะลงมือแปรงฟันให้กับเด็ก และเป็นการแสดงให้ทราบถึงความสำคัญในการแปรงฟันให้กับเด็กอีกด้วย แต่ในส่วนผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแปรงฟันของเด็กวันละ 2 ครั้ง วันละ 1 ครั้ง และ ไม่ได้แปรงฟันเลย ในภาพรวมพบร้อยละ 40.81 ร้อยละ 34.69 ร้อยละ 24.69 ตามลำดับ ซึ่งภาพรวมมีพัฒนาการที่ดีแต่ยังจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในส่วนผลกระทบ (Impact) โครงการฯ ให้ความสำคัญกับเป้าหมายสูงสุดของโครงการคือภาวะปราศจากฟันผุ (Caries free) ร้อยละ 100 ภายใต้โครงการนี้ เด็กที่ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 85.42 ในภาพรวมโครงการถือว่ามีความก้าวหน้าดี พบข้อจำกัด อุปสรรคหลายประการจึงทำให้ผลเด็กปราศจากฟันผุยังไม่ถึงตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

สรุปภาพรวมทั้งหมดนี้ เด็กในเขตตำบลแม่พริกทุกคนต้องภาวะปราศจากฟันผุ (Caries free) เป็นการวางทิศทางการดำเนินงานในเชิงท้าทาย แต่ในทางปฏิบัติภายใต้โครงการนี้อาจจำเป็นต้องพิจารณาข้อจำกัดหลายๆด้านที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อพัฒนาและต่อยอดโครงการต้นแบบตำบลพันธุ์ดี ตำบลแม่พริก ให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ส่งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคตอันใกล้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์โครงการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบให้ทั่วถึง
2. โครงการควรมีแผนงานที่ชัดเจนมากกว่านี้ อาจพิจารณาวางแผนแบบมีส่วนร่วม¹⁵ เพื่อให้

บุคคลที่ปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง

3. ควรใช้ตัวชี้วัดที่เหมาะสม เพราะตัวชี้วัดบอกถึงการดำเนินงาน และผลการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงไร

4. ควรพิจารณาการใช้เกณฑ์การทำงานตามภาระหน้าที่ตนเองแบบเต็มเวลา (Full Time Equivalent)¹⁷ ในการคำนวณความเพียงพอของบุคลากร เนื่องจากบุคลากรมีการทำงานที่ไม่ตรงตามตำแหน่งของตนเอง ทำให้ปริมาณงานไม่สัมพันธ์กับอัตราของบุคลากร

5. ควรชี้แจงเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหรือมีแบบฟอร์มให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะต่อผู้รับผิดชอบโครงการในระดับพื้นที่

1. ควรใช้การนัดรวมตัวของผู้ปกครองมาสอนแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติจริง หรือ อบรมอสม. เพื่อให้มีความสามารถในการแนะนำตามบ้าน¹⁵

2. แผนการดำเนินการควรมีกิจกรรมและการติดตามผลในเด็กช่วงอายุ 18 เดือน – 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กเกิดฟันผุได้ง่าย¹⁴

3. ควรมีการติดตามและมีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ และมี process evaluation เพื่อตรวจสอบว่ากระบวนการเป็นไปตามแผนที่วางไว้ และค้นหาข้อบกพร่องและจุดอ่อนของโครงการเพื่อนำมาปรับปรุงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรจะทำการศึกษาในทุกกลุ่มของเด็กที่อยู่ในโครงการต้นแบบตำบลพินดี และศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติม เช่นการแปรงฟัน การทานอาหาร ทานนมจากขวด¹⁴

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทพญ.ลลนา ถาคำฟู หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข จังหวัดลำปางที่ให้คำปรึกษาและคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข รวมถึงกลุ่มผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้ จนเสร็จสิ้นเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Seow WK, Walsh LJ, Bird P, Tudehope DL, Purdie DM. Wan AK1. Association of Streptococcus mutans infection and oral developmental nodules in pre-dentate infants. J Dent Res, 2001; 80(10): 1945-1948.
2. Seow WK, Purdie DM, Bird PS, Walsh LJ, Tudehope DI. Wan AK1. Oral colonization of Streptococcus mutans in six-month-old predentate infants. J Dent Res, 2001; 80(12): 2060-2065.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจ สุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2555.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี ปีงบประมาณ 2559.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่พริก. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2559. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่พริก; 2559.
6. ส. จันทรรัก. แบบจำลอง CIPP Model. Gotoknow.org. [ออนไลน์]
<https://www.gotoknow.org/posts/453748>, 2010. [สืบค้นเมื่อ 26 February 2017.]
<https://www.gotoknow.org/posts/453748>.
7. George Edward White. Dental caries: A multifactorial disease. Charles C Thomas Publisher, 1977; 71(1): 105–106.
8. P Caufield. Cares in the Primary Dentition: A Spectrum Disease of Multifactorial Etiology. New York: New York University; 2010
9. Anon.
<https://dbqao.donboscobkk.ac.th/>.
<https://dbqao.donboscobkk.ac.th/>.
[ออนไลน์] 2017. [สืบค้นเมื่อ 27 2 2017.]
http://dbqao.donboscobkk.ac.th/upload/file_doc/file_doc_JLGY.pdf.
10. Hani H. Mawardi. Current understanding of the relationship between periodontal and systemic diseases. Saudi Medical Journal, 2015; 36(2): 150–158.
11. The dental professional community by the American association of Endodontics. Oral disease and systemic health; What is connection. The dental professional community by the American association of Endodontic; 2000.
12. A Castilho. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. Jornal de Pediatria, 2013; 89(2): 116-123.
13. Chestnutt Murdoch. Parents and carers' choice of drinks for infants and toddlers, in areas of social and economic disadvantage. Community Dent Health, 2003; 20(3): 139-145.
14. Hamid Reza Poureslami. Early Childhood Caries (ECC) An Infectious transmissible oral disease. Indian Journal of Pediatrics, 2008; 76: 191-193.
15. เขมณัฏฐ์ เชื้อชัยทัศน์, สุธา เจริญมนิโชติชัย, จันทนา อึ้งชูศักดิ์ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล. คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย. : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
16. National Maternal and Child Oral Health Policy Center .Children's Oral Health in the Health Home. [Trendnotes Issue No. 4] National Maternal and Child Oral Health Policy Center; 2011: 1-13.
17. Anukul. การกำหนดกรอบอัตรากำลังสายวิชาชีพ รอบ 2; 2558; หน้า 3.

Received: 4 Feb 2020, Revised: 24 Feb 2020

Accepted: 28 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการจัดกิจกรรมต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน ของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

สิทธิชัย สารพัฒน์^{1,*}

บทคัดย่อ

การศึกษาผลการจัดกิจกรรมต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีวัตถุประสงค์คือ (1) เพื่อศึกษาผลของการจัดการด้านความรู้เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าและ (2) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การเตรียม การดำเนินการ และการประเมินผลโดยใช้วงจรคุณภาพ คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมจำนวน 150 คน ครัวเรือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจงตามจำนวนครัวเรือนในตลาดช่องจอม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของ Person (Person correlation coefficient) ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย กำหนดระดับนัยสำคัญระดับ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ระดับสูง ส่วนเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนพบว่าอยู่ในระดับดีมากและโดยภาพรวมประชาชนมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับดีมาก จากการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำและเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนความรู้การจัดการขยะมูลฝอยไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติการจัดการขยะมูลฝอย

คำสำคัญ เจตคติ การจัดการขยะมูลฝอย

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

* Corresponding author: surin2000@gmail.com

Original Article

The Results of Action Research on Knowledge, Attitudes and Behavior on
Waste Management in Chong Chom Market,
Amphur Kap Choeng, Surin Province

Sittichai Saraputn^{1,*}**Abstract**

The purpose of this study was to examine a level of knowledge, attitudes, and behavior on waste management among people living Chong Chom Market, Amphur Kap Choeng, Surin Province. The subjects participating in this study were trader from 150 shops; The study design was Action research. The study was divided into 3 phases: the preparation, operation, and evaluation, by using quality cycle in the Process. Those were Planning Stage (P), Acting Stage (A), Observe Stage (O) and Reflect Stage (R). The instrument used to collect the data was a questionnaire. The descriptive statistical test and Pearson Product Moment Correlation Coefficient were administered to test the hypotheses. The results of this study revealed that the level of knowledge on waste management among people was found at a high level. Also, the subjects expressed a very good level of attitudes and behavior on waste management. There was a positive and low relationship between knowledge and behavior on waste management at a significant level of 0.05. In addition, a positive and moderate level of relationship was found between attitudes and behavior on waste management at a significant level of .01. Finally, there was no relationship between knowledge and attitude toward waste management.

Keyword: Attitudes, Waste Management

¹ Public Health Technical Officer (Professional Level), Surin Provincial Public Health Office

* Corresponding author: E-mail:surin2000@gmail.com

บทนำ

ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในชุมชนเมืองขนาดใหญ่ปัญหาขยะมูลฝอยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการขยายตัวของชุมชนและภาคธุรกิจต่าง ๆ รวมทั้งการส่งเสริมและพัฒนาการท่องเที่ยวในหลายพื้นที่ ปัญหาขยะมูลฝอยและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยมีแนวโน้มจะรุนแรงขึ้นเนื่องจากปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นทุกปีแต่การจัดการขยะมูลฝอยของประเทศยังมีข้อจำกัดในการบริหารและการดำเนินงานอยู่หลายประการ โดยเฉพาะในการจัดตั้งศูนย์จัดการขยะมูลฝอยรวมและมีระบบการจัดการที่ครบวงจรเพื่อการแก้ไขปัญหาในระยะยาวบางแห่ง¹ นอกจากนี้มีปัญหาในเรื่องการบริหารแล้วยังได้รับการต่อต้านจากประชาชนปรากฏการณ์ขยะมูลฝอยล้นเมืองเป็นผลจากการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจบริโภคนิยมสะท้อนปัญหาการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกทำให้ชุมชนปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตจากเดิมที่เคยบริโภคอาหารที่หาได้ตามธรรมชาติพืชผักผลไม้เริ่มที่จะถูกแปรรูปเปลี่ยนไปเป็นอาหารที่บรรจุกระป๋อง จากพฤติกรรมที่เคยปรุงอาหารเองก็เปลี่ยนไปหาซื้ออาหารสำเร็จรูปที่ต้องมีการบรรจุหีบห่อใส่ถุงพลาสติกและนำมาบริโภคอย่างสะดวกสบาย นอกจากนี้ ยังเปลี่ยนวิธีการผลิตพืชอาหารจากการใช้ปุ๋ยธรรมชาติมาใช้สารเคมีเพื่อกำจัดศัตรูพืชทำให้มีเศษวัสดุหรือสิ่งที่เป็นพิษหลงเหลือปะปนอยู่กับสภาพแวดล้อมและธรรมชาติสิ่งเหล่านี้เป็นขยะมูลฝอยที่จะทำให้เกิดมลพิษต่อชุมชน อาทิ การนำขยะมูลฝอยไปทิ้งริมแม่น้ำ ลำคลองหรือที่สาธารณะการเผาเศษใบไม้ทำให้เกิดปัญหาหมอกควันการขุดหลุมฝังกลบอย่างไม่ถูกวิธีทำให้เกิดการปนเปื้อน ลงสู่แม่น้ำส่งกลิ่นเหม็นเป็นที่เพาะพันธุ์ของเชื้อโรครวมถึง

ปัญหาการทิ้งขยะมูลฝอยจนกลายเป็นกรณีพิพาทระหว่างครัวเรือนและชุมชนปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของชุมชนและลุ่มน้ำ ปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนจึงนับวันทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นหากประชาชนแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยเพียงที่ปลายเหตุ

จังหวัดสุรินทร์มีปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนอยู่ในระดับที่ 9 ของประเทศ นอกจากนั้นปัญหาขยะมูลฝอยในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา บริเวณช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เป็นปัญหาที่ต้องใส่ใจเนื่องจากการค้าการลงทุนชายแดน จากการรับซื้อตกลองเขตการค้าอาเซียน ในปี 2560 งานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ จึงได้ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนจากการเปิดตลาดการค้าชายแดนไทย-กัมพูชา (ช่องจอม) ตำบลด่านอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนที่อาศัยอยู่ใน บ้านด่าน ตำบลด่าน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ในปี 2560 ครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 212 ครัวเรือน (ทั้งหมด 443 ครัวเรือน) คิดเป็นร้อยละ 47.86 โดยมีผลการศึกษา พบว่า การเปิดตลาดการค้าชายแดนไทย - กัมพูชา (ช่องจอม) จะส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลายและสูญเสียทัศนียภาพของภูมิประเทศที่สวยงาม ร้อยละ 55.20 มีปัญหาน้ำเสียและสิ่งปฏิกูลที่ไหลลงแหล่งน้ำธรรมชาติที่ประชาชนชาวบ้านด่านใช้ และปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยที่ยังไม่ดีพอของตลาดการค้า และจากการตรวจสอบสภาพของตลาดการค้าชายแดนไทย-กัมพูชา (ช่องจอม) ยังพบว่า การบริหารจัดการตลาดการค้าช่องจอม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารตลาดโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์ (อบจ.) ให้เอกชนเช่า และการบริหารโดยองค์การบริหารส่วนตำบลด่าน อำเภอกาบเชิง สภาพตลาดมีความแออัด ไม่เป็น

ระเปียบ ก่อให้เกิดปัญหาน้ำเสีย ซึ่งอาจเกิดจากสิ่งปฏิกูล การชักล้าง เสื้อผ้ามือสอง เป็นต้น ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย พบว่า ตลาดในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์ รับผิดชอบ มีโรงคัดแยก – ขยะมูลฝอย และเตาเผาขยะมูลฝอย แต่ยังคงพบปัญหาในการจัดการขยะมูลฝอยที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ทำให้มีขยะมูลฝอยกองอยู่เป็นจำนวนมาก และเมื่อมีลมก็จะปลิวกระจัดกระจายไปพื้นที่ต่าง ๆ ส่วนการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลรับผิดชอบ ใช้วิธีจ้างเหมาเอกชนนำไปกำจัดโดยการฝังกลบและทิ้งในที่รกร้าง ก่อให้เกิดปัญหามลพิษ มีการร้องเรียนจากประชาชนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขปัญหามลพิษ สรุปลผลการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนจากการเปิดตลาดการค้าข้างต้น พบว่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ความร้ายแรงของผลกระทบนั้นยังไม่สามารถระบุได้ จึงเห็นควรที่จะมีการศึกษา และเฝ้าระวังผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น ในด้าน การประเมินผลกระทบด้านชีวภาพ และสารเคมี จากน้ำดื่ม น้ำใช้ อากาศ และ ดิน การศึกษาการเกิดโรคติดต่อระหว่างชายแดนไทย – กัมพูชา เพื่อวางแผนในการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดน²

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น จังหวัดสุรินทร์ จึงต้องการแก้ปัญหาขยะมูลฝอยในตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ให้ถูกวิธี โดยอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วนในการดำเนินการเช่นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการค้าและประชาชนในพื้นที่ โดยองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นเจ้าภาพหลักเพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองนโยบายรัฐบาลที่

ได้กำหนดเรื่องขยะมูลฝอยเป็นวาระแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนองค์การบริหารส่วนตำบลในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ และพัฒนาท้องถิ่นในเรื่องการพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนร่วมกัน โดยเฉพาะการพัฒนาบทบาทแกนนำในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ร่วมมือกันวางแผนแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนได้อย่างยั่งยืน ผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม จึงมีบทบาทความสำคัญในการจัดการเรื่องขยะมูลฝอยเนื่องจากเป็นผู้เกี่ยวข้อง กับปัญหาขยะมูลฝอยโดยตรง การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการพัฒนาศักยภาพ ผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม ในการจัดการเรื่องขยะมูลฝอย และมีการประเมินผลการพัฒนาดังกล่าว ว่ามีประสิทธิภาพในการดำเนินการพัฒนาเป็นอย่างไร และทำให้ตลาดการค้าช่องจอมสามารถจัดการปัญหาขยะมูลฝอยได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมอำเภอกาบเชิงจังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมอำเภอกาบเชิงจังหวัดสุรินทร์
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย

2. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย

3. เจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย

4. ภายหลังการจัดกิจกรรมตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์มีระดับความรู้เพิ่มมากขึ้นและมีการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 792 คน ประชากรกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 150 คน งานวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาระดับความรู้เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ในการจัดการขยะมูลฝอย ได้แก่ ด้านการลดการเกิดขยะมูลฝอยด้านการนำกลับมาใช้ใหม่และด้านการคัดแยกขยะมูลฝอย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart (1991 : 11-12) โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) โดยดำเนินดังต่อไปนี้

1.1 การประชุมจัดการวางแผน สรรวจพื้นที่ ดำเนินการเก็บข้อมูลที่จำเป็นและจัดตั้งทีมคณะทำงาน

1.2 ประชุมวางแผนร่วมกับ อปท.ด้านเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิงและตัวแทนกลุ่มผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมและไต่ถามงานโครงการเพื่อแก้ปัญหาขยะมูลฝอยในตลาดช่องจอม

2. ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) นำแผนงานโครงการที่ได้มาดำเนินงานจัดการอบรมและนำไปสู่การปรับปรุงการจัดการขยะที่ถูกวิธีและกำหนดกิจกรรมทำความสะอาดตลาดช่องจอม

3. ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) คณะกรรมการตลาดช่องจอม ร่วมกับคณะกรรมการออกติดตามประเมินผลการดำเนินงานจัดการขยะมูลฝอยและสรุปผลการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงาน

4. ขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) นำปัญหาที่ได้จากขั้นตอนการสังเกตการณ์ มาประชุมและวางแผนในการแก้ปัญหาในวงรอบต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำเนินการและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตลอดจนกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีทั้งลักษณะแบบปลายปิด (Close-ended question) และปลายเปิด (Open-ended question) ซึ่งโครงสร้างแบบสอบถามมี 5 ตอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นการสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานะของผู้ตอบแบบสอบถาม เพศของหัวหน้าครัวเรือน อายุของหัวหน้าครัวเรือน ระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือน อาชีพของหัวหน้าครัวเรือน รายได้ในครัวเรือน/เดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ประเภทที่อยู่อาศัย ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดจาก 4 ตัวเลือก การให้คะแนนหากตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติในการจัดการขยะมูลฝอย ตามมาตราวัดของ Likert ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ โดยแบ่งระดับการวัดออกเป็นระดับ 3 ระดับ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตราและการดำเนินการด้านการจัดการขยะมูลฝอยในเขตตำบลบ้านด่านเสนอแนะ ได้แก่ ด้านการลดการเกิดขยะมูลฝอยด้านการนำกลับมาใช้ใหม่ ด้านการคัดแยกขยะมูลฝอยและข้อเสนอแนะอื่นๆเป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีในเรื่องความรู้เจตคติและพฤติกรรม จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยกำหนดนิยามศัพท์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เจตคติและพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและครอบคลุม

ตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาจากนั้น นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง และตรงตามประเด็นที่ศึกษาความสอดคล้องของข้อคำถามกับกรอบแนวคิดในการวิจัยแล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ

3. การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือโดยนาแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

4. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดสอบ (Try out) กับครัวเรือนในตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

5. แบบสอบถามที่ผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือแล้วจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพและไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ที่ถูกวิจัยโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่วิจัย แนะนำตัว ชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการสอบถามความสมัครใจ โดยมีการลงลายมือไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดช่องจอม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย จะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น โดยจะนำเสนอผลการศึกษาทางวิชาการในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

1. สถิติการหาคุณภาพเครื่องมือ สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbrach, Alpha Coefficient) และ Kuder – Richarson Formula 20 : KR20

2. สถิติวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ศึกษาใช้การประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อการวิจัย ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ บรรยายลักษณะข้อมูล สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่ ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย เจตคติในการจัดการขยะมูลฝอย และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย โดยการใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 150 ราย พบว่า สถานะของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเจ้าของผู้ประกอบการ (ร้อยละ 60.00) โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00) มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 40.00) และมีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 30.67) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด (ร้อยละ 69.33) และมีรายได้มากกว่า 15,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 56.67) รองลงมาคือ 10,000-15,000 บาท (ร้อยละ 36.67) จำนวนสมาชิกประกอบกิจการส่วนมากมี 2-3 คน (ร้อยละ 46.67) รองลงมาคือ สมาชิก 4-5 คน (ร้อยละ 36.67) ส่วนประเภทที่อยู่อาศัยโดยส่วนมากจะเป็นห้องแถว (ร้อยละ 66.67) รองลงมาคือ อาคารพาณิชย์ (ร้อยละ 24)

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

ผลการวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมก่อนและหลังของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ก่อนการจัดกิจกรรมผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมในระดับปานกลาง (Mean = 6.94 , SD = 0.63) หลังการจัดกิจกรรมผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมในระดับสูง (Mean = 8.98 , SD = 0.88) และเมื่อพิจารณาในรายชื่อหลังการจัดกิจกรรม พบว่า อันดับแรกของข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อ 7 โรคที่เกิดจากขยะมูลฝอยคือโรคอุจจาระร่วง (ร้อยละ 95.33) รองลงมาคือ ข้อ 8 เราควรแยกขยะมูลฝอยเพราะทำให้ง่ายต่อการกำจัดและขยะมูลฝอยบางชนิดยังมีประโยชน์ (ร้อยละ 93.33) ข้อ 6 กระดาษลัง ขวดพลาสติก เศษเหล็กสามารถนำมา

รีไซเคิลได้ (การนำกลับมาใช้ใหม่ โดยมีค่าจำหน่ายได้) (ร้อยละ 92.00) ข้อ 5 ถ่านไฟฉาย กระป๋องยาฆ่าแมลง หลอดไฟคือขยะมูลฝอยอันตรายทั้งหมด (ร้อยละ 90.67) ข้อ 4 ขวดน้ำอัดลม ขวดพลาสติก เศษเหล็กกระป๋อง ถุงพลาสติกเปียกน้ำ ยางรถยนต์เศษกระดาษเปียกน้ำ ขวดน้ำมันพืช เศษผ้าคือ ขยะมูลฝอยแห้งทั้งหมด (ร้อยละ 89.33) ข้อ 3 เศษอาหาร เปลือกผลไม้ ใบไม้สดคือขยะมูลฝอยเปียกทั้งหมด (ร้อยละ 89.33) ข้อ 10 เปลือกถลอก-เศษอาหาร สามารถนำมาทำปุ๋ยหมักได้ (88.00) ข้อ 2 การนำตะกร้าหรือถุงผ้าไปใส่ของ

เมื่อจ่ายตลาดการใช้แก้วน้ำ แทนแก้วพลาสติกที่ใช้แล้วทิ้งและการคัดแยกขยะมูลฝอยที่สามารถขายได้ นำ ไปขายให้กับคนรับซื้อของเก่าคือวิธีการในการช่วยลดปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชน (ร้อยละ 87.33) ข้อ 1 การขุดหลุมฝังในที่ห่างจากแหล่งน้ำ การนำ เศษอาหารไปทำ ปุ๋ยหมักเป็น การกำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะ (ร้อยละ 86.67) และข้อ 9 อันดับแรกก่อนกำจัดขยะมูลฝอย ควรพิจารณาว่าขยะมูลฝอยประเภทใดยังใช้ประโยชน์ได้ แล้วคัดแยกก่อนทิ้ง (ร้อยละ 86.67) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของก่อนและหลังของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

ระดับความรู้	ก่อนจัดกิจกรรม		หลังจัดกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ระดับสูง (8-10 คะแนน)	52	34.67	141	94.00
ระดับความรู้ระดับปานกลาง (4-7 คะแนน)	98	65.33	9	6.00
	(Mean = 6.94, SD = 0.63)		(Mean = 8.98, SD = 0.88)	

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน ก่อนและหลังของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย	คะแนนรายข้อ (n = 150)	
	ก่อนจัดกิจกรรม	หลังจัดกิจกรรม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1 การขุดหลุมฝังในที่ห่างจากแหล่งน้ำ การนำ เศษอาหารไปทำปุ๋ยหมักเป็นการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ	92 (61.33)	130 (86.67)
2 การนำ ตะกร้า หรือถุงผ้าไปใส่ของเมื่อจ่ายตลาดการใช้แก้วน้ำ แทนแก้วพลาสติกที่ใช้แล้วทิ้งและการคัดแยกขยะที่สามารถขายได้ นำ ไปขายให้กับคนรับซื้อของเก่าคือวิธีการในการช่วยลดปริมาณขยะในชุมชน	74 (49.33)	131 (87.33)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย	คะแนนรายข้อ (n = 150)	
	ก่อนจัดกิจกรรม	หลังจัดกิจกรรม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3 เศษอาหาร เปลือกผลไม้ ใบไม้สดคือขยะเปียกทั้งหมด	112 (74.67)	134 (89.33)
4 ขวดน้ำ อัดลม ขวดพลาสติก เศษเหล็กกระป๋อง ถูพลาสติก เปียกน้ำ ยางรถยนต์เศษกระดาษเปียกน้ำ ขวดน้ำ มันทิช เซส ผ้าคือขยะแห้งทั้งหมด	96 (64.00)	134 (89.33)
5 ถ่านไฟฉาย กระป๋องยาฆ่าแมลง หลอดไฟคือขยะอันตราย ทั้งหมด	101 (67.33)	136 (90.67)
6 กระดาษลัง ขวดพลาสติก เศษเหล็กสามารถนำมา รีไซเคิลได้ (การนำกลับมาใช้ใหม่ โดยมีค่าราคาจำหน่ายได้)	95 (63.33)	138 (92.00)
7 โรคที่เกิดจากขยะคือโรคอุจจาระร่วง	115 (76.67)	143 (95.33)
8 เราควรแยกขยะเพราะทำ ให้ง่ายต่อการกำจัดและขยะบางชนิด ยังมีประโยชน์	127 (84.67)	140 (93.33)
9 อันดับแรกก่อนกำจัดขยะ ควรพิจารณาว่าขยะประเภทใดยังใช้ ประโยชน์ได้ แล้วคัดแยกก่อนทิ้ง	117 (78.00)	130 (86.67)
10 เปลือกกล่อง-เศษอาหารสามารถนำ มาทำ ปุ๋ยหมักได้	112 (74.67)	132 (88.00)
	Mean = 6.94, SD = 0.63	Mean = 8.98, SD = 0.88

ตอนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบ เชิง จังหวัดสุรินทร์

ผลการสำรวจเจตคติเกี่ยวกับการจัดการ
ขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม
อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ในด้านการลดขยะ
มูลฝอย พบว่า โดยภาพรวมผู้ประกอบการค้า
ตลาดช่องจอมมีเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูล
ฝอย อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 3.77, SD =
0.20)

ผลการสำรวจเจตคติเกี่ยวกับการจัดการ
ขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม
อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ในด้านการนำ
กลับมาใช้ใหม่ พบว่าโดยภาพรวมผู้ประกอบการ

ค้าตลาดช่องจอมมีเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ
มูลฝอย อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 3.71, S.D. =
0.27) และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า
ผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมมีระดับเจตคติใน
ระดับดีมากทั้ง 3 ประเด็นดังนี้ ประเด็นที่ 1 การ
นำของเหลือใช้กลับมาใช้ใหม่สามารถสร้างรายได้
ให้แก่ครอบครัว (ร้อยละ 3.66) ประเด็นที่ 3 การ
นำเศษขยะมูลฝอยหรือของเหลือใช้ไปขายให้กับ
ผู้รับซื้อของเก่าเป็นเรื่องน่าอาย (ร้อยละ 3.87)
และประเด็นที่ 2 ท่านยินดีที่จะช่วยลดขยะมูลฝอย
เปียกในชุมชนโดยการนำขยะมูลฝอยเปียกไปทำ
ปุ๋ยหมัก (ร้อยละ 3.60)

เจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของ
ผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง

จังหวัดสุรินทร์ จำแนกตามด้านการคัดแยกขยะมูลฝอยพบว่าโดยภาพรวมผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมมีเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 3.78, SD=0.23) และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า ผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมมีระดับเจตคติในระดับดีมากทั้ง 6 ประเด็นดังนี้ ประเด็นที่ 1 การคัดแยกขยะมูลฝอยสร้างความสะดวกในการจัดการขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย (ร้อยละ 3.76) ประเด็นที่ 2 ท่านคิดว่าหากมีโครงการ/ กิจกรรมเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยในชุมชนจะทำให้ปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนลดลง (ร้อยละ 3.73)

ประเด็นที่ 3 ท่านคิดว่าการคัดแยกขยะมูลฝอยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการรักษาสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 3.63) ประเด็นที่ 4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดเตรียมถังขยะมูลฝอยแยกประเภทไว้ในที่สาธารณะเพื่อส่งเสริมให้ผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอมคัดแยกขยะมูลฝอยได้สะดวก (ร้อยละ 3.73) ประเด็นที่ 5 การคัดแยกขยะมูลฝอยเป็นหน้าที่ของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย (ร้อยละ 1.10) และประเด็นที่ 6 การคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนสร้างความอุ่นใจให้กับท่าน (ร้อยละ 1.06) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จำแนกตามรายด้าน

เจตคติในการจัดการขยะมูลฝอย	Mean	SD	แปลความหมายระดับ
1. ด้านการลดการเกิดขยะมูลฝอย	3.82	0.25	ดีมาก
2. ด้านการนำกลับมาใช้ใหม่	3.71	0.27	ดีมาก
3. ด้านการคัดแยกขยะมูลฝอย	3.78	0.23	ดีมาก
รวมทุกด้าน	3.77	0.20	

ตอนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่าพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 2.58, SD = 0.27) โดยมีพฤติกรรมต่อต้านการคัดแยกขยะมูลฝอยมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการลดการเกิดขยะมูลฝอยและด้านการนำกลับมาใช้ใหม่ตามลำดับ

ตารางที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จำแนกตามรายด้าน

พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย	Mean	SD	แปลความหมายระดับ
1. ด้านการลดการเกิดขยะมูลฝอย	2.60	0.29	ดีมาก
2. ด้านการนำกลับมาใช้ใหม่	2.51	0.37	ดีมาก
3. ด้านการคัดแยกขยะมูลฝอย	2.68	0.42	ดีมาก
รวม	2.58	0.27	ดีมาก

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติและ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาด ช่างจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ความรู้การจัดการขยะมูลฝอยไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติการจัดการขยะมูลฝอย ส่วนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยมี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.168

แสดงว่าความสัมพันธ์น้อยและเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.583 ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางเดียวกันในระดับความสัมพันธ์ปานกลาง แสดงดัง ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาด ช่างจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

การจัดการขยะมูลฝอย	ความรู้	เจตคติ	พฤติกรรม
ความรู้	1		
เจตคติ	0.024	1	
พฤติกรรม	0.168*	0.583**	1

* หมายถึง ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

** หมายถึง ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการจัดกิจกรรมต่อความรู้ เจตคติและ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนแก่ผู้ประกอบการค้าตลาดช่างจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีประเด็นในการอภิปราย ดังนี้

1. ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ผู้ประกอบการค้าตลาดช่างจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 94.00) เพราะว่ามีผู้ประกอบการร้านค้ามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีการเสนอแนวคิดประเด็นปัญหามูลฝอยในชุมชนและตลาด ทำให้ประชาชนมีความรู้ ความภาคภูมิใจในตัวเองและทำให้เกิดความมั่นใจใน

ตัวเองมากยิ่งขึ้นซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยศภัทร ยศสูงเนิน และคณะ³ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมาลา พุทธรัน⁴

2. เจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่างจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

จากการศึกษา พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่างจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เพราะว่าผู้ประกอบการร้านค้ามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีการเสนอแนวคิดประเด็นปัญหามูลฝอยในชุมชน ทำให้ประชาชนมีเจตคติที่ดีในการจัดการขยะ

3. พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก เพราะว่าผู้ประกอบการร้านค้าตลาดช่องจอมได้มีส่วนร่วม ในการค้นหาปัญหา ร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหาอันก่อให้เกิดโครงการ นำไปสู่การจัดการมูลฝอยอย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่อย่างยั่งยืน และพบว่าประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัยได้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการเสนอความคิด วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ร่วมกันนำไปสู่การจัดทำแผนงานโครงการซึ่งแสดงออกถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจ ที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทำให้ชุมชนมีความรักความสามัคคี ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดช่องจอมมีความรู้ความเข้าใจในและได้แนวทางในการจัดการมูลฝอยในชุมชนและครัวเรือนของตนเอง มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิยนา เดชะ⁵

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยเพราะว่าการแก้ปัญหา

จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ประกอบการร้านค้ารวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กระบวนการดำเนินงานส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจสถานการณ์และสภาพปัญหา มูลฝอยชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการแก้ไขปัญหา การหาแนวทางในการจัดกิจกรรมโครงการ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการมูลฝอยชุมชนตามความต้องการและพบว่า ศักยภาพของชุมชน ภาคีเครือข่ายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งก่อให้เกิดแผนปฏิบัติการพัฒนาชุมชนสามารถนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชน พร้อมทั้งสร้างศักยภาพของชุมชนและส่งเสริมการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนสอดคล้องกับผลการศึกษาของสอดคล้องกับผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวิทกานต์ สารแสน⁶

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย เพราะว่า ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดช่องจอมมีความตื่นตัวในเรื่องการจัดการมูลฝอยเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะมูลฝอยซึ่งส่วนมากมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องมูลฝอยในระดับดีผู้ประกอบการร้านค้ามีการคัดแยกมูลฝอยที่สามารถขายได้ เป็นการเพิ่มรายได้และลดปริมาณขยะมูลฝอยไปได้ด้วยผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ยนต์สันเทียะ⁷

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง

จังหวัดสุรินทร์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย สอดคล้องกับผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอกนรินทร์ กลิ่นหอม⁸ ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลจันทบุรี อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า เจตคติการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่องผลการจัดกิจกรรมต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์พบว่าผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์มีระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยทั้ง 3 ด้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน แต่ด้านการนำกลับมาใช้ใหม่ มีระดับเจตคติและพฤติกรรมในลำดับสุดท้ายดังนั้นองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด่านควรจะมีการเข้ามาดูแลและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยมากขึ้น ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีข้อเสนอแนะที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายให้มีการส่งเสริมองค์ความรู้ให้กับผู้ประกอบการร้านค้าตลาดช่องจอมในการจัดการขยะมูลฝอยให้กับผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เน้นในด้านการคัดแยกขยะมูลฝอย การนำกลับมาใช้ใหม่ เนื่องจากด้านการนำกลับมาใช้ใหม่เป็นแนวทางในการลดจำนวนขยะมูลฝอย

2. องค์การบริหารตำบลบ้านด่าน ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการร้านค้าตลาดช่องจอมนำปัจจัยสำคัญ 3 ด้านมาใช้ ได้แก่ ด้านการลดขยะมูลฝอย ด้านการนำกลับมาใช้ใหม่และด้านการคัดแยกขยะมูลฝอย

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

หลังจากที่ได้ดำเนินการวิจัยเรื่องความรู้เจตคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการดำเนินวิจัยหลังจากนี้ คือ

1. จากการวิจัยของผู้ศึกษาในการลงพื้นที่ตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ควรศึกษาข้อมูลที่เป็นปัญหาโดยการลงพื้นที่จริงก่อนเริ่มทำการวิจัย เพื่อที่จะสามารถรู้ถึงปัญหาที่แท้จริงโดยตรงในตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ที่จะดำเนินการวิจัย โดยศึกษาเกี่ยวกับ“การประเมินกระบวนการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการค้าตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์”

2. จากการวิจัยของผู้ศึกษาในการลงพื้นที่ตลาดช่องจอม อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดจากการผลิตและจำหน่ายสินค้าในพื้นที่ตลาดช่องจอม เนื่องจากเป็นแหล่งสร้างขยะมูลฝอยอีกแหล่งหนึ่งนอกจากขยะมูลฝอยที่เกิดจากครัวเรือน ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉรวรรณ มุสิกะสันติ. นโยบายรัฐบาลกับการจัดการระบบบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ; 2557.
Retrieved September 29, 2018, from <http://contentcenter.prd.go.th/>.

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. ปัญหาขยะมูลฝอยในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา บริเวณช่องจอมกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.สุรินทร์:รุ่งธนเกียรติออฟเซต; 2560.
3. ยศภัทร ยศสูงเนิน, วรรณภา รัตนวงศ์ และนางนุช จันทร์ดาอ่อน. รายงานวิจัย การศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนเทศบาลตำบลโคกกรวด. นครราชสีมา:คณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา.นครราชสีมา: สำนักพิมพ์วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 2 ปี 2558; 2558.
4. วิมาลา พุทธรวัน. ผลการประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแนวคิดธนาคารขยะมูลฝอยรีไซเคิลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยของประชาชน ในชุมชนบ้านไต้สระแก้ว เทศบาลเมืองยโสธร อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
5. นัยนา เดชะ. การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยของประชาชนในตำบลเลม็ด อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อมมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
6. วิทกานต์ สารแสน. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยชุมชน บ้านหวาย ตำบลนาสีนวนอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
7. วิทยา ยนต์สันเทียะ. รูปแบบและวิธีการจัดการขยะที่เหมาะสมกับพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบุญนา อำเภอนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานก่อสร้างและสาธารณูปโภค มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2557.
8. เอกนรินทร์ กลิ่นหอม. ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตาบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์สิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2558.

Received: 8 Dec 2019, Revised: 9 Jan 2020

Accepted: 20 Feb 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยหมู่บ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

อิสระ กุลยะณี^{1*} วรพจน์ พรหมสัตยพรต² กฤษณ์ ขุนลิก³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ 30 คน และ กลุ่มวัดผลลัพธ์ 66 คน ประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการจัดการกับปัญหาขยะมูลฝอย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึก แบบสอบถาม สัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลภาคสนามจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย 2) การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย 3) การแสวงหาฉันทามติร่วมกันต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย 4) การขับเคลื่อนข้อเสนอสู่การปฏิบัติ 5) การติดตามและประเมินผล ผลจากกระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดการคัดแยกขยะมูลฝอยจากครัวเรือน ส่งผลให้ปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนบ้านจำปา ลดลง เฉลี่ย 1,058.48 กิโลกรัมต่อเดือน ทำให้ไม่พบปัญหาขยะล้นถัง ไม่พบปัญหาขยะกระจัดกระจาย ไม่พบปัญหาขยะในถังขยะส่งกลิ่นเหม็นรบกวน การเผาทำลายขยะลดน้อยลง และพบว่า ประชากรกลุ่มวัดผลลัพธ์ มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับมาก โดยสรุป ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของชุมชนทำให้ได้รูปแบบการจัดการขยะที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ทำให้การจัดการขยะมูลฝอยดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปริมาณขยะมูลฝอยลดลง และประชาชนมีความพึงพอใจในระดับมากต่อรูปแบบกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ การจัดการขยะมูลฝอย สมัชชาสุขภาพ ขยะมูลฝอย

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

*Corresponding author: k.520408056@gmail.com

*Original Article***The Model of Wastes Management in Jumpa Village, Bongneu Sub-district, Sawangdandin district, Sakon Nakhon Province**Issara Kulyanee^{1,*}, Vorapoj Promasatayaprot², Kris Khunluek³**Abstract**

The research was a participatory action research. The purpose of study was to set model of health assembly for wastes management in Jumpa Village, Bongneu Subdistrict, Sawangdandin district, Sakon Nakhon Province. The application of Assembly health process as a tool in public policy process development for wastes management. The sample group was divided into 2 groups. The first sample group was local people of 30 people and leader to health Assembly of 66 people. Data were collected record form, through questionnaire, Indepth Interview and participant observation and use of descriptive statistics to measure the frequency, percentage, mean, and standard deviation. Results showed that by The Model of Health Assembly for Wastes Management in Jumpa Village, Bongneu Sub-district, Sawangdandin district, SakonNakhon Province consisted of 5 phases 1) Process of formulation and Policy Development 2) Development of policy 3) Mutual Recognition Arrangement to policy 4) policy implementation 5) Monitoring & Evaluation. The research findings: is causing people to know how to categorize garbage, average reduction garbage 1058.48 kilograms per month, cannot see overflowing garbage bins, cannot smell of garbage, stop burning garbage. And people were pleased with the establishment of wastes management in Jumpa Village, Bongneu Sub-district, Sawangdandin district, Sakon Nakhon ProvinceIn conclusion, The Model of Health Assembly for Wastes Management is best practice in context waste management efficiency and people were pleased with the satisfied higher to The Model of Health Assembly for Wastes Management.

Keywords: Wastes Management, Health Assembly, Wastes¹ Graduation student, Master degree of Public Health, Mahasarakham University² Association Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Kalasin University

* Corresponding author: k.520408056@gmail.com

บทนำ

ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลกที่หลายประเทศกำลังประสบปัญหาส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ สืบเนื่องมาจากการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจแบบก้าวกระโดดและการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรอย่างรวดเร็วส่งผลทำให้เกิดขยะมูลฝอยในปริมาณที่มากขึ้นและไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ ก่อให้เกิดปัญหาขยะล้นเมืองและส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามมา¹ ในปี 2559 ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 74,073 ตัน หรือ 27.04 ล้านตันต่อปี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2558 ประมาณ 190,000 ตัน ส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง 9.59 ล้านตัน กำจัดไม่ถูกต้อง 11.69 ล้านตัน ตกค้างในพื้นที่ 10.13 ล้านตัน และนำกลับไปใช้ประโยชน์ 5.76 ล้านตัน โดยปัจจุบันคนไทย 1 คน สร้างขยะมูลฝอยโดยเฉลี่ยคือ 1.14 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน² ในหนึ่งปีประเทศไทยพบขยะมูลฝอยที่เป็นพลาสติกจำนวน 2,000,000 ตันต่อปี เป็นกล่องโฟมจำนวน 700,000 ตันต่อปี ขยะอันตรายจากชุมชนจำนวน 576,316 ตันต่อปีและพบเป็นเศษอาหาร เหลือทิ้งจำนวน 16,640,000 ตันต่อปี³ ถึงแม้ว่าจะมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในเรื่องของการจัดการขยะมูลฝอยแต่ปัจจุบันปัญหาขยะมูลฝอยมิได้หมดไปแล้วยังมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น

ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ที่มีปริมาณขยะมูลฝอยตกค้างในพื้นที่เป็นจำนวนมาก พบปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นเฉลี่ย 5-6 ตัน/วัน สามารถรวบรวมและขนย้ายได้ 4.5-5 ตัน/วัน ซึ่งใน 1 วัน จะทำการเก็บรวบรวมและขนย้ายขยะมูลฝอยไปกำจัดได้ 2-3 หมู่บ้าน/วัน และใน 1 สัปดาห์จะมีการขนย้ายขยะมูลฝอยไปกำจัดหมู่บ้านละ 1 ครั้ง จึงทำให้เกิดข้อร้องเรียนเรื่องขยะล้นถัง ขยะส่งกลิ่นเหม็น ปัญหา

ควันไฟและกลิ่นจากการเผาขยะมูลฝอย ซึ่งส่งผลทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน⁴ จากการสำรวจปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชนบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนครที่เกิดขึ้นใน 1 ถึงต่อสัปดาห์ พบว่า ซึ่งมีน้ำหนักเฉลี่ย 23 กิโลกรัม สามารถจำแนกขยะได้เป็น 4 ประเภท พบว่าเป็นขยะมีน้ำหนักเฉลี่ยดังนี้ ขยะย่อยสลายได้ 13.7 กิโลกรัม ขยะรีไซเคิล 5.9 กิโลกรัม ขยะทั่วไป 3.2 กิโลกรัม และ ขยะอันตราย 0.2 กิโลกรัม หรือคิดเป็นร้อยละ 59, 26, 14, และร้อยละ 1 ตามลำดับ จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าปัญหาที่พบคือปัญหาขยะล้นถังซึ่งสาเหตุมาจากประชาชนขาดความรู้ ขาดความตระหนักถึงปัญหา ขาดจิตสำนึกต่อส่วนรวม ไม่มีรูปแบบในการจัดการขยะที่มีประสิทธิภาพ และที่สำคัญพบว่าในประชาชนในชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการคิดที่จะจัดการปัญหาขยะมูลฝอยร่วมกันอาจทำให้ปัญหาขยะมูลฝอยทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต

จากปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นในชุมชนและพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขร่วมกันโดยคนในชุมชน ซึ่งได้ผลักดันให้การจัดการขยะมูลฝอยเป็นวาระสำคัญในการกำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาขยะมูลฝอย โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ P-A-O-R เพื่อที่จะให้ได้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีความยั่งยืนตลอดทั้งปัจจุบันและในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการที่บ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิสและแมกแทกการ์ด Kemmis and McTaggart (1990)⁵ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (P-A-O-R) ร่วมกับกระบวนการดำเนินงานตามหลักสมัชชาสุขภาพในการดำเนินงานมี 4 ขั้นตอนหลักสำคัญ คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ 30 คน 3 ภาคส่วน ประกอบด้วย ภาคการเมือง 7 คน ภาควิชาการ 8 คน และภาคประชาชน 15 คน และ กลุ่มวัดผลลัพธ์ 66 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive-Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ (1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจ และ แบบสำรวจผลการดำเนินงาน และ (2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกกิจกรรม แบบบันทึกภาคสนาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม

คุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ในการทำวิจัยตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ได้นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำและ

ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of congruence) และทดลองใช้ (Try Out) ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือ ตำบลค้อใต้ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's-coefficient) และคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.85

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้คือ ระยะที่ 1 ขั้นการเตรียมการวิจัย ระยะที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินงานตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด Kemmis and McTaggart⁵ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (P-A-O-R) ร่วมกับกระบวนการดำเนินงานตามหลักสมัชชาสุขภาพ โดยมีรายละเอียดในการดำเนินงานดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน เป็นกระบวนการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนโดยอาศัยข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลจากผู้วิจัยได้รวบรวมมาจากรฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาถ่อน และองค์การบริหารส่วนตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร มาใช้เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์

กิจกรรมที่ 2 ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยของชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาชน และข้อเท็จจริงที่ได้จากชุมชน มาเป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์

กิจกรรมที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

ของทั้ง 3 ภาคส่วนเป็นหลักและทำการแต่งตั้งเป็น คณะกรรมการซึ่งเป็นกลุ่มขับเคลื่อนนโยบายใน ครั้งนี้ ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาค ประชาชน ในการพัฒนานโยบายสาธารณะใน ประเด็นการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัด สกลนคร เพื่อระดมความคิด ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางต่าง ๆ ในการจัดการ และแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในกิจกรรมที่ ผ่านมาไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการกำหนด ทิศทาง กิจกรรม เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการ จัดการขยะมูลฝอยในชุมชนและเพื่อจัดทำเป็น แผนปฏิบัติการต่อไป

กิจกรรมที่ 4 จัดทำแผนการดำเนินงานตาม มติที่ประชุม เป็นกิจกรรมหรือโครงการที่ผู้วิจัย และผู้มีส่วนได้เสียทั้ง 3 ภาคส่วน ได้มีส่วนร่วมใน การจัดทำแผนการดำเนินงานให้เป็นไปตามมติ ของที่ประชุมกำหนด เพื่อนำไปสู่ขั้นลงมือปฏิบัติ ต่อไป

2. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานสมัชชา สุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยตามมติที่ประชุม เป็นกิจกรรมที่ประชาชนบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ต้องปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานหรือโครงการที่กำหนดขึ้น

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 นิเทศติดตามผลการ ดำเนินงานและความก้าวหน้าแบบมีส่วนร่วมเป็น กิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยจะลงพื้นที่สังเกตการณ์ และติดตามเยี่ยมการดำเนินงานตามแผนเมื่อ ผู้รับผิดชอบกิจกรรมหรือโครงการ มีปัญหา อุปสรรคใด ๆ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ก็ต้องคอยให้ คำปรึกษาและช่วยเหลือเพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ นั้น ดำเนินไปได้ด้วยดี

กิจกรรมที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบ สัมภาษณ์เชิงลึกและข้อมูลภาคสนามจากการ สังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นต้องผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไป วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

กิจกรรมที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน และสรุปผลการดำเนินงานพร้อมทั้งวิเคราะห์ ข้อมูล เป็นกิจกรรมประเมินผลการดำเนินงาน ก่อนดำเนินกิจกรรมระหว่างดำเนินกิจกรรม และ หลังดำเนินกิจกรรมในด้านต่างๆ เช่น รูปแบบ กิจกรรมที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และ ความพึงพอใจ เป็นต้น

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ ถอดบทเรียน และคืนข้อมูลแก่ชุมชน เป็นการการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถอดบทเรียน โดยใช้ กระบวนการสนทนากลุ่มของกลุ่มขับเคลื่อนทั้ง 3 ภาคส่วน ในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินรายการ พยายามให้กลุ่ม สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ได้ดำเนินงาน รวมทั้งพูดถึงปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข เพื่อการพัฒนาต่อไปด้วย จากนั้นทำการสรุป เพื่อ ทบทวนกิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงาน ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด กระบวนการ ผลการดำเนินงาน ทั้งที่ประสบ ความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ หรือได้ ดำเนินการตามแผนและไม่ได้ดำเนินการตามแผน ที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่าง ดำเนินการ ความร่วมมือที่ได้รับ และความ ภาคภูมิใจ หลังจากนั้นให้ทุกคนร่วมกันวิเคราะห์ บัญญัติแห่งความสำเร็จและหากจะพัฒนาต่อก็นำ ประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคไว้ เพื่อนำเข้าสู่ระยะ การวางแผนเพื่อพัฒนาในรอบต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ออกหนังสือใบรับรองอนุมัติ เลขที่ PH 013/2561 ลงวันที่ 16 มกราคม 2561

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนมกราคม 2561 ถึง เดือนพฤษภาคม 2561

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายกลุ่มคณะกรรมการดำเนินการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพพบว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มคณะกรรมการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 30) สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส (ร้อยละ 63.33) ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับ ปริญญาตรี (ร้อยละ 47.52) อาชีพส่วนใหญ่ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ (ร้อยละ 63.33) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 100) ด้านการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยส่วนใหญ่เคย (ร้อยละ 63.33) ด้านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสมัชชาสุขภาพส่วนใหญ่ไม่เคย (ร้อยละ 70.00) และ ด้านส่วนร่วมกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ เช่น สมัชชาสุขภาพหรือธรรมนูญสุขภาพส่วนใหญ่ไม่เคย (ร้อยละ 80) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชาชนกลุ่มวัดผลลัพท์ บ้านจำปา ตำบลบง

เหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งหมด 66 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 34 คน (ร้อยละ 51.52) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 50 – 59 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 30.30) สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส จำนวน 44 คน (ร้อยละ 66.67) ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 43 คน (ร้อยละ 65.15) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร จำนวน 31 คน (ร้อยละ 46.97) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 49 คน (ร้อยละ 74.24) ด้านการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรม จำนวน 51 คน (ร้อยละ 77.27) ด้านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสมัชชาสุขภาพส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 62 คน (ร้อยละ 93.94) และ ด้านส่วนร่วมกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ เช่น สมัชชาสุขภาพหรือธรรมนูญสุขภาพส่วนใหญ่ไม่เคย จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 98.48)

รูปแบบการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยมีการจัดตั้งคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยบ้านจำปา เป็นรูปแบบการจัดตั้งแบบไม่เป็นทางการ เป็นการรวมตัวเป็นทีมทำงานแบบหลวมๆ เพื่อมาทำงานร่วมกันโดยไม่มีคำสั่งแต่งตั้ง ซึ่งเป็นสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น องค์ประกอบของคณะทำงานเป็นแบบพหุภาคี ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง 7 คน ภาควิชาการ 8 คน และภาคประชาชน 15 คน รวมเป็น 30 คน และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวน วิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหา จัดทำแผนงานแก้ไขปัญหายขยะมูลฝอยและพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยร่วมกัน ซึ่งก่อนการดำเนินการวิจัยรูปแบบการกำจัดขยะมูลฝอยในชุมชนมีอยู่ด้วยกัน 3 วิธี ดังนี้ 1.ทิ้งในที่

สาธารณะประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 63) 2.เผา กลางแจ้ง (ร้อยละ 27) และ 3.การฝัง (ร้อยละ 9) ซึ่งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพทั้ง 3 ภาคส่วน ได้มีมติกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหามลพิษในชุมชนบ้านจำปา 4 กิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยเป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะให้แก่ประชาชน โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ เรื่องประเภทของขยะ การคัดแยกขยะ รีไซเคิล การกำจัดขยะมูลฝอยอย่างเหมาะสม พบว่า ผู้ที่ผ่านการอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ มีทัศนคติ และมีพฤติกรรม การจัดการขยะที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และบ้านที่เข้าร่วมโครงการมีการคัดแยกประเภทขยะและกำจัดขยะมูลฝอยได้อย่างเหมาะสม เช่นไม่ทิ้งเศษอาหารลงในถังขยะ นำเศษอาหารไปเป็นอาหารสัตว์ และการทำปุ๋ยหมักจากพืชแทนการเผาทำลาย เป็นต้น

2. กิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอย เป็นให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยผ่านหอกระจายข่าวของชุมชนในช่วงเช้าโดยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการสมัชชาหมู่บ้าน และ อสม. สลับสับเปลี่ยนกันประชาสัมพันธ์ตลอดระยะเวลา 4 เดือน ในประเด็นการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อชักชวนให้คนในชุมชนร่วมกันคัดแยกขยะมูลฝอยก่อนทิ้ง และชวนเข้าร่วมโครงการธนาคารขยะชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชน

3. กิจกรรมจัดตั้งธนาคารขยะรีไซเคิล เป็นการดำเนินงานโดย อสม.ร่วมกับคณะกรรมการธนาคารขยะที่จัดตั้งขึ้น เป็นพี่เลี้ยงของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อคัดแยกขยะ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้การคัดแยกขยะที่ถูกต้อง การสร้างรายได้และสวัสดิการเสริมให้แก่ครัวเรือนจากการคัดแยกขยะมาขายเข้าสู่

ระบบธนาคารขยะชุมชน และประสานร้านรับซื้อขยะรีไซเคิลให้มาเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำในการซื้อขาย

4. กิจกรรมเพิ่มจุดวางถังขยะในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพื้นที่รองรับขยะในชุมชนไม่ให้ขยะล้นถัง สำหรับผู้ที่ต้องการถังขยะเพิ่มต้องไปยื่นคำร้องขอได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลบงเหนือ เท่านั้นผลการดำเนินงานพบว่า ไม่มีผู้ไปขอรับถังขยะเพิ่มเติมเนื่องจากไม่มีปัญหาขยะล้นถังเหมือนในอดีต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยบ้านจำปา พบว่า ประชากรกลุ่มวัดผลในพื้นที่ของการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน มีการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน 50 ครัวเรือน (ร้อยละ 75.76) มีการคัดแยกขยะเปียกและขยะแห้ง 44 ครัวเรือน (ร้อยละ 66.67) มีการคัดแยกขยะทั่วไปออกจากขยะอื่นๆ 58 ครัวเรือน (ร้อยละ 87.88) มีการคัดแยกขยะรีไซเคิลออกจากขยะอื่นๆ 46 ครัวเรือน (ร้อยละ 69.70) มีการคัดแยกขยะอินทรีย์ ออกจากขยะอื่นๆ 56 ครัวเรือน (ร้อยละ 84.85) มีการคัดแยกขยะอันตรายออกจากขยะอื่นๆ 11 ครัวเรือน (ร้อยละ 16.67) ด้านวิธีการจัดการขยะที่พบ มีการกองรวมไว้ในพื้นที่ว่าง 16 ครัวเรือน (ร้อยละ 24.24) จัดการขยะด้วยวิธีเผา 12 ครัวเรือน (ร้อยละ 18.18) จัดการขยะด้วยวิธีฝังกลบ 36 ครัวเรือน (ร้อยละ 54.55) จัดการขยะด้วยวิธีทำปุ๋ยหมัก 17 ครัวเรือน (ร้อยละ 25.76) จัดการขยะด้วยวิธีขายเข้าธนาคารขยะ 42 ครัวเรือน (ร้อยละ 63.64) จัดการขยะด้วยวิธีทิ้งลงถังขยะ 66 ครัวเรือน (ร้อยละ 100) ด้านการลดปริมาณการเกิดขยะ ด้วยวิธีReuse (การใช้ซ้ำ) 48 ครัวเรือน (ร้อยละ 72.73) ด้วยวิธี Reduce (การลดการใช้) 48 ครัวเรือน (ร้อยละ 33.33) และ วิธี Recycle (การนำกลับมาใช้ใหม่) 27 ครัวเรือน (ร้อยละ 40.91) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของผลการดำเนินงานการจัดการขยะมูลฝอยในระดับครัวเรือน บ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร (n=66)

รายการสำรวจ	จำนวนครัวเรือน	ร้อยละ
การคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน		
1. มีการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน	50	75.76
2. มีการคัดแยกขยะเปียกและขยะแห้ง	44	66.67
3. มีการคัดแยกขยะทั่วไปออกจากขยะอื่น ๆ	58	87.88
4. มีการคัดแยกขยะรีไซเคิลออกจากขยะอื่น ๆ	46	69.70
5. มีการคัดแยกขยะอินทรีย์ ออกจากขยะอื่น ๆ	56	84.85
6. มีการคัดแยกขยะอันตรายออกจากขยะอื่น ๆ	11	16.67
วิธีการกำจัดขยะมูลฝอยที่พบ		
7. กองรวมไว้ในพื้นที่ว่าง	16	24.24
8. เผา	12	18.18
9. ฝังกลบ	36	54.55
10. ทำปุ๋ยหมัก	17	25.76
11. ขายเข้าธนาคารขยะ	42	63.64
12. ทิ้งถังขยะ	66	100.00
การลดปริมาณการเกิดขยะ		
13. Reuse (การใช้ซ้ำ)	48	72.73
14. Reduce (การลดการใช้)	22	33.33
15. Recycle (การนำกลับมาใช้ใหม่)	27	40.91

มีผู้สนใจสมัครเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสมาชิกธนาคารขยะรีไซเคิล 69 ครัวเรือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน มีสมาชิกขายขยะรีไซเคิลอย่างต่อเนื่องจำนวน 53 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 76.81 สามารถแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยและลดปริมาณขยะมูลฝอยที่ทิ้งได้ในเดือนที่ 1 ถึงเดือนที่ 3 ตามลำดับดังนี้ 849.50 กิโลกรัม, 1080.05 กิโลกรัม และ 1245.90 กิโลกรัม รวม 3175.45 กิโลกรัม เฉลี่ยสามารถกำจัดขยะได้เดือนละ 1058.48 กิโลกรัมต่อเดือน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปริมาณขยะมูลฝอยที่ชุมชนสามารถได้จำแนกเป็นรายเดือน หลังการดำเนินงานในการจัดการขยะมูลฝอยบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร (n=66)

รายการขยะมูลฝอย	ปริมาณขยะมูลฝอย (กิโลกรัม)				
	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	น้ำหนักรวม	น้ำหนักเฉลี่ย
แก้ว	611.30	769.30	612.40	1,993.00	664.33
กระดาษ	61.50	52.10	204.40	318.00	106.00
พลาสติก	127.75	135.20	144.30	407.25	135.75
โลหะ/อโลหะ	48.50	123.90	285.80	458.20	152.73

รายการขยะมูลฝอย	ปริมาณขยะมูลฝอย (กิโลกรัม)				
	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	น้ำหนักรวม	น้ำหนักเฉลี่ย
รวม	849.05	1,080.50	1,246.90	3,176.45	1,058.82

มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เป็นกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย (2.73) และจำนวน 12 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 ข้อ โดยเรียงลำดับจากความพึงพอใจสูงสุดไปหาต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้ดังนี้ ความเหมาะสมของสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินงาน (2.77) รองลงมา

จำนวนถึงขยะเพียงพอต่อความต้องการ, ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย, ปริมาณขยะมูลฝอยลดลง (2.71) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ ต่อการดำเนินงานในการจัดการขยะมูลฝอย บ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร (n=66)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านทรัพยากร (Input)			
1.ความเหมาะสมของงบประมาณ	2.06	0.63	ปานกลาง
2.จำนวนถึงขยะเพียงพอต่อความต้องการ	2.71	0.46	มาก
3.จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการร่วมกันแก้ไขปัญหา	2.35	0.75	มาก
4.ปริมาณวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน	2.59	0.61	มาก
5.ความเหมาะสมของสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินงาน	2.77	0.42	มาก
กระบวนการดำเนินงาน (Process)			
6.ความเหมาะสมของระยะเวลาดำเนินงาน	1.88	0.67	ปานกลาง
7.การดำเนินงานของคณะกรรมการในการจัดการขยะ	2.58	0.50	มาก
8.กิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย	2.73	0.45	มาก
9.การให้ความรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการขยะ	2.65	0.48	มาก
ผลการดำเนินงาน (Out put)			
10.ความมีส่วนร่วมระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่ใน	2.61	0.49	มาก
11.มีการจัดการขยะมูลฝอยอย่างต่อเนื่อง	2.68	0.47	มาก
12.ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย	2.71	0.46	มาก
13.ปริมาณขยะมูลฝอยลดลง	2.71	0.46	มาก
14.ความพึงพอใจในภาพรวมของการดำเนินงาน	2.70	0.55	มาก
รวม	2.37	0.61	มาก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษารูปแบบการจัดการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ยึดกระบวนการของ Kemmis & Mc Taggart⁵ ร่วมกับกระบวนการสัมภาษณ์เชิง

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักตามกรอบแนวคิด P-A-O-R ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้

กระบวนการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาชน เป็นหลักในการดำเนินงานและเรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนบ้านจำปาร่วมกันพร้อมทั้งร่วมกัน

ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้ 1.ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน 2.ศึกษาทบทวน วิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยของชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 3 ภาคส่วน 3.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และ 4.จัดทำแผนการดำเนินงานตามมติที่ประชุม จากมติที่ประชุมทำให้เกิดเป็นนโยบายและแผนการดำเนินการในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนบ้านจำปา 4 กิจกรรมดังนี้ 1.อบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอย 2.รณรงค์ให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอย 3.จัดตั้งธนาคารขยะรีไซเคิล และ 4.เพิ่มจุดวางถังขยะในชุมชน ตามแนวคิดของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพบ้านจำปาซึ่งเน้นการจัดการขยะมูลฝอยจากต้นทางหรือครัวเรือน

ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้ 1.อบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอย 2.รณรงค์ให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านทุกครั้งที่เปิดเครื่องกระจายเสียงซึ่งไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3.จัดตั้งธนาคารขยะรีไซเคิลเพื่อรับซื้อขยะรีไซเคิลจากชุมชนดำเนินการโดย อสม. และคณะกรรมการธนาคารขยะ และ 4.เพิ่มจุดวางถังขยะในชุมชน

ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย 1.นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 2.เก็บรวบรวมข้อมูล 3.ประเมินผลการดำเนินงาน

และสรุปผลการดำเนินงานพร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชน

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถอดบทเรียนและคืนข้อมูลผลการดำเนินงานในการจัดการขยะมูลฝอยโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม หลังการดำเนินงานพบว่า ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นเกิดจากความต้องการของชุมชนและรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยอาศัยคณะกรรมการธนาคารขยะรีไซเคิลในการขับเคลื่อนงานตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติถึงขั้นสังเกตการณ์ ทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม มีดำเนินการอย่างต่อเนื่องสามารถแก้ไขปัญหาและลดปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชนได้ แสดงว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนมีเป็นกระบวนการที่ดีในการนำไปแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ เช่นเดียวกันกับการจัดการกับปัญหาขยะมูลฝอยซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานวิจัยของ วิวัฒน์ สิงห์นาครอง⁶ และ อารีย์ พลภูเมือง และคณะ⁷ ได้นำกระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ไปใช้ในการจัดการขยะมูลฝอยและการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการวิจัยพบว่า กระบวนการดังกล่าวทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยโดยรวมลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยบ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จากกลุ่มวัดผลลัพธ์ มีการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน ร้อยละ 75.76 มีการคัดแยกขยะเปียกและขยะแห้ง ร้อยละ 66.67 มีการคัดแยกขยะทั่วไปออกจากขยะอื่นๆ ร้อยละ 87.88 มีการคัดแยกขยะรีไซเคิลออกจากขยะอื่นๆ ร้อยละ 69.70 มีการคัดแยกขยะอินทรีย์ ออกจากขยะอื่น ๆ ร้อยละ 84.85 มีการคัดแยกขยะขยะอันตรายออกจาก

ขยะอื่นๆ ร้อยละ 16.67ด้านการลดปริมาณการเกิดขยะ ด้วยวิธีReuse (การใช้ซ้ำ) ร้อยละ 72.73 ด้วยวิธี Reduce (การลดการใช้) ร้อยละ 33.33 และ ด้วยวิธี Recycle (การนำกลับมาใช้ใหม่) ร้อยละ 40.91 มีผู้สนใจสมัครเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสมาชิกธนาคารขยะรีไซเคิล 69ครัวเรือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน มีสมาชิกขายขยะรีไซเคิลอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 76.81 สามารถแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยและลดปริมาณขยะมูลฝอยที่ทิ้งได้ในเดือนที่ 1 ถึงเดือนที่ 3 ตามลำดับดังนี้ 849.50 กิโลกรัม , 1,080.05 กิโลกรัม และ 1,245.90 กิโลกรัม รวม 3,175.45 กิโลกรัม เฉลี่ยสามารถกำจัดขยะได้เดือนละ 1,058.48 กิโลกรัมต่อเดือน แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยบ้านจำปาเกิดขึ้นสามารถลดปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในชุมชนได้เฉลี่ยมากถึง 1,058.48 กิโลกรัมต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ปิยะรักษ์ ประดับเพชรรัตน์⁸ ได้ทำการศึกษาศักยภาพในการลดปริมาณขยะชุมชนจากโครง การธนาคารขยะรีไซเคิลกรณีศึกษาชุมชนทรัพย์สินพัฒนา ผลการวิจัยพบว่าการคัดแยกประเภทขยะมูลฝอยก่อนทิ้ง ในระยะเวลา 1 เดือน ปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือนที่จะต้องนำไปกำจัดลดลง 465.7 กิโลกรัม และหากทุกคนในชุมชนมีการคัดแยกขยะมูลฝอย จะมีปริมาณขยะมูลฝอยที่ต้องนำไปกำจัดลดลง 17,463.75 กิโลกรัม หรือคิดเป็นร้อยละ 71.89 ของปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การจัดสมัชชาสุขภาพในรูปแบบไม่เป็นการจะได้รับความร่วมมือและผลตอบรับที่ดีจากประชาชนทำให้ประชาชนกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นส่วนตัวมากขึ้น และควรมีการพัฒนาและส่งเสริมให้แกนนำในการจัดการขยะมูลฝอยได้เรียนรู้เพิ่มเติมในประเด็นการการใช้ประโยชน์จาก

ขยะมูลฝอยเพื่อจะนำไปสู่การจัดการขยะที่ยั่งยืนในชุมชน ในส่วนของการจัดการความรู้ผู้วิจัยต้องเตรียมข้อมูลวิชาการที่เหมาะสม เข้าใจง่าย ไม่เป็นทางการมากเกินไปเป็นภาษาถิ่นในการสื่อสารยิ่งดี ใช้เวลากระชับมากที่สุด และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบควรมีการหางบประมาณมาสนับสนุนในการซื้อวัสดุเพิ่มเติมและเพื่อสร้างขวัญกำลังใจในคณะกรรมการดำเนินงาน นอกจากนั้นแล้วควรมีการแลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่ดีและขยายผลไปสู่ชุมชนข้างเคียงและพื้นที่อื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือและสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการในการจัดทำวิทยานิพนธ์จนมีความสมบูรณ์ทางวิชาการและ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาถ่อน ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ และคณะกรรมการธนาคารขยะรีไซเคิลบ้านจำปา ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พิชิตพิชิต สกุลพราหมณ์. สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ธารพิมพ์; 2531.
2. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: สำนัก พิมพ์กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากร ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2560.
3. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. คู่มือกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษา z(H)ero Waste:ปฏิบัติการ

- ขยะเหลือศูนย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
4. สำนักปลัดตำบลบงเหนือ. รายงานการจัดการขยะมูลฝอย. สกลนคร: สำนักปลัดตำบลบงเหนือ; 2559.
5. Kemmis, S., and McTaggart, R.. The action research planner. Geelong: Deakin University Press; 1990.
6. วิวัฒน์ สิงห์นาครอง. กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยชุมชน เทศบาลตำบลโพธิ์ชัย อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
7. อารีย์ พลภูเมือง, กัลยา หาญพิชาญชัย และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนาระบบคัดแยกมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมเขตเทศบาลต.เมืองสรวง อ.เมืองสรวง จ.ร้อยเอ็ด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 4(1): 147–161.
8. ปิยะรักษ์ ประดับเพชรรัตน์. ศักยภาพในการลดปริมาณขยะชุมชน จากโครงการธนาคารขยะรีไซเคิลกรณีศึกษาชุมชนทรัพย์สินพัฒนาเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.

Received: 3 Feb 2020, Revised: 24 Feb 2020

Accepted: 26 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบแผนการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

เอนก ฝ่ายจำปา^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะของชุมชน 2) ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ศึกษาแบบแผนการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการจัดการขยะจำนวน 35 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ขยะของชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นขยะในครัวเรือน ครัวเรือนไม่มีการคัดแยกขยะ ปัญหาคือขาดความตระหนักและความร่วมมือจากประชาชนและผู้ประกอบการ การพัฒนาแบบแผนการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย การลดปริมาณขยะภายในครัวเรือน และจากแหล่งกำเนิด การคัดแยกและ การเก็บรวบรวมขยะ และการนำกลับมาใช้ซ้ำและนำไปกำจัด รวมถึงการจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการ รูปแบบแนวทางในการส่งเสริมให้จัดการขยะแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน และมีรูปแบบแนวทางจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ การพัฒนา รูปแบบ การจัดการขยะ การมีส่วนร่วม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย

* Corresponding author: aneka511@gmail.com

Original Article

The Model Development of Participation Waste Management in Jomsi
Sub-district Administrative Organization, Chiang Khan District,
Loei Province

Anek Faijumpa^{1,*}**Abstract**

This action research was aimed to: (1) study the situation of community waste management. (2) study the development of the community participation in community-based waste management model and (3) study the participatory waste management model. The sample consisted of 35 stakeholders in waste management. Data were collected using in-depth interviews, participatory observation and the group discussion. The data were analyzed by content analysis. The results revealed that: the situation of waste in the community tends to increase. Due to the lack awareness and means, household waste is rarely sorted. Lacks of public awareness is one of major problems of waste management. The development of the community participatory waste management models include reducing household waste and sources of waste, the waste separation, waste collected, waste recycling and waste disposal. Including the establishment of the waste fund for welfare. The guideline to promote community participation for waste management were community participation, a mechanism driven operation, and a model approach to waste management.

Keyword: Development, Model, Waste management, Participation

¹ Public Health Technical Officer, Erawan District Public Health Officer, Loei Province

* Corresponding author: aneka511@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของประชากร ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การขยายตัวของชุมชนทั้งในเมืองและชนบท พฤติกรรมการบริโภคของประชาชน ตลอดจนการนโยบายการท่องเที่ยวที่ต้องการส่งเสริมการท่องเที่ยวให้มียอดนักท่องเที่ยวจำนวนมากขึ้นทำให้มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั่วประเทศในปี 2560 ประมาณ 27.40 ล้านตัน หรือ 75,046 ตันต่อวัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.26 จากปี 2559¹ ในขณะที่มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยทั่วประเทศ จำนวน 2,450 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นระบบฝังกลบรองรับการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องทำได้เพียง 7.88 ล้านตัน หรือร้อยละ 30.1 ของขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมด มีเพียง 480 แห่งที่กำจัดอย่างถูกต้อง ขณะเดียวกันมีการนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ประโยชน์ประมาณ 4.82 ล้านตัน หรือร้อยละ 18.4 ทำให้เกิดปัญหาในการจัดการขยะในด้านต่าง ๆ เช่น มีขยะมูลฝอยตกค้างจำนวนมาก เนื่องจากสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ดำเนินการไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยมีการเผากลางแจ้ง กองทิ้งในบ่อดินเก่าหรือพื้นที่รกร้าง สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ต้องทำตามหลักวิชาการมีไม่เพียงพอ เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดมลภาวะส่งกลิ่นเหม็น สร้างความรำคาญ แหล่งเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดพาหนะนำโรคต่าง ๆ ต่อประชาชน

จังหวัดเลย เป็นหนึ่งในหลายจังหวัดที่ประสบปัญหาขยะล้นเมืองและมีแนวโน้มที่ปริมาณขยะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของประเทศไทยส่งผลกระทบให้มีปริมาณขยะมูลฝอย เกิดขึ้นเฉลี่ย 576 ตันต่อวัน หรือประมาณ 207,360 ตันต่อปี ในขณะที่จังหวัดเลยมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลภายใต้ความรับผิดชอบของเทศบาล

เมืองเลยเพียง 1 แห่ง ซึ่งเป็นระบบแบบฝังกลบสามารถกำจัดขยะ มูลฝอยของเทศบาลเมืองเลย และขยะมูลฝอยจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใกล้เคียงได้เพียงวันละประมาณ 50 ตัน หรือร้อยละ 8.6 ของขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมด ขยะมูลฝอยที่เหลือส่วนใหญ่จะถูกกำจัดโดยวิธีเผา และขยะส่วนที่เหลือทำการฝังกลบเป็นครั้งคราวหรือไม่มีการกำจัดเลย ดังนั้นความรุนแรงของปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัดเลย จึงเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข²

องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีหน้าที่ในการจัดการด้านขยะและดูแลสภาพสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า มีปัญหาจำนวนปริมาณมูลฝอยสะสมเพิ่มมากขึ้นโดยมีปริมาณขยะ 3 ตันต่อวัน หรือ 90 ตัน/เดือน ไม่มีพื้นที่ทิ้งขยะมูลฝอยในตำบลประชาชนและชุมชนยังไม่มีแนวคิดแยกมูลฝอยที่ต้องตั้งแต่นานทางทั้งในระดับครัวเรือนและสถานประกอบการต่าง ๆ มีการนำสิ่งของเหลือใช้กลับมาใช้ประโยชน์จำนวนน้อย ส่วนใหญ่ทิ้งรวมกันในถังขยะรอให้องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีนำไปกำจัด และองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีมีงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดหาถังขยะแยกประเภททั้งสี่ชนิดตามมาตรฐานของกรมควบคุมมลพิษให้ครบตามความต้องการของชุมชนได้ นอกจากนี้รถยนต์บรรทุกสำหรับเก็บขนขยะมูลฝอยมีจำกัดไม่เพียงพอ โดยมีรถบรรทุกขยะแบบเปิดข้างเทท้าย ขนาดบรรทุก 3 ลบ.ม.จำนวน 1 คันเท่านั้นและยังเป็นแบบเทรวมกันโดยไม่แยกประเภท ซึ่งถึงแม้ว่าต้นทางในระดับครัวเรือนจะมีการคัดแยกขยะมูลฝอยก็ตาม ทำให้การจัดการขยะยังเป็นปัญหาที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการแก้ไขด้วย

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี

อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการจัดการขยะได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้ประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินการบริหารจัดการขยะเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาขยะอย่างยั่งยืนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการขยะของชุมชนตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย
3. เพื่อหารูปแบบแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้อย่างเหมาะสม

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเชิงพื้นที่ ตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

ขอบเขตเชิงเนื้อหา การศึกษาบริบทชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการผู้นำชุมชนในการจัดการขยะ นำเสนอรูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมและการเลือกนำไปใช้ ซึ่งประกอบด้วย การลดปริมาณการเกิดขยะในครัวเรือนและแหล่งกำเนิดขยะ การคัดแยกขยะ การเก็บรวบรวมขยะ และการนำกลับมาใช้และกำจัดขยะ การวางแผนปฏิบัติการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม การปฏิบัติการนำรูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในชุมชน การจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการ การทำปุ๋ยหมัก การทำถังขยะเปียก การประเมินผลการจัดการขยะในชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามบริบทของชุมชน

ขอบเขตประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วยผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ จำแนกเป็น 5 กลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 35 คน ประกอบด้วยผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ผู้นำชุมชนและตัวแทนประชาชน ผู้นำจากเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ผู้นำจากหน่วยงานราชการในพื้นที่ ผู้นำศาสนา

ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2562 – มกราคม 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำการศึกษาบริบทของพื้นที่ในการในการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ โดยมีขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลกลับ ดำเนินการวิจัยโดยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมต่างๆในชุมชน โดยใช้เทคนิคการเชิงประชุมปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การประชุม การระดมความคิดเห็น การอภิปรายกลุ่ม และการบรรยาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การศึกษาบริบทชุมชน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคือ ผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะที่มาจาก 5 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 35 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี จำนวน 4 คน กลุ่มผู้นำชุมชนและตัวแทนประชาชน จำนวน 24 คน กลุ่มผู้นำจากเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผู้นำจากหน่วยงานราชการในพื้นที่ จำนวน 3 คน และผู้นำศาสนา จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม ประกอบกับการใช้ข้อมูลจากเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ การตรวจสอบข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูล และการตีความข้อมูล โดยนำข้อค้นพบจากการวิจัยมาเชื่อมโยงสร้างเป็นข้อสรุปเพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัยแล้วนำเสนอเนื้อหาด้วยวิธีพรรณนา

ผลการวิจัย

สภาพการจัดการขยะของชุมชนตำบลจอมศรี

สภาพการณ์การจัดการขยะในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ผลการศึกษาพบว่า ในอดีตพื้นที่ตำบลจอมศรีมีขยะไม่มาก ขยะที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นขยะในครัวเรือน ซึ่งได้แก่ เศษผัก ใบตอง ใบไม้ เศษอาหาร ซึ่งเป็นขยะที่ย่อยสลายได้ ครัวเรือนมีถังขยะสำหรับใส่ขยะในครัวหลังละ 1 ใบ การจัดการขยะบางหลังคาเรือนที่มีพื้นที่กว้างก็จะทำหลุมขยะที่บริเวณหลังบ้าน ขยะทั่วไปก็จะเผากลางแจ้ง หรือนำไปทิ้งตามสวนไร่นาของตนเอง ปัจจุบันมีจำนวนปริมาณขยะเกิดมากขึ้น องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีมีถังขยะแจกจ่ายไว้กับทุกหลังคาเรือน ทำให้ประชาชนนำขยะจากในครัวมารวมกับขยะต่างๆในครัวเรือนมารวมไว้ที่ถังขยะหน้าบ้านที่เพิ่มมากขึ้น และรอการมาเก็บรวบรวมไปกำจัด หากวันใดรถเก็บขนขยะเกิดเสียหรือเกิดอุบัติเหตุไม่สามารถมาเก็บขยะไปกำจัดได้ก็จะเพิ่มปริมาณขยะอีกเท่าตัว ส่งผลให้เกิดการเน่าเสีย ส่งกลิ่นเหม็นรำคาญในหมู่บ้านชุมชน ส่วนในอนาคตมีการคาดการณ์ว่าปริมาณขยะจะมี

เพิ่มมากขึ้นจำนวนมากหากไม่มีการจัดการขยะที่เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับหมู่บ้านชุมชน

แหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยในพื้นที่ตำบลจอมศรี ผลการศึกษา พบว่า แหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในพื้นที่ตำบลจอมศรี ส่วนใหญ่มาจากแหล่งขยะในครัวเรือน ตลาดสด ร้านค้า สถานประกอบการ หน่วยงานราชการ โรงเรียน วัด และจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆของสมาชิกภายในครัวเรือน และสมาชิกหมู่บ้านของชุมชน

นโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานจัดการขยะองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ผลการศึกษาพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีและหมู่บ้านทั้ง 8 หมู่บ้าน มีนโยบายและเป้าหมายการดำเนินการกำจัดขยะ คือ เป็นหมู่บ้าน ตำบลสะอาด ตามนโยบาย “ประเทศไทยไร้ขยะ” ของกระทรวงมหาดไทย และนโยบาย “จังหวัดสะอาด” ของผู้ว่าราชการจังหวัดเลย โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทาง “ประชารัฐ” ซึ่งเป็นการระดมความร่วมมือจากคนในชุมชนและทุกภาคส่วนขับเคลื่อนการดำเนินงานไปด้วยกัน โดยยึดหลัก 3 Rs คือ ลดปริมาณการใช้ (Reduce) การใช้ประโยชน์ซ้ำ (Reuse) และการดัดแปลงและนำกลับมาใช้ประโยชน์ (Recycle) ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายลดปริมาณขยะในครัวเรือนและชุมชน

รูปแบบจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีในอดีต ผลการศึกษาพบว่า ในอดีตตำบลจอมศรีมีรูปแบบจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน หมู่บ้าน โดยเป็นการจัดการในแต่ละหลังคาเรือนด้วยตนเอง ได้แก่ การเผากลางแจ้ง การทำหลุมขยะ นำไปทิ้งในที่สาธารณะ และที่ส่วนบุคคลต่าง ๆ ต่อมาองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี จึงมีการนำรูปแบบการกำจัดขยะในหมู่บ้านชุมชนด้วยการจัดเก็บรวบรวมไว้บริเวณหน้าบ้านโดยจัดให้มีถังขยะประจำครัวเรือน

จากนั้นจึงมีรถเก็บรวบรวมขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีนำไปกำจัดในสถานที่กำจัดขยะของเทศบาลตำบลเชียงคานเป็นประจำทุกวัน ๆ ละครั้ง

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของประชาชนในหมู่บ้านตำบลจอมศรี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในหมู่บ้านของตำบลจอมศรี มีส่วนร่วมเพียงในการนำขยะในครัวเรือน เก็บรวมใส่ในถังขยะที่องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีจัดให้มากขึ้นและรอการมาเก็บรวมไปกำจัดต่อไป โดยส่วนใหญ่จะไม่ได้มีการคัดแยกขยะก่อนนำมาลงในถังเก็บขยะ นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในหมู่บ้านยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนในการจัดการขยะในหมู่บ้าน

แนวทางในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยตำบลจอมศรี ผลการศึกษาพบว่า ตำบลจอมศรีมีแนวทางในการบริหารจัดการขยะตามแนวทางพระราชบัญญัติว่าด้วยการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 ซึ่งได้แก่ การลดปริมาณและคัดแยกขยะมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิด โดยใช้หลัก ใช้น้อย ใช้ซ้ำ และนำกลับมาใช้ใหม่ 2) กลางน้ำ ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บขนขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี และ 3) ปลายน้ำ ได้แก่ การเพิ่มมูลค่าขยะมูลฝอย มีการจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการในชุมชน และขยะมูลฝอยได้รับการกำจัดถูกต้องตามหลักวิชาการ

รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการขยะตำบลจอมศรี คือ การลดปริมาณขยะ ณ แหล่งกำเนิด โดยมีการคัดแยกขยะก่อนนำไปกำจัด ทุกคนในครัวเรือนในหมู่บ้านชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ มีการต่อยอดจากกิจกรรมการคัดแยกขยะ

เพื่อเพิ่มมูลค่าของขยะที่คัดแยก เช่น กองทุนขยะเพื่อสวัสดิการในชุมชน การทำปุ๋ยหมักไว้ในในครัวเรือน ชุมชน การทำสิ่งประดิษฐ์จากขยะ เป็นต้น

ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดการขยะมูลฝอยตำบลจอมศรี ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ในการจัดการขยะมูลฝอยในตำบลจอมศรี คือ ขาดความร่วมมือและความตระหนักจากประชาชนและผู้ประกอบการในการลดขยะมูลฝอยจากต้นทาง ขาดการบูรณาการอย่างแท้จริงระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบและภาคประชาชน มีขยะมูลฝอยตกค้างจำนวนมากในช่วงเทศกาลสำคัญ สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกต้องตามหลักวิชาการไม่เพียงพอและอยู่ห่างไกลนอกพื้นที่ ส่วนข้อเสนอแนะพบว่า ควรสร้างความร่วมมือจากประชาชนในการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง ควรมีรูปแบบวิธีการที่ดีในการจัดการขยะ และปลูกจิตสำนึกในการจัดการขยะแก่ประชาชน ตั้งแต่ระดับเด็กเล็กขึ้นไป

การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้พัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้เห็นชอบตามที่เสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการแล้วไปใช้ในหมู่บ้านร่วมกันแกนนำชุมชนพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

การลดปริมาณขยะ ผลการศึกษาพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้จัดทำโครงการขับเคลื่อนประเทศไทยไร้ขยะตามแนวทางพระราชบัญญัติว่าด้วยการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 โดยมีกลยุทธ์เป็นชุมชนสะอาดหน้าบ้านน่ามอง มีกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะและส่งเสริมการประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์จากวัสดุที่ได้จากการคัดแยกขยะ นอกจากนี้ คณะกรรมการแกนนำชุมชน กำหนดผู้ใหญ่บ้าน อสม. มีการจัดกิจกรรมการณรงค์เพื่อ

ขอความร่วมมือประชาชนในหมู่บ้าน โดยมีการจัดประชุมชาวบ้านเพื่อร่วมกันคิดวางแผนในการลดขยะที่เกิดขึ้นในครัวเรือน หมู่บ้านและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนลดการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดขยะนำมาซึ่งการให้ความร่วมมือในการใช้ถุงผ้า หรือตะกร้าใส่ของแทนการใช้ถุงหิ้วในการซื้อของที่ตลาด ใช้ปิ่นโตใส่กับข้าวแทนถุงพลาสติก และถุงหิ้ว นำเสื้อผ้าเก่าที่ไม่ใช้แล้วมาทำผ้าเช็ด เช็ดรถ เช็ดโต๊ะ เช็ดกระจก เป็นต้น ซึ่งเป็นการนำขยะสิ่งของเหลือใช้ที่จะทิ้งแล้วนำมาใช้ใหม่และใช้ซ้ำ

การคัดแยกขยะ ผลการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี มีการดำเนินการคัดแยกขยะ โดยมีการคัดแยกขยะเป็นขยะทั่วไป ขยะเปียก ขยะอันตราย และขยะรีไซเคิล มีการส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมการจัดการขยะคัดแยกขยะด้วยหลักการเพิ่มมูลค่าให้กับขยะ โดยมีการจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการและการสงเคราะห์กันในหมู่บ้านชุมชน และมีการทำปุ๋ยหมักปุ๋ยชีวภาพและถังขยะเปียกในครัวเรือน

การเก็บรวบรวมขยะมูลฝอย ผลการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้ร่วมมือกับประชาชนในหมู่บ้านคัดแยกขยะเป็น 4 ประเภท คือ ขยะทั่วไป ขยะเปียก ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย สำหรับขยะทั่วไปซึ่งมีลักษณะที่ย่อยสลายยากและไม่คุ้มค่าในการนำกลับไปใช้ใหม่ เช่น ห่อพลาสติกใส่ขนม ถุงพลาสติกเปื้อนเศษอาหาร โฟม ขอบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป นำไปเก็บรวมในถังขยะที่องค์การบริหารส่วนตำบลจัดไว้ให้ในแต่ละครัวเรือนรอการขนไปกำจัด ขยะเปียกส่วนใหญ่นำไปเก็บรวมที่ถังขยะเปียกที่แต่ละหลังคาเรือนจัดทำขึ้น แต่มีส่วนหนึ่งที่นำขยะเปียกที่เป็นเศษอาหาร เศษผัก ผลไม้ ไปเป็นอาหารสัตว์ เป็ด ไก่ และสุกร ขยะรีไซเคิล แต่ละหลังคาเรือนมีการแยกชนิดขยะ เช่น ขวดน้ำพลาสติก ขวดแก้วสี

ขวดแก้วใส เหล็ก โลหะต่าง ๆ กระดาษ เก็บในภาชนะที่จัดเตรียมไว้รอการนำไปจำหน่ายให้กับผู้ประมูลที่คณะกรรมการกำหนดเดือนละครั้ง ส่วนขยะอันตราย เช่น หลอดไฟฟ้า ถ่านไฟฉาย ภาชนะบรรจุสารเคมี ฯลฯ มีการนำไปเก็บรวมในถังที่องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีจัดไว้ให้ตามหมู่บ้านต่าง ๆ หมู่บ้านละ 1 จุด รอการนำไปกำจัดที่ถูกต้องต่อไป

การนำกลับมาใช้และกำจัดขยะ ผลการศึกษา พบว่า การใช้ซ้ำส่วนใหญ่เป็นขยะทั่วไปประเภทเสื้อผ้า โดยมีการนำมาซักทำความสะอาดแล้วนำไปบริจาคต่อ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการนำเสื้อผ้าที่ใช้แล้วมาใช้ซ้ำทำเป็นผ้าเช็ดรถ เช็ดกระจก เช็ดโต๊ะ เก้าอี้ และทำผ้าถูบ้าน การสร้างสิ่งประดิษฐ์ พบว่า ในหมู่บ้านนาสีและบ้านศรีพัฒนามีกกลุ่มประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์จากขยะโดยมีการนำกล่องนมยูเอชทีและกล่องบรรจุสุราไปประดิษฐ์ทำหมวก มีการนำขวดน้ำดื่มมาประดิษฐ์เป็นดอกไม้ แจกัน โคมไฟ นำหลอดน้ำหลอดกาแฟมาประดิษฐ์เป็นกระเป๋าทู๋ นாயางรถยนต์เก่ามาทำเป็นกระถางปลูกผักสวนครัว นอกจากนี้ยังพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีมีการนำขยะประเภทขวด ขวดน้ำ ที่ไม่ปิดฝาทำเป็นวัสดุนำหลุมน้ำธนาคารน้ำใต้ดินในหมู่บ้าน เป็นการเก็บน้ำ ป้องกันน้ำท่วมขัง ส่วนการนำขยะไปกำจัด พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีนำขยะที่ผ่านการคัดแยกและการเก็บรวมจากครัวเรือนต่างๆ นำไปกำจัดที่โรงกำจัดขยะเทศบาลตำบลเชียงคานโดยมีระยะทาง 25 กิโลเมตร

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของแกนนำของชุมชน ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะในชุมชนกับแกนนำชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายประชากรศึกษาใน 4 ด้าน พบว่า รูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

ตำบลจอมศรีนี้เป็นรูปแบบที่เกิดประโยชน์ต่อหมู่บ้านชุมชนทั้งในการจัดการขยะ การสร้างรายได้ให้ครัวเรือนในการขยะ ตลอดจนการตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการและการสงเคราะห์ซึ่งเป็นการดูแลช่วยเหลือกันและกัน เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มีความเหมาะสมไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถต่อยอดการพัฒนาไปอีก และที่สำคัญคือประชาชนในหมู่บ้าน ตลอดจนแกนนำชุมชน หน่วยงานในภาครัฐ เอกชนในพื้นที่มีส่วนช่วยในความร่วมมือดำเนินการ

รูปแบบแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบในการส่งเสริมให้การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี มีรูปแบบการจัดการขยะที่เหมาะสมซึ่งประกอบด้วยดังนี้

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของแกนนำชุมชนและประชาชน การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ที่เหมาะสมซึ่งประกอบด้วย

1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งการวางแผนได้เปิดโอกาสให้ประชาชน ผู้นำชุมชน และคณะกรรมการชุมชน เป็นคณะกรรมการการจัดการขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี โดยเป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่เข้าร่วมประชุมเวทีประชาคมเพื่อรับทราบนโยบาย แนวทาง โครงการหรือกิจกรรมที่องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีจะดำเนินการจัดการขยะ และร่วมเสนอแนะและข้อคิดเห็นในการจัดการขยะที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีการมีส่วนร่วมในการวางแผนยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมขององค์การ

บริหารส่วนตำบลจอมศรีในการจัดการขยะ เช่น โครงการประเทศไทยไร้ขยะตามแนวทางพระราชบัญญัติตำบลจอมศรี เช่น มีส่วนร่วมในการลดปริมาณขยะ ร่วมคัดแยกขยะในครัวเรือนประเภทต่างๆ ร่วมมือในการเก็บรวบรวมขยะ และร่วมในการนำกลับมาใช้ซ้ำและนำไปกำจัด ส่วนโครงการกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการและการสงเคราะห์ตำบลจอมศรี ร่วมเป็นสมาชิกของกองทุนฯ และปฏิบัติตามระเบียบกองทุน เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาในด้านนี้พบว่าประชาชนและแกนนำให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

3) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล โดยส่งเสริมให้แกนนำชุมชน ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการจัดการขยะในทุกขั้นตอน ด้วยการตั้งเป็นคณะกรรมการ คณะทำงานต่างๆ ทั้งการประเมินผลการดำเนินงานโครงการ การประเมินการดำเนินงานของกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการ และการติดตามการจัดการขยะอื่น ๆ

4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ส่งเสริมให้ทุกคนทุกครัวเรือนได้รับผลประโยชน์ในการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ เช่น ได้รับสวัสดิการจากกองทุนขยะฯ ได้แก่ การเสียชีวิต การคลอดบุตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าสนับสนุนการจัดงานศพปลอดเหล้า ปลอดการพนัน เป็นต้น

กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน การขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี คณะผู้บริหารและทีมแกนนำชุมชนมีการกำหนดนโยบาย มีแผนงาน มีการจัดทำโครงการและกิจกรรมที่มีการเป็นการประสานงานกันระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีกับประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน โดยมีผู้นำชุมชนเป็นตัวกลางทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลกับประชาชนในหมู่บ้าน และมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการ

กิจกรรมต่าง ๆ ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ชุมชน ตลอดจนผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างสะดวกและรวดเร็ว นอกจากนี้ การตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานต่างๆ ในการช่วยขับเคลื่อนการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี จึงสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้สะดวก รวดเร็วขึ้น

รูปแบบแนวทางในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม รูปแบบแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม ประกอบด้วย

1) การลดปริมาณขยะในครัวเรือนและแหล่งกำเนิดขยะ โดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องการจัดการขยะจากบ้านเรือน องค์การบริหารส่วนตำบลจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนในการลดการเกิดขยะในครัวเรือนชุมชน ลดการนำขยะทุกชนิดเข้าในครัวเรือน เช่น ลดการใช้ถุงหิ้ว ถุงพลาสติก โฟม และอื่นๆส่งเสริมการใช้วัสดุที่ย่อยสลายได้ง่าย เพื่อลดปริมาณขยะที่ประชาชนนำออกมาทิ้ง

2) การคัดแยกขยะ องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้จัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการคัดแยกขยะ โดยการจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการที่บริหารกองทุนโดยคณะกรรมการกองทุนที่มาจากผู้แทนชาวบ้าน มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องการคัดแยกขยะจากบ้านเรือน จัดส่งเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ กับประชาชนโดยตรง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านทางผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้าน และเสียงตามสายในหมู่บ้าน มีการจัดเวทีประชาคม การแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน การจัดทำบันทึกข้อตกลงดำเนินการ ขยะที่คัดแยกแล้ว ขยะทั่วไปประเภทขยะอินทรีย์สามารถนำมากำจัดด้วยวิธีการหมักทำปุ๋ย และใช้เป็น

อาหารสัตว์ ขยะทั่วไปที่เป็นขยะรีไซเคิลสามารถนำไปจำหน่ายได้นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ประชาชนนำขยะอันตรายมาเก็บรวมในจุดที่อยู่ในหมู่บ้าน รอการนำไปกำจัดต่อไป

3) การเก็บรวมขยะ การเก็บรวบรวมและขนส่งขยะในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี จะมีพนักงานและรถบรรทุกเก็บขยะที่สามารถออกเก็บขยะทุกวัน และใช้การเก็บขยะจากบ้านของประชาชนโดยตรง ซึ่งเป็นขยะที่คัดแยกแล้วและไม่สามารถใช้ประโยชน์หรือซื้อขายได้

4) การนำกลับมาใช้และนำไปกำจัด องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีเน้นการนำขยะมูลฝอยในแต่ละครัวเรือนได้คัดแยกแล้วมาแปรรูปให้เกิดประโยชน์ มีการจัดอบรมให้ความรู้ในการแปรรูปขยะ สร้างสิ่งประดิษฐ์จากขยะ โดยขยะอินทรีย์เศษอาหาร เศษผัก นำไปทำเป็นปุ๋ยหมักและนำมาใช้เป็นอาหารสัตว์ หรือนำไปหมักเป็นปุ๋ยหมัก นำไปหมักทำน้ำจุลินทรีย์สำหรับเป็นปุ๋ยบำรุงพืช บำรุงดิน และใช้บำบัดน้ำเสีย ส่วนที่ใช้ประโยชน์ไม่ได้จะนำไปกำจัดที่อื่นต่อไป

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพการจัดการขยะของชุมชน

การศึกษาสภาพปัญหาขยะมูลฝอยในพื้นที่ตำบลจอมศรี พบว่า ในอดีตขยะที่เกิดขึ้นเป็นขยะในครัวเรือนเป็นส่วนใหญ่ โดยเป็นขยะพวกเศษผัก ใบตอง ใบไม้ เศษอาหาร ซึ่งเป็นขยะที่ย่อยสลายได้ และมีจำนวนไม่มาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยังใช้วิถีชีวิตที่เรียบง่ายและยังไม่มีเทคโนโลยีทางเทคโนโลยีต่าง ๆ โดยครัวเรือนมีถังขยะสำหรับใส่ขยะในครัวหลังคาเรือนละใบ ไม่มีการคัดแยกขยะทิ้งทุกอย่างรวมกันในถังขยะใบเดียว บางหลังคาเรือนที่มีพื้นที่กว้างก็จะทำหลุมขยะเปียกที่บริเวณหลังบ้าน ขยะทั่วไปส่วนใหญ่จะเผากลางแจ้ง

หรือไม่ก็นำไปทิ้งในที่สาธารณะประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือนำไปทิ้งตามที่สวนไรนาของตนเอง สอดคล้องกับยุวัลดา ชูรักษ์ และคณะ³ ที่พบว่าประชาชนยังไม่ได้มีการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนก่อนจะนำไปทิ้ง ซึ่งส่วนใหญ่จะนำไปทิ้งในสวนหลังบ้าน เมากลางแจ้ง ผัง หรือไม่ก็นำไปทิ้งในพื้นที่อื่น ในปัจจุบันมีความเจริญเติบโตในพื้นที่มากขึ้น มีประชากรเพิ่มจำนวนมากขึ้นส่งผลให้มีจำนวนขยะเพิ่มมากขึ้นด้วย อีกทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีมีถังขยะแจกจ่ายให้กับทุกหลังคาเรือน ทำให้ประชาชนมีความสะดวกในการนำขยะจากในครัวมารวมกับขยะต่างๆมารวมไว้ที่ถังขยะหน้าบ้านที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีปริมาณขยะมากถึงวันละ 3 ตันต่อวัน ซึ่งหากวันใดรถเก็บขนขยะเกิดเสียหรือเกิดขัดข้องไม่สามารถมาเก็บขยะไปกำจัดได้ ก็จะเพิ่มปริมาณขยะอีกเท่าตัว ส่งผลให้เกิดการเน่าเสีย ส่งกลิ่นเหม็นรำคาญในหมู่บ้านชุมชน ส่วนในอนาคตมีการวิเคราะห์และคาดการณ์ว่า ปริมาณขยะจะยิ่งจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นหากไม่มีการจัดการขยะที่เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับหมู่บ้านชุมชนจะทำให้เกิดปัญหาขยะล้นพื้นที่ และองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีต้องมีค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและการกำจัดขยะเพิ่มมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับศุภรินทร์ อนุตธโต และคณะ⁴ ที่พบว่าพื้นที่เทศบาลตำบลหนองควายยังคงมีปัญหาปริมาณขยะมูลฝอยจำนวนมากขึ้น เทศบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและกำจัดขยะที่สูงขึ้น ดังนั้นจึงควรมีมาตรการหรือแนวทางในการจัดการขยะในรูปแบบที่เหมาะสมและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากคนในหมู่บ้านชุมชน

แหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยในพื้นที่ตำบลจอมศรี พบว่า มาจากแหล่งขยะในครัวเรือนมากที่สุด รองลงมาคือ ตลาดสด ร้านค้า สถานประกอบการ หน่วยงานราชการ โรงเรียน และศาสนสถาน สอดคล้องกับทิวา ประสุวรรณ และคณะ⁵ ที่พบว่า

จำนวนขยะมูลฝอยมีปริมาณมากเนื่องจากความหนาแน่นของประชาชนในพื้นที่ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยแหล่งกำเนิดขยะที่มีปริมาณมากที่สุดมาจากครัวเรือน โรงงาน และบริษัทห้างร้าน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการแสวงหาความร่วมมือจากประชาชนในครัวเรือนในการลดจำนวนปริมาณขยะให้ลดลง

นโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานจัดการขยะองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีและหมู่บ้านทั้ง 8 แห่งมีนโยบายและเป้าหมายการดำเนินการกำจัดขยะที่ชัดเจนร่วมกันทั้งท้องถิ่นและท้องที่ คือ เป็นหมู่บ้าน ตำบลสะอาด ตามนโยบาย “ประเทศไทยไร้ขยะ” ของกระทรวงมหาดไทย และนโยบาย “จังหวัดสะอาด” ของผู้ว่าราชการจังหวัดเลย โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทาง “ประชารัฐ” ซึ่งเป็นการระดมความร่วมมือจากคนในชุมชนและทุกภาคส่วนขับเคลื่อนการดำเนินงานไปด้วยกัน โดยใช้หลัก 3 Rs คือ ลดปริมาณการใช้ (Reduce) การใช้ประโยชน์ซ้ำ (Reuse) และการดัดแปลงและนำกลับมาใช้ประโยชน์ (Recycle) ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายลดการเกิดปริมาณขยะในครัวเรือนและชุมชน จึงเป็นแบบอย่างที่ดีที่ควรนำไปขยายในท้องที่และท้องถิ่นอื่น ๆ ต่อไป

รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนหมู่บ้านและชุมชนจะจัดการในแต่ละหลังคาเรือนกันเองซึ่งเป็นไปตามสภาพบริบทของพื้นที่ตำบลจอมศรี ได้แก่ การเผากลางแจ้ง การทำหลุมขยะ การนำไปทิ้งในที่สาธารณะ และที่ส่วนบุคคลต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนทิ้งขยะไม่เป็นที่อีกด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีความมั่งคั่ง ไม่มีระเบียบวินัยและไม่ตระหนักถึงความสกปรกที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับอารีย์ พลภูเมือง และคณะ⁶

ที่พบว่า ประชาชนมีความมั่งคั่งทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดขยะมูลฝอยและเก็บไม่เป็นที่ ต่อมา องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีมีการนำรูปแบบการกำจัดขยะโดยการส่งต่อไปกำจัดที่อื่นด้วยวิธีการเก็บรวมขยะไว้ในถังขยะที่องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีแจกให้ทุกหลังคาเรือน แล้วมีรถเก็บขยะจากองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีนำไปกำจัดต่อที่สถานกำจัดขยะเทศบาลตำบลเชียงคาน ซึ่งยังเป็นรูปแบบที่ไม่ครบถ้วนตามกระบวนการขั้นตอนการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีรูปแบบการจัดการขยะที่มีส่วนร่วมจากชุมชนในการลดจำนวนขยะ การคัดแยกขยะ การเก็บรวบรวมขยะ การนำกลับไปใช้ใหม่และการกำจัดขยะมาใช้ต่อไป

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของประชาชนในตำบลจอมศรี ที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมเพียงในการปฏิบัติด้วยการนำขยะในครัวเรือนมาเก็บรวมใส่ในถังขยะที่องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีจัดให้มากขึ้นและรอการมาเก็บรวมไปกำจัดต่อไปเท่านั้น โดยส่วนใหญ่จะไม่มีคัดแยกขยะก่อนนำมาลงในถังขยะ และประชาชนในหมู่บ้านยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดการขยะทั้งในด้านการวางแผนในการจัดการขยะในหมู่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดการขยะโดยมองว่าเป็นหน้าที่ของท้องถิ่นในการจัดการขยะจึงไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนกระบวนการสอดคล้องกับยุวรัตน์ ชูรักษ์ และคณะ⁽³⁾ ที่พบว่า ประชาชนในหมู่บ้านยังไม่มีโอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะชุมชน และสอดคล้องกับจันทร์เพ็ญ มินศรี⁷ ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่ไม่มีส่วนร่วมในการคิดวางแผนในกิจกรรมหรือโครงการ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะในทุกขั้นตอนกิจกรรมทั้งการวางแผน การร่วมลงมือปฏิบัติ การติดตาม

ประเมินผลตรวจสอบ และร่วมรับผลประโยชน์ และการรับผิดชอบในผลที่เกิดขึ้นร่วมกัน

แนวทางในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยตำบลจอมศรี พบว่า ตำบลจอมศรีมีแนวทางในการบริหารจัดการขยะตามแนวทางพระราชบัญญัติ 3Rs คือ นำภาคราชการ ภาคเอกชน ภาคการศึกษา ศาสนา ภาคประชาคมและประชาชนมาใช้ในการบริหารจัดการขยะ โดยมีกรอบการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ 1) ต้นน้ำ ได้แก่ การลดปริมาณและคัดแยกขยะมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิดโดยใช้หลัก ใช้น้อย ใช้ซ้ำ และนำกลับมาใช้ใหม่ 2) กลางน้ำ ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บขนขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี และ 3) ปลายน้ำ ได้แก่ การเพิ่มมูลค่าขยะมูลฝอยและขยะมูลฝอยได้รับการกำจัดถูกต้องตามหลักวิชาการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นแนวทางที่ดีที่จะมีส่วนร่วมกันกับทุกภาคส่วน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดเป็นแนวทางการจัดการขยะที่ยั่งยืนได้ สอดคล้องกับฮารุน มุหมัดอาลี⁸ ที่ศึกษารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีแนวทางนโยบายการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีการเร่งพัฒนาเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการลด และคัดแยกขยะมูลฝอยให้นำไปใช้ประโยชน์ได้ มีหลักการ 3Rs (ลดปริมาณการใช้ (Reduce) การใช้ประโยชน์ซ้ำ (Reuse) และการดัดแปลงและนำกลับมาใช้ประโยชน์ (Recycle) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้เกิดการบริหารจัดการขยะตามแนวทางพระราชบัญญัติ เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนต่อไป

รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการขยะ คือ การลดปริมาณขยะ ณ แหล่งกำเนิดขยะ โดยมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนลดการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดขยะด้วยการใช้น้อย ใช้ซ้ำ และนำ

กลับมาใช้ใหม่ การคัดแยกขยะโดยการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องการคัดแยกขยะจากบ้านเรือน ส่งเสริมให้มีการคัดแยกขยะและสร้างมูลค่าขยะด้วยการจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการในชุมชนซึ่งเป็นการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต มีการนำขยะเปียกกำจัดในถังขยะเปียกหรือทำปุ๋ยหมักปุ๋ยชีวภาพ การเก็บรวบรวมขยะ โดยการเก็บรวมขยะที่คัดแยกแล้ว ซึ่งขยะทั่วไปแยกจากขยะอันตราย เก็บในถังขยะที่จัดไว้ให้และรอการนำไปกำจัดต่อไป ส่วนการนำกลับมาใช้และกำจัดขยะโดยมีการรณรงค์นำไปใช้ซ้ำ สร้างสิ่งประดิษฐ์จากขยะสำหรับขยะที่ไม่สามารถใช้ซ้ำหรือไม่ก่อเกิดประโยชน์แล้วร่นำขยะไปกำจัดต่อไป สอดคล้องกับสุริยะ หาญพิชัยและจันทร์ฉาย จันทร์ลา⁹ ที่พบว่า รูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสม ประกอบด้วย การลดปริมาณการเกิดขยะ ซึ่งต้องมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนลดการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดขยะ การคัดแยกขยะ โดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องการคัดแยกขยะจากบ้านเรือน การเก็บรวบรวมขยะ ซึ่งการเก็บรวบรวมและขนส่งขยะเป็นหน้าที่ของเทศบาลที่สามารถออกเก็บขนขยะทุกวัน การนำกลับมาใช้/กำจัดขยะ เน้นการนำขยะมูลฝอยที่เทศบาลเก็บขนได้มาคัดแยกขยะอินทรีย์ออกจากขยะทั่วไปเพื่อนำขยะอินทรีย์มาแปรรูปให้เกิดประโยชน์ โดยนำไปทำเป็นปุ๋ยหมักและเศษอาหาร เศษผักนำมาใช้เป็นอาหารสัตว์ หรือนำไปหมักเป็นปุ๋ยหมัก นำไปหมักทำน้ำจุลินทรีย์สำหรับบำบัดของเสีย ดังนั้นการสร้างความร่วมมือจากประชาชนในการลดปริมาณขยะ ณ แหล่งกำเนิดขยะ การคัดแยกขยะ การเก็บรวบรวมขยะ และการนำกลับไปใช้ใหม่และการกำจัดขยะจึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่ควรมีการขยายสู่หมู่บ้านชุมชนอื่นๆต่อไป

ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดการขยะมูลฝอย พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ในตำบลจอมศรี คือ ขาดความร่วมมือและความตระหนักจากประชาชนและผู้ประกอบการในการลดขยะมูลฝอย ณ จุดกำเนิด ขาดการบูรณาการอย่างแท้จริงระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบและภาคประชาชน มีขยะมูลฝอยตกค้างจำนวนมากในช่วงเทศกาลสำคัญ สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกต้องตามหลักวิชาการไม่เพียงพอและอยู่ห่างไกลนอกพื้นที่ ส่วนข้อเสนอแนะ พบว่า ควรสร้างความร่วมมือจากประชาชนในการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง ควรมีรูปแบบวิธีการที่ดีในการจัดการขยะ และปลูกจิตสำนึกในการจัดการขยะแก่ประชาชนตั้งแต่ระดับเด็กเล็กขึ้นไป สอดคล้องกับยุวธิดา ชูรัช และคณะ³ พบว่า ชุมชนยังไม่ให้ความร่วมมือประชาชนในชุมชนขาดความตระหนัก และยังไม่มีโอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะชุมชน ดังนั้นองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีควรมีรูปแบบวิธีการที่สามารถสร้างหรือแสวงหาความร่วมมือจากประชาชนในการจัดการขยะ ตลอดจนมีการบูรณาการกับทุกภาคส่วนในการจัดการขยะ และสร้างความยั่งยืนให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาขยะด้วยตนเอง

การพัฒนาแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี การพัฒนาแบบการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีในการลดปริมาณขยะ มีการจัดทำโครงการขับเคลื่อนประเทศไทยไร้ขยะตามแนวทางประชารัฐตำบลจอมศรี โดยมีกลยุทธ์เป็นชุมชนสะอาด หน้าบ้านน่ามอง มีกิจกรรมให้เจ้าหน้าที่เข้าไปดำเนินการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ การจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการ การทำถังขยะเปียก การทำปุ๋ยหมัก น้ำหมักชีวภาพจากขยะเปียก และส่งเสริมการประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์จากวัสดุที่ได้จากการคัดแยก

ขยะ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้บริหารและแกนนำชุมชนได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาขยะ จึงได้กำหนดนโยบายการจัดการขยะที่จะลดปริมาณขยะลง โดยการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะที่ประกอบด้วย การลดปริมาณขยะ การคัดแยกขยะ การเก็บรวมขยะและการนำไปใช้ซ้ำและกำจัด สอดคล้องกับวชิรวิชัย วรชัชฌิพงษ์¹⁰ ที่พบว่า รูปแบบการคัดแยกขยะครบวงจร คือ การลดปริมาณขยะที่อาจเกิดขึ้น การใช้ซ้ำ นำขยะมาใช้ใหม่ องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้พัฒนารูปแบบการจัดการขยะโดยใช้หลักการเพิ่มมูลค่าให้กับขยะ มีการจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการและการส่งเสริมกันหมู่บ้านชุมชน และมีการทำปุ๋ยหมักปุ๋ยชีวภาพและถังขยะเปียกในครัวเรือน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน มีการประชุมประชุมแกนนำหมู่บ้านในการจัดทำแผนการตั้งกองทุนและแผนการปฏิบัติงาน การศึกษาดูงานการจัดเวทีประชาคมรับฟังความคิดเห็นเพื่อร่วมกันจัดการขยะ เสริมสร้างความรู้ในวิธีการบริหารจัดการคัดแยกขยะ การจัดจำหน่าย การทำเป็นกิจการของกองทุน รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกในการลดปริมาณและคัดแยกขยะ มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีกับประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับวิชญาพัทธ์ ไชยสมบัติและคณะ¹¹ ที่พบว่า การส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในทุกขั้นตอน ส่งเสริมให้เกิดกองทุนรับซื้อขยะรีไซเคิลหรือแลกเปลี่ยนขยะในชุมชน มีกิจกรรมสร้างมูลค่าเพิ่มจากเศษวัสดุเหลือใช้ การแปรรูปขยะและมีการสร้างข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ของชุมชนเป็นรูปแบบแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำมาพัฒนาได้ การเก็บรวบรวมขยะมูลฝอย พบว่า ขยะทั่วไปซึ่งมีลักษณะที่ย่อยสลายยากและไม่คุ้มค่าในการนำกลับไปใช้ใหม่ นำไปเก็บรวมในถังขยะที่

องค์การบริหารส่วนตำบลจัดไว้ให้ในแต่ละครัวเรือนรอการขนไปกำจัด ขยะเปียกส่วนใหญ่นำไปเก็บรวมที่ถังขยะเปียกที่แต่ละหลังคาเรือนจัดทำขึ้น แต่มีส่วนหนึ่งที่นำขยะเปียกที่เป็นเศษอาหาร เศษผัก ผลไม้ ไปเป็นอาหารสัตว์ เป็ด ไก่ และสุกร ขยะรีไซเคิล แต่ละหลังคาเรือนมีการแยกชนิดขยะ เช่น ขวดน้ำพลาสติก ขวดแก้วสี ขวดแก้วใส เหล็ก โลหะต่าง ๆ กระดาษ เก็บในภาชนะที่จัดเตรียมไว้รอการนำไปจำหน่ายให้กับผู้ประมูลที่คณะกรรมการกำหนดเดือนละครั้ง ส่วนขยะอันตราย เช่น หลอดไฟฟ้า ถ่านไฟฉาย ภาชนะบรรจุสารเคมี ฯลฯ มีการนำไปเก็บรวมในถังที่องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีจัดไว้ให้ตามหมู่บ้านต่างๆ หมู่บ้านละ 1 จุดรอการนำไปกำจัดที่ถูกวิธีต่อไป ซึ่งเป็นไปตามที่กรมควบคุมมลพิษแนะนำ ส่วนการนำกลับมาใช้และกำจัดขยะในตำบลจอมศรี พบว่าส่วนใหญ่เป็นขยะทั่วไปประเภทเสื้อผ้า โดยมีการนำมาซักทำความสะอาดแล้วนำไปบริจาคต่อ ทำเป็นผ้าเช็ดรถ เช็ดกระจก เช็ดโต๊ะ เก้าอี้ และทำผ้าถุงบ้าน สำหรับการสร้างสิ่งประดิษฐ์ มีกลุ่มประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์จากขยะโดยมีการนำกล่องนมยูเอชทีและกล่องบรรจุสุราไปประดิษฐ์ทำหมวก มีการนำขวดน้ำดื่มมาประดิษฐ์เป็นดอกไม้ แจกัน โคมไฟ นำหลอดน้ำหลอดกาแฟมาประดิษฐ์เป็นกระเป๋าทู๋ นำยางรถยนต์เก่ามาทำเป็นกระถางปลูกผักสวนครัว ทั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานพัฒนาชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี จึงช่วยขับเคลื่อนการสร้างสิ่งประดิษฐ์และนำกลับมาใช้ใหม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีมีการนำขยะประเภทขวด ขวดน้ำ ที่ไม่ปิดฝามาทำเป็นวัสดุนำหลุมน้ำธนาการน้ำใต้ดินในหมู่บ้าน เป็นการเก็บน้ำ ป้องกันน้ำท่วมขัง ซึ่งเป็นแนวคิดและนโยบายของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ส่วนการนำขยะไปกำจัดนั้นองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีนำขยะที่ผ่านการคัดแยกและ

การเก็บรวมจากครัวเรือนต่าง ๆ นำไปกำจัดที่โรงกำจัดขยะเทศบาลตำบลเชียงคาน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีและผู้นำท้องถิ่นตลอดจนแกนนำชุมชนต่าง ๆ มีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างจริงจัง ซึ่งจะเห็นได้จากการจัดกิจกรรมต่อยอดจากการคัดแยกขยะที่นำมาสร้างรายได้ด้วยการจำหน่ายขยะและการจัดตั้งกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการสงเคราะห์กันในชุมชนเอง นอกจากนี้การเพิ่มมูลค่าของขยะที่คัดแยกแล้วนำมาสร้างเป็นสิ่งประดิษฐ์ของใช้ต่าง ๆ หรือการทำปุ๋ยหมักปุ๋ยชีวภาพส่งผลให้เกิดรายได้และลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือนทางหนึ่งด้วย ดังนั้นจึงควรที่จะนำการพัฒนาารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมด้วยการลดปริมาณขยะ การคัดแยกขยะ การเก็บรวมขยะ การนำกลับมาใช้ใหม่และการกำจัดขยะไปพัฒนาต่อยอดกิจกรรมในชุมชนต่าง ๆ ต่อไปได้อีก

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของแกนนำของชุมชน ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะในชุมชนที่ประกอบด้วยการลดปริมาณขยะ การคัดแยกขยะ การเก็บรวมขยะ และการนำกลับมาใช้และนำไปกำจัด พบว่า เป็นรูปแบบที่มีประโยชน์ มีความเป็นไปได้ มีความเหมาะสม ต่อพื้นที่ และประชาชนมีส่วนร่วมต่อการจัดการขยะในหมู่บ้านชุมชนเป็นอย่างดี เพราะเป็นการจัดการที่สามารถลดปริมาณขยะในครัวเรือนหมู่บ้านชุมชนลงได้ ทำให้หมู่บ้านมีความสะอาดสวยงามน่าอยู่ นอกจากนี้การคัดแยกขยะยังมีประโยชน์ที่สามารถนำขยะไปขายเป็นเงินเข้าครอบครัวและกลุ่มสวัสดิการเพื่อการสงเคราะห์ช่วยเหลือดูแลกันได้ดี สามารถนำขยะมาแปรรูปเพิ่มมูลค่าได้ เช่น ทำปุ๋ยหมัก น้ำหมักชีวภาพ การประดิษฐ์สิ่งของต่าง ๆ และที่สำคัญ คือ สามารถลดปริมาณขยะและค่าใช้จ่ายในการนำขยะไป

กำจัดต่อที่อื่นได้ รูปแบบนี้มีการดำเนินงานไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน เพียงแต่มีผู้นำหรือแกนนำในการดำเนินงานที่ประสานความร่วมมือกับประชาชนในชุมชนที่ดี เป็นรูปแบบที่เป็นไปตามหลักการของการบริหารจัดการขยะในการลดปริมาณขยะ การคัดแยกขยะ การเก็บรวมขยะ และการนำกลับมาใช้และนำไปกำจัด ทั้งยังดำเนินการได้สะดวกที่แต่ละคนในแต่ละครัวเรือนหมู่บ้านชุมชน สถานที่ราชการและวัดสามารถนำรูปแบบการบริหารจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมนี้ไปใช้ได้ สอดคล้องกับนงกต สวัสดิ์ชิตัง และคณะ¹² ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในเขตเทศบาลนครอุดรธานี พบว่า ผู้ทดลองใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยเห็นว่ารูปแบบมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสมและความถูกต้อง สามารถนำไปใช้ได้ ในสถานการณ์จริงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้ามา มีบทบาทมีส่วนร่วมกับชุมชน

แนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม จากผลการศึกษา พบว่ารูปแบบในการส่งเสริมให้การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีมีรูปแบบการจัดการขยะที่เหมาะสมซึ่งประกอบด้วย

1) การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของแกนนำชุมชนและประชาชน การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนและประชาชน ถือเป็นหัวใจหลักของการดำเนินงานทุกอย่างในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมในเริ่มตั้งแต่ร่วมการวางแผน ร่วมคิดร่วมตัดสินใจที่จะดำเนินการต่าง ๆ องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้เปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน ประชาชน และคณะกรรมการชุมชนเป็นคณะกรรมการการจัดการขยะในพื้นที่เอง โดยเริ่มตั้งแต่การร่วมประชุมเวทีประชาคมเพื่อรับทราบนโยบาย แนวทาง โครงการหรือกิจกรรมที่องค์การ

บริหารส่วนตำบลจอมศรีจะดำเนินการจัดการขยะและร่วมเสนอแนวทางและข้อคิดเห็นในการจัดการขยะที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ แต่ถึงแม้ว่าองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้เปิดโอกาสให้ประชาชนชนเข้ามามีส่วนร่วมคิดรวมนำเสนอแล้วแต่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สะท้อนความคิดเห็นในการวางแผน ปล่อยให้บทบาทของแกนนำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีในการวางแผนการดำเนินการจัดการขยะสอดคล้องกับจันทร์เพ็ญ มินศรี⁷ ที่พบว่าประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการคิดวางแผนในกิจกรรมหรือโครงการอย่างแท้จริง ส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมตามโครงการประเทศไทยไร้ขยะตามแนวทางพระราชดำริตำบลจอมศรี ประชาชนและแกนนำให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการลดปริมาณขยะ ร่วมคัดแยกขยะในครัวเรือนประเภทต่าง ๆ ร่วมมือในการเก็บรวบรวมขยะ และร่วมในการนำกลับมาใช้ซ้ำและนำไปกำจัดเป็นอย่างดี สำหรับโครงการกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการและการส่งเสริมตำบลจอมศรี ประชาชนส่วนใหญ่ร่วมเป็นสมาชิกของกองทุนฯ ปฏิบัติตามระเบียบกองทุนและร่วมมือลดปริมาณขยะ ร่วมมือคัดแยกขยะในครัวเรือนสอดคล้องกับ ศุภรินทร์ อนุตธโต และคณะ⁴ ที่พบว่าด้านการมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินการระดับครัวเรือนอยู่ในระดับมาก ส่วนการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้ส่งเสริมให้แกนนำชุมชน ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการจัดการขยะในทุกขั้นตอน ด้วยการตั้งเป็นคณะกรรมการคณะทำงานต่าง ๆ ทั้งการประเมินผลการดำเนินงานโครงการ การประเมินการดำเนินงานของกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการ และการติดตามการจัดการขยะอื่น ๆ แต่ประชาชน และ

คณะกรรมการส่วนใหญ่ยังไม่ได้ร่วมปฏิบัติการติดตามประเมินผล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการติดตามประเมินผล จึงปล่อยให้เจ้าหน้าที่ภาคการติดตามประเมินผลเองเพียงภาคส่วนเดียว สอดคล้องกับปภาวรินทร์ นาจำปา¹³ ที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยด้านการประเมินผลอยู่ในระดับน้อย ส่วนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ซึ่งอาจเป็นผลสะท้อนมาจากการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะที่คัดแยกขยะแล้วนำมาขายและสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการประชาชนให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมเป็นอันดับแรก ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของแกนนำชุมชนและประชาชนในหมู่บ้าน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมให้การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ให้มีการจัดการขยะที่เหมาะสม ซึ่งควรนำไปใช้ในการเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลอื่น ๆ ต่อไป

2) กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน การขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีสามารถดำเนินการขับเคลื่อนไปได้ด้วยดี อาจเป็นเพราะมีคณะผู้บริหารและทีมแกนนำชุมชนเป็นแกนนำขับเคลื่อนดำเนินการ มีการกำหนดนโยบาย มีแผนงาน มีการจัดทำโครงการและกิจกรรมที่มีการเป็นการประสานงานกันระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีกับประชาชนในหมู่บ้านชุมชน โดยมีผู้นำชุมชนเป็นตัวกลางทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลกับประชาชนในหมู่บ้าน และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการกิจกรรมต่างๆ ผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้านชุมชน ตลอดจนผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชน

ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างสะดวกและรวดเร็ว การตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานต่างๆ เป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นการมีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมให้การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ให้มีการจัดการขยะที่เหมาะสม และควรนำไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการส่งเสริมให้มีการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

3) รูปแบบแนวทางในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบแนวทางในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล จอมศรีที่เหมาะสม มีดังนี้

3.1) การลดปริมาณขยะในครัวเรือนและแหล่งกำเนิดขยะ เป็นรูปแบบแนวทางในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม ทั้งนี้เป็นเพราะขยะส่วนใหญ่เกิดในครัวเรือนดังนั้นการลดขยะในแหล่งกำเนิดจึงรูปแบบแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องตามหลักวิชาการ ดังนั้นต้องมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับความรู้เรื่องการจัดการขยะจากบ้านเรือน โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนในการลดการเกิดขยะในครัวเรือน สร้างจิตสำนึกในการลดการเกิดขยะ มีการนำถุงผ้าใช้แทนถุงหิ้ว ใช้ตะกร้า และนำสิ่งของต่าง ๆ มาใช้ซ้ำ เพื่อลดปริมาณขยะที่เกิดขึ้นและประชาชนนำออกมาทิ้ง สอดคล้องกับสุริยะ หาญพิชัยและจันทร์ฉาย จันทร์ลา⁹ ที่พบว่า รูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมการลดปริมาณการเกิดขยะ ต้องมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนลดการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดขยะ อาทิ การใช้ถุงผ้า และใช้การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องการคัดแยกขยะจากบ้านเรือน โดยทาง

เทศบาลได้จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน การคัดแยกประเภทขยะเพื่อการบริหารจัดการขยะ ในครัวเรือนให้เหมาะสม เพื่อลดปริมาณขยะที่ประชาชนนำออกมาทิ้ง

3.2) การคัดแยกขยะ เป็นรูปแบบแนวทางในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม ทั้งนี้เป็นเพราะการคัดแยกขยะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการขยะ ช่วยลดปริมาณขยะในจุดกำเนิด และช่วยลดจำนวนขยะในการส่งไปกำจัด สามารถลดงบประมาณและค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะ ช่วยลดการสิ้นเปลืองพลังงานและทรัพยากร ตลอดจนเป็นการช่วยรักษาสีสิ่งแวดล้อมเกิดมลพิษต่อโลกน้อยลง และสามารถช่วยสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการมีกองทุนขยะเพื่อสวัสดิการ นำขยะที่คัดแยกแล้วมาขาย ทำปุ๋ยหมักจากขยะเปียกนำขูดหรือวัสดุขยะอื่นมาทำธนาคน้ำได้ดินได้ ดังนั้นต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะและสร้างผลประโยชน์ในหมู่บ้านชุมชนร่วมกัน มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องการคัดแยกขยะจากบ้านเรือน จัดส่งเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ กับประชาชนโดยตรงอย่างต่อเนื่อง

3.3) การเก็บรวมขยะ เป็นรูปแบบแนวทางในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเก็บรวมขยะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการขยะกล่าวคือ การเก็บรวบรวมขยะที่แยกแล้วจะช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการเก็บและขนส่งขยะไปกำจัด ลดปริมาณขยะตกค้างสะสมได้ ดังนั้นจึงต้องรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนร่วมมือในการเก็บรวมขยะในจุดที่กำหนด

3.4) การนำกลับมาใช้และนำไปกำจัด เป็นรูปแบบแนวทางในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม

ร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการนำขยะที่คัดแยกกลับมาใช้ใหม่จะช่วยลดจำนวนปริมาณขยะที่จะส่งไปกำจัด สามารถประหยัดทรัพยากรและงบประมาณในการกำจัดขยะ เป็นการสร้างคุณค่าและมูลค่าของขยะได้ ส่วนขยะที่ไม่สามารถใช้ประโยชน์ต่อได้ก็ส่งไปกำจัด ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในชุมชนได้ ดังนั้นจึงเร่งต้องรณรงค์ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนและชุมชนนำขยะกลับมาใช้ใหม่และนำขยะไปกำจัดที่ถูกต้องต่อไป

ดังนั้น การลดปริมาณขยะในครัวเรือน และแหล่งกำเนิดขยะ การคัดแยกขยะ การเก็บรวบรวมขยะ และการนำกลับมาใช้และนำไปกำจัด จึงรูปแบบแนวทางในการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีที่เหมาะสม และควรนำรูปแบบแนวทางนี้ไปใช้ในการจัดการขยะในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1.1 ในระดับหมู่บ้านชุมชน การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในชุมชน มีรูปแบบวิธีการที่เหมาะสมที่ล้วนแต่ต้องอาศัยการได้รับความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน ดังนั้นผู้นำชุมชนควรศึกษาและแสวงหาความร่วมมือจากประชาชนในหมู่บ้านชุมชนในรูปแบบต่างๆ ในการจัดการปัญหาขยะ ทั้งการสร้างความรู้ความตระหนักและความสำคัญถึงปัญหาขยะที่เกิดขึ้นในชุมชน และควรมีการวางแผนการแก้ไขขยะมูลฝอยในระดับหมู่บ้านเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และที่สำคัญควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานจัดการขยะในหมู่บ้านของตนเอง

1.2 ในระดับท้องถิ่น การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมในชุมชนถือเป็นบทบาทภารกิจหลักตาม

กฎหมายที่สำคัญประเด็นหนึ่ง ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับปัญหาขยะและสิ่งแวดล้อมโดยกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน ควรมีการกิจกรรมจัดส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับประชาชนในการจัดการขยะอย่างถูกวิธี และส่งเสริมให้ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อย่างครบถ้วนถูกต้อง ตลอดจนมีการรายงานผลการดำเนินงานการจัดการขยะให้ประชาชนรับทราบผลของการดำเนินงาน และสามารถนำข้อมูลไปวางแผนและพัฒนา เปิดโอกาสให้แกนนำชุมชนประชาชน เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานจัดการขยะอย่างจริงจัง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาแนวทางการพัฒนา

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของชุมชนอย่างยั่งยืน

2.2 ควรศึกษาประสิทธิภาพการ

พัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมในชุมชนระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี คณะผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี และคณะกรรมการแกนนำชุมชนตำบลจอมศรีทุกท่านที่กรุณาอนุญาตให้ใช้พื้นที่ทำการศึกษาวิจัย และให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูล ตลอดจนการให้ข้อมูลการวิจัยและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานในกิจกรรมการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินตั้ง และคณะ อสม.ตำบลจอมศรี ที่ให้ความร่วมมือและให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนการจัดเก็บข้อมูล และขอขอบคุณ

ดร.บุญมา สุนทรวีรัตน์ สาธารณสุขอำเภอหนอง
หิน ที่ได้ให้คำแนะนำการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสรุปสถานการณ์
มลพิษของประเทศไทย ปี 2561.
กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ, 2562.
หน้า 23.
2. สยามธุรกิจออนไลน์. ชยะ "เลย" ทะลักปีละ 2
แสนตัน กรมควบคุมมลพิษเตือน/ตั้งท้องถิ่น
ณรงค์ลดปริมาณ. สืบค้นเมื่อวันที่ 16
พฤษภาคม 2562 จาก
<https://www.siamturakij.com/news/3627>
3. ยุวัลดา ชูรักษ์, จิรัชยา เจียวกิก, สันติชัย แยม
ใหม่, ยุทธกาน ดิสกุล, และฉัตรจงกล ตุลนิช
กะ. รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยใน
ครัวเรือนของเทศบาลตำบลเขาหัวช้าง อำเภอ
ตะโหมด จังหวัดพัทลุง. เอกสารการประชุม
มหาดไทยวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 8. สงขลา:
มหาวิทยาลัยหาดใหญ่, 2560. หน้า 775-767.
4. ศุภรินทร์ อนุตธโต และคณะ. รูปแบบที่
เหมาะสมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน
เทศบาลตำบลหนองควาย อำเภอหาด
จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการ MFU
Connexion, 2559; 6 (1): 53-78.
5. ทิพา ประสุพรรณ, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ,
ดารากร เจริญวิจิตร และปรีชา ดิลกภูมิ
สิทธิ์. การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในตำบล
บ้านแลง อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง.
วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระ
บรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์, 2559; 11(1): 45-61.
6. อารีย์ พลภูเมือง, กัลยา หาญพิชาญชัย และ
เสฐียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนาระบบคัดแยกมูล
ฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมเขตเทศบาลตำบล
เมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด.
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้. ปีที่ 4 (ฉบับพิเศษ
เมษายน), 2560. หน้า 160-171.
7. จันทรเพ็ญ มินคร. การมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน
ตำบลบางนาลี อำเภออัมพวา จังหวัด
สมุทรสงคราม. รายงานการวิจัยสำนักบริหาร
โครงการวิจัยในอุดมศึกษาและพัฒนา
มหาวิทยาลัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนัก
คณะกรรมการอุดมศึกษา; 2554.
8. ฮารุน มุหมัดอาลี. รูปแบบการจัดการขยะมูล
ฝอยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. วารสารรังสิต
บัณฑิตศึกษาในกลุ่มธุรกิจและสังคมศาสตร์,
2561; 4(2): 297-314.
9. สุริยะ หาญพิชัย, และจันทรฉาย จันทรลา. การ
จัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของเทศบาลตำบล
ลำน้ำรายณ์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี.
วารสารเทคโนโลยีสุรนารี, 2561; 12(1): 67-
85.
10. วชิรวิญญ์ วรวิชญพงศ์. รูปแบบการจัดการขยะ
ชุมชนในเทศบาลตำบลดงมะดะ อำเภอแม่ลาว
จังหวัดเชียงราย. เอกสารนเรศวรวิจัย ครั้งที่
13: วิจัยและนวัตกรรมขับเคลื่อนเศรษฐกิจและ
สังคมมหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560. หน้า
1262-1271.
11. วิชญาพัลล์ ไชยสมบัติ, วิทยา เจริญศิริ, และ
ทรงศักดิ์ จิระสมบัติ. การพัฒนารูปแบบการ
จัดการขยะมูลฝอยของชุมชนตามหลักปรัชญา
เศรษฐกิจพอเพียงอำเภอเชียงยืน จังหวัด
มหาสารคาม. วารสารสถาบันวิจัยพินิจธรรม,
2560; 4(2): 195-260.

12. นงกต สวัสดิ์ชิตัง, กฤตติกา แสนโกชน์, ประจัญ กิ่งมิ่งแอ และสืบชาติ อันทะไชย. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี. วารสารบัณฑิตศึกษามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์, 2557; 3 (1): 47-64.
13. ปภาวรินทร์ นาจำปา. การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลคลองใหญ่ อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.

Received: 14 Jan 2020, Revised: 17 Feb 2020

Accepted: 5 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินความเสี่ยงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ในตำบลหนองปลาสะวาย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

วันชัย รัตนพรหม^{1*} สมชาย แสนวงศ์² ณัฐพงษ์ พอสวย³

บทคัดย่อ

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายทั้งมนุษย์และสัตว์ แต่ยังไม่พบว่ามีเกษตรกรยังคงมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่เป็นจำนวนมากและเป็นพื้นที่กว้าง โดยส่วนใหญ่มีการใช้ไม่ถูกวิธีจึงทำให้ได้รับสารเคมีสะสมไว้จนร่างกายและแสดงอาการต่าง ๆ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนและหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ประเมินความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลหนองปลาสะวาย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยตนเอง (ร้อยละ 58.50) ไม่พบอาการผิดปกติทันทีหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 68.00) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 69.10) ในรอบปีที่ผ่านมาไม่เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารป้องกันกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 63.40) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 7.87) มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.26 ± 0.19) มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.58 ± 0.24) โดยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) การประเมินความเสี่ยงในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 42.30) การหาความสัมพันธ์ของระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับระดับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรส่งเสริมการอบรมให้เกษตรกรปฏิบัติตนอย่างถูกต้องรวมถึงสร้างความตระหนักรู้ต่อการป้องกันอันตรายและส่งเสริมการใช้เกษตรอินทรีย์ต่อไป

คำสำคัญ พฤติกรรม การประเมินความเสี่ยง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.หนองปลาสะวาย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

³ นักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต.บ้านหนองเขียด อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

* Corresponding author: rwanachai@gmail.com

*Original Article***Risk assessment of Farmers Using Pesticides in Nongplasawai Sub-District,
Banthong District, Lamphun Province**Wanchai Rattanaprom^{1,*}, Somchai Sanwong², Nuttapong Posuya³**Abstract**

Pesticide has harmful to the health of both humans and animals, but still found that farmers still use a lot of pesticides and a wide area. Farmers use it incorrectly, resulting in the accumulation of chemicals until the body and show various symptoms. The objective was to study the knowledge, attitude and practice and to find the relationship in using pesticides of farmers, to assess the risk of pesticide use of farmers, and to find the relationship in using pesticides with risk in using pesticides of farmers in Nongplasawa Sub-district, Banthong District, Lamphun Province. Researcher collected data with questionnaires. The results showed that most of the samples were mixed pesticides and insecticide by themselves (58.50 %), the most of samples do not experience abnormal symptoms immediately after using pesticides (68.00 %). In the past six months, never received information and knowledge to prevent the dangers of using pesticides (69.10 %) and in the past one year, never participated in training on the use of pesticides (63.40 %). The samples had knowledge about pesticide use at a high level ($\bar{x}$ = 7.87), attitude had moderate level ($\bar{x}$ = 2.26 $\pm$ 0.19), practice had low level ($\bar{x}$ = 1.58 $\pm$ 0.24), the knowledge, attitude and practice in using pesticides without significant correlation (P-value>0.05). Risk assessment for the prevention of pesticide use found that most of the risks has low (42.30 %). The relationship of the practice in the prevention of pesticide use and the level of risk of using pesticides of the samples found that there was a statistically significant correlation (P-value<0.01). Therefore, to reduce the risk of using pesticides Should promote the training for farmers to behave correctly, including raising awareness on prevention and further promoting the use of organic agriculture.

Keywords: Behavior, Risk Assessment, Pesticides¹ Public Health Technical Officer (Professional Level), Banthong District Public Health, Lamphun² Public Health Technical Officer (Professional Level), Nongplasawai Health Promoting Hospital³ Public Health Technical Officer, Bang Nong Khat Health Promoting Hospital

* Corresponding author: rwanachai@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในภาคการเกษตรจำนวน 7,942,582 ครัวเรือน¹ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบที่มีลักษณะการประกอบอาชีพกันเองที่มุ่งเน้นนำผลผลิตทางการเกษตรไปใช้เพื่อบริโภคและสร้างรายได้ให้กับครัวเรือน ทำให้เกษตรกรส่วนใหญ่พยายามเพิ่มผลผลิตให้ทันต่อการบริโภค ผลผลิตที่ส่งขายตามชุมชนทำให้ได้ราคาสูงขึ้นด้วยการพึ่งพาการใช้สารเคมีหลายชนิด หลายรูปแบบเพิ่มมากขึ้น² ทำให้มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงขาดการให้ความสำคัญและตระหนักจากสิ่งคุกคามในการประกอบอาชีพให้เกิดอันตรายต่าง ๆ³ เห็นได้จากการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ด้วยกระดาษทดสอบ (Reactive Paper) จำนวน 418,672 คน ใน 72 จังหวัด พบว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัย จำนวน 153,905 คน คิดเป็นร้อยละ 36.76 เมื่อเทียบผลการตรวจคัดกรองสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกรในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2555 - 2559 พบว่า ปี พ.ศ. 2555 คัดกรอง 244,822 ราย ใน 31 จังหวัด มีความเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัย 75,749 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.94 ปี พ.ศ. 2556 คัดกรอง 310,490 ราย ใน 50 จังหวัด มีความเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัย 95,739 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.83 ในปี พ.ศ. 2557 คัดกรอง 314,603 ราย ใน 71 จังหวัด มีความเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัย 107,989 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.33 ในปี พ.ศ. 2558 คัดกรอง 325,944 ราย มีความเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัย 113,547 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.84 และปี 2559 ดำเนินการเจาะเลือดตรวจคัดกรอง จำนวน 4 แสนคนใน 72 จังหวัด มีความเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัย 1.5 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 36.76 ซึ่งเห็นได้ว่าในรอบ 5 ปีเพิ่มสูงขึ้น

และ 1 ใน 3 ของเกษตรกรที่ได้รับการคัดกรองอยู่ในสภาวะเสี่ยงที่จะป่วยจากการใช้สารเคมี แม้ไม่ป่วยด้วยพิษเฉียบพลันก็อาจป่วยในระยะยาวได้⁴

ความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชข้างต้นเป็นผลมาจากการที่เกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่ไม่ถูกต้อง โดยเกษตรกรสามารถได้รับหรือได้สัมผัสสารเคมีในทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นระหว่างการซื้อขายจากร้านจำหน่ายและนำมาจัดเก็บไว้ที่บ้านหรือบริเวณที่เพาะปลูก ขณะเตรียมผสมสารกำจัดศัตรูพืช ขณะตรวจเช็คอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะกำลังฉีดพ่นสารเคมี หรือแม้แต่ภายหลังการฉีดพ่น ขณะที่กำลังทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ ขณะที่นำภาชนะบรรจุสารเคมีไปทำลาย⁵ เมื่อเกษตรกรสัมผัสสารเคมีมีอาการภายหลังที่พบภายใน 24 ชั่วโมง จะทำให้เกษตรกรมีอาการน้ำลายไหล ร้อยละ 22.20 เหนื่อออกมา ร้อยละ 37.80 คลื่นไส้ ร้อยละ 37.80 เวียนศีรษะ ร้อยละ 60 มีปัญหาด้านสายตา ร้อยละ 46.70 เหนื่อย นอนไม่หลับ ร้อยละ 48.80 โดยอาการอาจพบได้ตั้งแต่หลายสัปดาห์จนหลายเดือน⁵ หากสัมผัสอย่างในระยะยาวอาจมีผลกระทบต่อระบบประสาทโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁶ นอกจากนี้พบว่ามีผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ และผลกระทบต่อสารพันธุกรรมก่อให้เกิดโรคมะเร็งตามมา⁷

ในภาคเหนือมีเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวน 1,752,376 ครัวเรือน ซึ่งมากเป็นอันดับที่สองของประเทศ สำหรับจังหวัดลำพูนมีเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 81,855 ครัวเรือน⁸ มีเนื้อที่ถือครองเพื่อการเกษตร รวม 692,182 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 24.58 ของเนื้อที่จังหวัด ส่วนใหญ่เกษตรกรทำสวนลำไย มีแหล่งผลิตที่สำคัญ ได้แก่ อำเภอเมือง ป่าซาง ลี้ และบ้านโฮ้ง ปลูกกระเทียม มีแหล่งผลิตสำคัญ ได้แก่ อำเภอลี้ ป่าซาง และ

บ้านโฮ้ง ปลุกหอมแดง มีแหล่งผลิตสำคัญ ได้แก่ อำเภอบ้านโฮ้ง ลี้ และป่าซาง ปลุกพืชผักต่าง ๆ มีแหล่งผลิตสำคัญ ได้แก่ อำเภอมือง และอำเภอบ้านโฮ้ง⁹ เห็นได้ว่าจังหวัดลำพูนเป็นแหล่งผลิตพืชผักที่สำคัญของภาคเหนือ โดยเฉพาะอำเภอบ้านโฮ้งเป็นแหล่งผลิตที่สำคัญในภาคเกษตรทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นพืชสวน พืชไร่ ตลอดจนการทำนา ทั้งนี้ผลผลิตส่วนหนึ่งจะป้อนเป็นวัตถุดิบแก่โรงงานอุตสาหกรรมแปรรูป และส่วนหนึ่งจะถูกส่งไปจำหน่ายในจังหวัดต่าง ๆ เช่น เชียงใหม่ ลำปาง กรุงเทพฯ นครสวรรค์ เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยตระหนักว่าเกษตรกรมีความเสี่ยงในการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อให้เกิดอันตรายและผลกระทบต่อสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง ประกอบกับอำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูนเป็นพื้นที่ที่มีการทำเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะประเมินความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตนและหาความสัมพันธ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร รวมถึงหาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตนกับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลหนองปลาสะวาย อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน โดยผลการศึกษาจะนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรม การใช้สารกำจัดศัตรูพืช ให้เกษตรกรมีความตระหนักให้การป้องกันตนเอง ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ตลอดจนเพื่อลดอันตรายจากการได้รับสารกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร ผู้สัมผัสสารและประชาชนผู้บริโภคผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ เกษตรกรในตำบลหนองปลาสะวาย อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน จำนวน 8 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านหนองสูง หมู่บ้านหนองปลาสะวาย หมู่บ้านท่ากอม่วง หมู่บ้านหนองเขียด หมู่บ้านห้วยสะเหล หมู่บ้านหนองเจริญ หมู่บ้านสันเจดีย์ริมปิง หมู่บ้านปากล้อง รวมจำนวน 2,096 คน¹⁰ กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณด้วยวิธีของยามานะ¹¹ ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 336 คน หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านด้วยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายแบบอาสาสมัคร (Voluntary Selection) โดยมีเกณฑ์การเข้า (Inclusion criteria) คือ ต้องเป็นเกษตรกรที่มีภูมิลำเนาและพื้นที่เกษตรกรรมอยู่ในตำบลหนองปลาสะวายในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพาะปลูก มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ ทั้งนี้การเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างจะคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยก่อนเข้าร่วมการศึกษาจะดำเนินการขออนุญาตยินยอมในการรวบรวมข้อมูล การแจ้งวัตถุประสงค์รวมถึงสิทธิต่างๆ การสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมถึงการเก็บรักษาความลับ โดยการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข (เลขที่ REC2563-02)

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (แบบ นบก.1-56) ตลอดจนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว เป็นต้น

ตอนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร เช่น การประกอบอาชีพ ลักษณะการทำเกษตรกรรม ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ลักษณะการใช้ วัตถุประสงค์การใช้ จำนวนวันเฉลี่ยในการใช้ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นต้น

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีลักษณะเป็นแบบถูกผิด แปลผลระดับความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็น 3 ระดับ คือระดับน้อย (0 - 3 คะแนน) ระดับปานกลาง (4 - 6 คะแนน) และระดับมาก (7-10 คะแนน)¹¹

ตอนที่ 4 ทศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) แปลผลระดับทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33) และ ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00)

ตอนที่ 5 การปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ แปลผลระดับการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33) และ ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00)

ตอนที่ 6 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทันทีหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินความเสี่ยงด้วยการทำเมตริกซ์ (matrix) ระหว่างระดับการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (ระหว่าง 15 - 24 คะแนน) ระดับปานกลาง (ระหว่าง 25 - 30 คะแนน) ระดับสูง (ระหว่าง 31 - 45 คะแนน) กับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นทันทีหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีอาการระดับน้อย กลุ่มที่ 2 มีอาการระดับปานกลาง และกลุ่มที่ 3 มีอาการระดับสูง โดยเลือกกลุ่มอาการผิดปกติที่สูงที่สุด (มากกว่า 1 อาการขึ้นไป) มาใช้ในการทำเมตริกซ์ กรณีกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติมากกว่า 1 กลุ่ม จะทำการเลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ามาใช้ในการทำเมตริกซ์ หลังจากนั้นจะแปลผลระดับความเสี่ยง แบ่งคะแนนระดับความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ คือ ความเสี่ยงในระดับต่ำ ระดับปานกลาง (ความเสี่ยงที่ยอมรับได้) ระดับค่อนข้างสูง ระดับสูง และระดับสูงมาก (ความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้)

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับการปฏิบัติตนกับระดับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.50) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.80 ± 9.67 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.60) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 89.60) ดังตารางที่ 1

ลักษณะการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำสวน (ร้อยละ 64.50) ทำการเกษตรโดยเฉพาะปลูกด้วยตนเอง (ร้อยละ 86.90) มี

ระยะเวลาประกอบอาชีพระหว่าง 11 – 15 ปี (ร้อยละ 43.20) การใช้สารเคมีจะเป็นผู้ผสมสารเคมีด้วยตนเอง (ร้อยละ 58.50) มีการใช้เฉลี่ยน้อยกว่า 7 วัน/เดือน (ร้อยละ 58.80) วัตถุประสงค์ของการใช้เพื่อกำจัดแมลง (ร้อยละ 50.00) ในรอบ 6 เดือนไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 69.10) และในรอบ 1 ปีไม่เคยเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการป้องกันตนการใช้สารกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 63.40) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 366 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	203	55.50
หญิง	163	44.50
อายุ		
20 – 30 ปี	12	3.30
31 – 40 ปี	16	4.40
41 – 50 ปี	88	24.00
51 – 60 ปี	161	44.00
60 ปีขึ้นไป	89	24.30
Mean $\pm$ SD (Min:max)	53.80 ± 9.67 (20:78)	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	273	74.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	62	16.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย	27	7.40
อนุปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร	4	1.10
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	328	89.60
มีโรคประจำตัว	38	10.40

ตารางที่ 2 ลักษณะการใช้สารเคมีของกลุ่มตัวอย่าง (n= 366 คน)

การใช้สารเคมีของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ		
ทำไร่	64	17.50
ทำนา	66	18.00
ทำสวน	236	64.50
ลักษณะการทำเกษตรกรรม		
เพาะปลูก (ทำเอง)	318	86.90
เพาะปลูก (รับจ้าง)	20	5.50
รับจ้างฉีดพ่น	4	1.10
รับจ้างอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร	24	6.60
ระยะเวลาประกอบอาชีพเกษตรกรรม		
น้อยกว่า 5 ปี	1	0.30
ระหว่าง 5 – 10 ปี	69	18.90
ระหว่าง 11 – 15 ปี	158	43.20
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	138	37.70
การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช		
เป็นผู้ผสมสารเคมี	214	58.50
อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น	163	44.50
เป็นผู้ฉีดพ่นเองหรือรับจ้างฉีดพ่น	154	42.10
อื่นๆ	13	3.50
จำนวนวันเฉลี่ยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช		
น้อยกว่า 7 วัน/เดือน	219	58.80
มากกว่า 7 วัน/เดือน	147	40.20
วัตถุประสงค์ของการใช้		
กำจัดแมลง	183	50.00
กำจัดวัชพืช	181	49.50
อื่นๆ	2	0.50
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในรอบ 6 เดือน		
ไม่เคย	253	69.10
เคย	113	30.90
การอบรมเกี่ยวกับการป้องกันตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในรอบ 1 ปี		
ไม่เคย	232	63.40
เคย	134	36.60

ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า 1.) ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 92.60) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูดซึมสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย การตรวจซ่อมแซมอุปกรณ์ฉีดพ่น การแต่งตัวป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมี และการพบแพทย์หากพบอาการไม่สบายในระหว่างหรือหลังจากฉีดพ่นสารเคมี กำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 100.00) 2.) ระดับทักษะเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 2.26 ± 0.19 โดยกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติมากที่สุดเกี่ยวกับการแต่งตัวป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมี ค่าเฉลี่ย

2.45 ± 0.58 รองลงมาคือสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นอันตรายต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ย 2.43 ± 0.70 และ 3.) ระดับการปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.58 ± 0.24 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนมากที่สุดเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดแมลงใน การปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 2.46 ± 0.63 รองลงมา การใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.40 ± 0.65 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะความสัมพันธ์	Mean	r	P- Value
ความรู้-ทัศนคติ	$7.87 - 2.26 \pm 0.19$	-0.091	0.08
ความรู้-การปฏิบัติ	$7.87 - 1.58 \pm 0.24$	-0.011	0.83
ทัศนคติ-การปฏิบัติ	$2.26 \pm 0.19 - 1.58 \pm 0.24$	0.066	0.21

การประเมินความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติทันทีหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 68.00) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทันทีหลังการใช้ในระดับน้อย (กลุ่มที่ 1) ส่วนใหญ่พบอาการเวียนศีรษะ (ร้อยละ 9.80) รองลงมาอาการเจ็บคอ คอแห้ง ตาแดง แสบตา ตาคัน (ร้อยละ 8.70) ระดับปานกลาง (กลุ่มที่ 2) ส่วนใหญ่พบตาพร่ามัว (ร้อยละ 7.40) กล้ามเนื้ออ่อนล้า (ร้อยละ 5.50) เป็นตะคริว (ร้อยละ 2.70) ทั้งนี้ไม่พบอาการทันทีหลังการใช้ในระดับสูง (กลุ่มที่ 3) เมื่อประเมินความ

เสี่ยงด้วยการทำเมทริกซ์ (Metrix) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความเสี่ยงในระดับต่ำ (ร้อยละ 42.30) ระดับปานกลางซึ่งยอมรับได้ (ร้อยละ 32.00) ระดับค่อนข้างสูง (ร้อยละ 16.10) และในระดับสูง (ร้อยละ 9.60) ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับระดับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 261.27$; $P\text{-value} < 0.01$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละการประเมินความเสี่ยง (Metrix) ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 366 คน)

กลุ่ม อาการ	การปฏิบัติตน			รวม
	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
	(15 – 24 คะแนน)	(25–30 คะแนน)	(31– 45 คะแนน)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	241
	155 (64.31)	80 (33.19)	6 (2.50)	(65.84)
กลุ่มที่ 1	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง	72
	37 (51.40)	28 (38.90)	7 (9.70)	(19.67)
กลุ่มที่ 2	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง	53
	25 (47.20)	23 (43.40)	5 (9.40)	(14.49)
กลุ่มที่ 3	สูง	สูง	สูงมาก	

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีของกลุ่มตัวอย่าง (n= 366 คน)

	ระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่ 1 ความเสี่ยงในระดับต่ำ		155	42.30
กลุ่มที่ 2 ความเสี่ยงในระดับปานกลาง (ความเสี่ยงที่ยอมรับได้)		117	32.00
กลุ่มที่ 3 ความเสี่ยงในระดับค่อนข้างสูง		59	16.10
กลุ่มที่ 4 ความเสี่ยงในระดับสูง		35	9.60
กลุ่มที่ 5 ความเสี่ยงในระดับสูงมาก (ความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้)		-	-

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ของระดับการปฏิบัติตนกับระดับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง (n= 366 คน)

ระดับ การปฏิบัติตน	ระดับความเสี่ยง					χ^2
	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง	สูงมาก	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับน้อย (15–24 คะแนน)	155 (100.00)	37 (31.60)	25 (42.40)	-	-	$\chi^2 = 261.27$ df=6 P-value <0.01
ระดับปานกลาง (25–30 คะแนน)	-	80 (68.40)	28 (47.50)	23 (65.70)	-	
ระดับสูง (31–45 คะแนน)	-	-	6 (10.20)	12 (34.30)	-	

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวนเป็นหลักที่เพาะปลูกด้วยตนเองมาอย่างน้อย 11 – 15 ปี แรงงานภาคการเกษตรส่วนใหญ่เป็นเพศชายเป็นไปตามวิถีสังคมและวัฒนธรรมแบบล้านนาที่เพศชายจะเป็นบุคคลหลักที่หารายได้ให้กับครอบครัว ดูแลสมาชิกในครัวเรือน สอดคล้องกับ พัตราภรณ์ ณะแก้ว¹³ และอุเทน ชัยวงศ์¹⁴ ที่พบว่าผู้ชายส่วนใหญ่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพราะต้องใช้ความแข็งแรงในการออกแรงยก ขน หรือแบกอุปกรณ์ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ออกแรงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างจะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดแมลงอย่างน้อย 7 ครั้งต่อเดือน และติดตามผลหลังการใช้ในช่วง 3 – 7 วัน

กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และไม่เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกวิธี สอดคล้องกับพิสิษฐ์ อัจฉฤกษ์¹⁵ ที่พบว่าแหล่งความรู้ส่วนใหญ่ของเกษตรกรได้จากเพื่อนบ้านที่ไม่เคยเข้ารับฝึกอบรมทางด้านการเกษตร ดังนั้นหน่วยงานของราชการควรเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้แก่เกษตรกรมากขึ้น และต่อเนื่อง ส่งเสริมการจัดการศัตรูพืชแบบผสมผสานและเทคนิคทางเลือกให้เกษตรกรในการลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อได้รับพิษ ให้กับเกษตรกรอย่างทั่วถึง¹⁶

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติทันทีหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่สัมผัสสารเคมีก็ยังพบอาการเวียนศีรษะ เคืองตา แสบตา แสบจมูก ซาปลาย

มือปลายเท้า คอแห้ง ตาพร่ามัว และอื่นๆ สอดคล้องกับ จิว เซาร์ถาวร¹⁷ และ ธนิตา สุกีน¹⁸ ที่พบว่าการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ส่วนใหญ่ทำให้เกิดอาการกับระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ และอาการ 5 กลุ่มแรกที่มีพบได้แก่ เหนื่อยออกมาภายหลังการใช้สารเคมี ซาปลายมือปลายเท้า คอแห้ง ตาพร่ามัว และกล้ามเนื้อเป็นตะคริว

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมาก ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง แต่การปฏิบัติในการใช้สารเคมีอยู่ในระดับน้อยและปัจจัยทั้งสามไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการอบรมและข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทำการเกษตรมาเป็นระยะเวลาหลายปีจึงปฏิบัติงานด้วยความเคยชินอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมาภายในครัวเรือน และจากเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับอุเทน ชัยวงศ์¹⁴ พบว่าเกษตรกรที่ใช้สารเคมีและสารอินทรีย์มีความรู้อยู่ในระดับสูง ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าการปฏิบัติตนในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับระดับความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรมีการคัดกรองและตรวจสอบสุขภาพประจำปี จัดการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้เกษตรกรปฏิบัติตนอย่างถูกต้องรวมถึงสร้างความตระหนักต่อการป้องกันอันตรายและส่งเสริมการใช้เกษตรอินทรีย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรประยุกต์วิธีวิจัยทางระบาดวิทยาการศึกษาเชิงคุณภาพที่ครอบคลุมทุกมิติคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิต

วิญญานในลักษณะความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชา

2. ศึกษาศาสนาสุขภาพของเกษตรกรโดยการประเมินแบบอื่น เช่น การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

3. ควรส่งเสริมการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกวิธีและการสร้างความตระหนักในการใช้เกษตรอินทรีย์ในการเพาะปลูก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากบุคลากร เจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน สาธารณสุขอำเภอบ้านโฮ่ง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการวิจัยในพื้นที่ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมวิชาการเกษตร. จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนเกษตรกรปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสาร. [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก www.agriinfo.doae.go.th.
2. สำนักระบาดวิทยา. ข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา รายงาน 506 พ.ศ. 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก www.moph.go.th.
3. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนวทางดำเนินงานเกษตรกรปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ กายจิต ผ่องใส. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2553.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุขระวังโรคเกษตรกรไทยเผย 5 ปี ยอดเสี่ยงสารพิษพุ่ง

[อินเทอร์เน็ต]. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ. [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.thaihealth.or.th.

5. อัมราภรณ์ ภูระยา. การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดอันตรายด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร หมู่ที่ 9 ตำบลห้วยเหี้ย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.
6. Cheryl, L., Beseler, L., Stallones, J. A., Hoppin, M. C. R., Alavanja, A., Blair, T., Keefe and Kamel, F. Depression and pesticide exposures among private pesticide applications enrolled in the Agricultural Health Study. Retrieved October 11, 2013 from www.ncbi.nlm.nih.gov.
7. ศูนย์ข้อมูลพิษวิทยารามาธิบดี. พิษจลศาสตร์และพิษพลศาสตร์ [วิทยานิพนธ์]. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก www.med.mahidol.ac.th.
8. กรมส่งเสริมวิชาการเกษตร. จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนเกษตรกรปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสาร: [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก www.agriinfo.doae.go.th.
9. สำนักงานการเกษตรจังหวัดลำพูน. สภาวะเศรษฐกิจจังหวัดลำพูน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก www.lamphun.go.th
10. สาธารณสุขอำเภอบ้านโฮ่ง. รายงานการดำเนินโครงการป้องกันและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรในพื้นที่จังหวัดลำพูน. ลำพูน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลำพูน; 2562.

11. Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Ed. New York: Harper and Row Publications; 1973.
12. Best, J. W. Research in education (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall; 1981.
13. พัตราภรณ์ ณะแก้ว. การศึกษาสถานะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของเกษตรกรที่ใช้สารกำจัดศัตรูพืช ตำบลเมืองจัง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2560.
14. อุเทน ชัยวงศ์. ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ชนิด Carbofuran, Dicrotophos, EPN และ Methomyl ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของเกษตรกร ในเขตพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ [วิทยานิพนธ์]. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2555.
15. พิสิษฐ์ อัจฉฤกษ์. ความต้องการฝึกอบรมการใช้สารป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในอำเภอมือเหล็ก จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมการเกษตร. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
16. ปัทมา เมียงมุกข์. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และทัศนคติด้านความเสี่ยงของเกษตรกรปลูกผักในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์เกษตรและทรัพยากร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2558.
17. จิว เขียวถาวร. ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรปลูกหอมแดงตำบลจำปาหวาย อำเภอมือเหล็ก จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
18. ธนิตา สุกิน. การรับรู้ภาวะสุขภาพและความตระหนักต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านห้วยซอน ตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.

Received: 8 Dec 2019, Revised: 6 Feb 2020

Accepted: 13 Feb 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการพอกยาสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐมเกียรติสุดา เชื้อสุพรรณ^{1,*} วิชัย โชควิวัฒน์² ศุภะลักษณ์ พักคำ² และธวัชชัย กมลธรรม²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพอกยาสมุนไพร ต่อระดับความปวดของข้อเข่า วิธีการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลองโดยมีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับการรักษาด้วยวิธีการพอกยา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย ใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) และแบบประเมินความเจ็บปวด (VRS) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t – test ผลการวิจัย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวนทั้งหมด 30 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 เพศชาย 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 อายุกลุ่มทดลองเฉลี่ย 59.63 ปี (SD = 6.408) ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 55 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอายุ 50 – 54 ปี และอายุ 60 – 64 ปี ร้อยละ 20 หลังการเข้าร่วมการพอกยา กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 30.23 (SD = 2.873) ซึ่งสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการพอกยาที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 25.07 (SD = 2.852) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ระดับ 0.01 หลังการเข้าร่วมการพอกยา กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 2.63 (SD = .964) ซึ่งต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการพอกยาที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 4.90 (SD = .803) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่าการใช้ยาพอกยาสามารถใช้เป็นทางเลือกในการรักษาทดแทนการใช้ยาแบบรับประทานได้

คำสำคัญ การพอก ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อาการปวดเข่า

¹ นักศึกษา หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

² อาจารย์ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

* Corresponding author: marioly_jade@hotmail.com

*Original Article***Effectiveness of Herbal Poultice for Knee Pain Relief in Patients with Osteoarthritis of Knee in Banpoom Tambon Health Promoting hospital Don Tum District, Nakhon Pathom Province**

Keitsuda Chuesuphan^{1,*}, Vichai Chokevivat²,
Supalak Fakkham², Thavatchai Kamoltham²

Abstract

The aims of this research was to compare effectiveness of herbal poultice on the pain level of the knee. The research design was a quasi-experimental with pretest-posttest design by poultice for knee method. The samples used in the research were 30 osteoarthritis patients. Used tools comprised severity assessment form for knee osteoarthritis (Oxford Knee Score) and measurement of pain (VRS) were collected and data analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test. The results revealed the number of elderly with knee pain from knee osteoarthritis totaled 30 patients were females more than males occurs in 60% in 18 females and 40% in 12 males patients, average age 59.63 years (SD = 6.408). Most of 40% of persons were 55-59 years old had knee osteoarthritis, 20% were followed by the age of 50-54 years old and 60-64 years old. After participated of poultice of the knee. The experimental group had an average score of Oxford knee score equal to 30.23 (SD = 2.873) which was higher than before participated of poultice of the knee with an average score of the Oxford knee score of 25.07 (SD = 2.852). Statistical significance (p-value) at 0.01. After participated of poultice of the knee. The experimental group had an average score of level of pain equal to 2.63 (SD = 0.964) which was lower than before participated of poultice of the knee with an average score of level of pain to 4.90 (SD = 0.803). Statistical significance (p-value) at 0.01. The results concluded that use of herbal poultice on the knee can be used as an alternative treatment instead of oral medicine.

Keywords:poultice, osteoarthritis patients, osteoarthritic pain

¹ Student (Master of Applied Thai Traditional Medicine), College of Allied Health Sciences, Suansunandha Rajabhat University

² Lecturer, College of Allied Health Sciences, Suansunandha Rajabhat University

* Corresponding author: marioly_jade@hotmail.com

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยมากที่สุดโรคหนึ่งในประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปพบอุบัติการณ์การเกิดข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่ร้อยละ 15.6 ร้อยละ 27.8 ใน the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) ร้อยละ 16.1 ในประเทศจีน ร้อยละ 21.2 ในประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 37.8 ในประชากรผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี ร้อยละ 6 – 35 ในคนไทย และร้อยละ 60 ในพระสงฆ์ของไทย¹

รายงานผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในไทยล่าสุดใน พ.ศ. 2556² ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 14,000 คน ที่ได้รับการสุ่มเป็นตัวแทนจาก 28 จังหวัดใน 12 เครือข่ายบริการสุขภาพทั่วประเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจโรคข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ 72.9 ขณะที่กลุ่มที่เคยได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้มีร้อยละ 10.6 โดยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่มาก่อน พ.ศ. 2553 ร้อยละ 38.20 ช่วง พ.ศ. 2553 – 2555 ร้อยละ 36.20 และ พ.ศ. 2556 ร้อยละ 20.50 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 10.60 ในจำนวนนี้เป็นเพศชายร้อยละ 2.20 และเพศหญิงร้อยละ 8.40; ผลการประเมินความรุนแรงของโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุดถึงร้อยละ 37.80 รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 31.80 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 19.60 ผลการประเมินความรุนแรงพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.40 ไม่พบอาการผิดปกติ รองลงมาคือเริ่มมีอาการผิดปกติร้อยละ 12.80 มีอาการรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 16.20 และมีอาการระดับรุนแรง ร้อยละ 4.40; ด้านวิธีการบำบัดรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการ

รักษาด้วยยาเกินและยาฉีด 199 คน รักษาด้วยการฉีดยาชุด ยาหม้อและยาสมุนไพรมารับประทานเอง 33 คน ทำกายภาพบำบัด 118 คน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 151 คน ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสุขภาพ 86 คน ได้รับการติดตามอาการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 149 คน และไปรับการตรวจตามนัดที่สถานพยาบาล 192 คน สำหรับสถานพยาบาลหลักที่กลุ่มตัวอย่างใช้บริการในการดูแลรักษาโรคคือ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีแพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ ร้อยละ 42.10 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 18.90 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 16.90

จำนวนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ มีจำนวน 552 คน และได้รับการคัดกรองวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และไม่มีโรคร่วม เช่น Below Knee amputation ใส่ขาเทียม OA hip, OA ankle ซึ่งจากสถิติพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2558 โดยในที่นี่รวมทั้งผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ที่มาตรวจรักษาต่อเนื่องมีจำนวน 92 คน ร้อยละ 16.66 และมีแนวโน้มสัดส่วนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ระบุตำแหน่งต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคอื่น ๆ สูงขึ้น และยังพบว่าส่วนใหญ่มักพบในตำแหน่งของข้อเข่าและมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน³

โรคข้อเข่าเสื่อม มีคำจำกัดความตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมของ The American College of Rheumatology (ACR) ดังนี้ มีอาการปวดข้อเข่าและมีปุ่มกระดูกงอกในภาพรังสีของข้อเข่า และมีลักษณะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ 1. อายุมากกว่า 50 ปี 2. อาการผิด

แข็งในตอนเช้า ประมาณ 30 นาที 3. มีเสียงกรอบแกรบ (crepitus) ขณะเคลื่อนไหวเข้า

การแบ่งความรุนแรงของโรคใช้การแบ่งของ Kellgren-Lawrence grading system⁴ โดยขั้นโรคที่ศูนย์ แสดงถึงไม่มีภาวะโรคข้อเข่าเสื่อม ขั้นโรคที่หนึ่งแสดงปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อเข่าเล็กน้อย ขั้นโรคที่สองมีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน ขั้นโรคที่สามมีช่องข้อเข่าแคบลง และขั้นโรคที่สี่มีช่องข้อเข่าแคบลงชัดเจนร่วมกับมีเนื้อใต้กระดูกอ่อนกระดูก

สำหรับในประเทศไทยโรคข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นภาวะโรคที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 6 โรคนี้เกิดขึ้นเนื่องจากผิวข้อเข่าเสื่อมสภาพและหลุดลอก ทำให้เกิดอาการข้อเข่าอักเสบ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ภาวะนี้จะรุนแรงขึ้นจนกระดูกผิวข้อหลุดตัว แนวกระดูกขาโก่งหรือเกิดผิดรูป ซึ่งอาจทำให้ทุพพลภาพจนไม่สามารถเดินได้ตามปกติ โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้แก่ ภาวะอ้วน เพศหญิง การใช้งานของข้อเข่ามากเกินไปหรือใช้ผิดวิธี การบาดเจ็บของข้อเข่า พันธุกรรม การสูบบุหรี่ ฯลฯ แม้ว่าจะมีรายงานจากองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่จะช่วยชะลอการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมก็ตาม เช่น การงดนั่งกับพื้น การฝึกกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า การฝึกโยคะ การรำไทเก๊ก เป็นต้น แต่ก็ยังไม่ได้เป็นที่ทราบและนำไปปฏิบัติอย่างแพร่หลายในปัจจุบันมีวิธีการรักษาโรคนี้มากมายหลายวิธีได้แก่การฝึกกล้ามเนื้อ การงดการงอเข่ามาก ๆ การให้ยาลดอาการปวดอักเสบ การให้ยากลุ่มสารธรรมชาติที่มีองค์ประกอบของกระดูกอ่อน การฉีดสารเข้าข้อ การส่องกล้องล้างข้อเข่าไปจนถึงการผ่าตัดจัดกระดูกและการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กระบวนการรักษาเหล่านี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เช่น การเปลี่ยนข้อเข่าเทียมปฐมภูมิในโรงพยาบาลรัฐมีค่าใช้จ่ายประมาณ 1 แสนบาทต่อราย¹

ในภาวะที่สังคมไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุภายใน 10 – 15 ปีข้างหน้าและมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 หากสามารถหาแนวทางการป้องกันโรคนี้ได้ น่าจะทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรไทยวัยสูงอายุดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายที่ต้องลงทุนกับโรคนี้เพื่อให้ทางรัฐสามารถผันเงินไปใช้จ่ายด้านสุขภาพในโรคอื่นที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด¹

ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาการและอาการแสดงดังกล่าวจะมากขึ้นแตกต่างกันไป ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้านร่างกายผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่า ทำให้มีการใช้ยาลดปวด ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ เพื่อบรรเทาอาการปวดแต่ต่าง ๆ ไม่สามารถหยุดยั้งการทำลายของข้อได้ เมื่อมีการทำลายของข้อในระยะท้าย ๆ ผู้สูงอายุจะปวดจนนอนไม่หลับในเวลากลางคืน² ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น⁵

จากลำดับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ส่งเสริม และป้องกันโรค ได้ตระหนักถึงความสำคัญ และเล็งเห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อีกทั้งการตรวจและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังทำได้มากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากใกล้บ้านและสะดวกในการมารับบริการมากกว่าสำหรับกลุ่มผู้มารับบริการแพทย์แผนไทยเกือบทั้งหมดที่มาด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ อาการหนึ่งที่พบมากคือ อาการปวดเข่าจากเข่าเสื่อม เข่าอักเสบ ซึ่งมาจากหลายสาเหตุ เช่น เสื่อมตามอายุ น้ำหนักตัวมาก ทำงานหนัก

อุบัติเหตุ เป็นต้น การรักษาโดยการนวดและประคบนั้นคงยังไม่เพียงพอ อีกทั้งทางกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ผลักดันตำรายาพอกเข้าซึ่งช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข่าได้มารักษา ร่วมกับการนวดประคบ ทางผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการพอกยาสมุนไพรที่เข้ารับการตรวจรักษา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม โดยใช้วิธีการพอกยาสมุนไพรและมีการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อที่จะได้นำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการลดภาวะความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือการให้คำแนะนำ ในลักษณะสื่อต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากที่สุด เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดความรุนแรงของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพอกยาสมุนไพรต่อระดับความปวดของข้อเข่าก่อนและหลังการได้รับการรักษาด้วยวิธีการพอกเข้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีกลุ่มตัวอย่างเดี่ยว (Single Subject Research) ทดสอบก่อน – หลัง (one group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพอกยาสมุนไพรต่อระดับความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ซึ่งได้รับการพิจารณาจากเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA.1-52/2017

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย โดยใช้เครื่องมือคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (oxford knee score)

2. สอบถามความสนใจและอธิบายเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย

3. ทำการรักษาด้วยการพอกยาสมุนไพร ครั้งละ 1 ชั่วโมง วันเว้นวัน จำนวน 12 ครั้ง

4. วัดระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษา โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดตามมาตรวัด Visual Rating Scales: VRS

5. วัดระดับความเจ็บปวดหลังการรักษา โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดตามมาตรวัด Visual Rating Scales:VRS

6. ตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า เข้ารับการรักษาในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis knee) ซึ่งผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาไม่จำกัดเพศ จำนวน 30 คน โดยทำการศึกษาในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมในการศึกษา

1. เพศชาย หรือเพศหญิง
2. อายุ 50 ปี ขึ้นไป

3. แพทย์แผนไทยวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis knee)
4. ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่า
5. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ไม่มีแผนการรักษาทางศัลยกรรม
6. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก
7. ผู้ป่วยมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา

1. เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. ได้รับการฉีดยาเข้าข้อเพื่อรักษาอาการปวด เช่น สเตียรอยด์ในระยะ 3 เดือน
3. เจ็บป่วยเรื้อรังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ (Bedridden) หรือพิการที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคข้อ เข่าเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
4. มีอาการไม่พึงประสงค์จากการพอกยาสมุนไพร เช่น มีอาการปวดมากขึ้นหรือมีอาการที่แย่ลง มีผื่นคัน มีอาการบวม และแพ้ยาพอกสมุนไพร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เครื่องมือในการประเมินในงานวิจัยโดยการวัดมาตราส่วนประมาณค่าได้แก่ เครื่องมือการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC), Lequesne OA index และ Oxford KneeScore

1.1 WOMAC (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เริ่มพัฒนาโดยเบลลามีบูชานแนม โกลด์สมิธ แคมเบลล์ และสติทท์⁶ (Bellamy, Buchanan, Goldsmith, Campbell, Stitt ในปี 1982 และได้มีการใช้กันอย่างแพร่หลายใช้ WOMAC เป็นเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับ

ความรุนแรงของโรคข้อเสื่อม⁶ ที่มีความไว น่าเชื่อถือแม่นยำประกอบด้วย 24 คำถามซึ่งจะประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่อาการปวดมี 5 คำถาม อาการปวดขณะเดิน อาการปวดขณะขึ้นบันได อาการปวดในเวลากลางคืน อาการปวดขณะพัก อาการปวดเวลาลงน้ำหนักการติดขัดของข้อมี 2 คำถาม อาการฝืดตึงในข้อเวลาเช้า และอาการฝืดตึงข้อเวลากลางคืนความสามารถในการทำหน้าที่มี 17 คำถามเกี่ยวกับการขึ้น-ลงบันได การเปลี่ยนท่าจากการนั่งเป็นยืน ยืนเป็นนั่ง ก้มลงกับพื้น เดินบนพื้นราบ เข้า-ออกรถยนต์ เดินขึ้นของ สวม-ถอดถุงเท้า ลูก และล้มตัวจากเตียงเดิน เข้า-ออกอ่างอาบน้ำ นั่งลง-ลุกจากโถส้วม การทำงานบ้าน ทั้งหนัก และเบา⁷

สำหรับในประเทศไทยได้มีการใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)⁷ โดยนำมาประยุกต์เรื่องเป็นและแปลให้เป็นภาษาไทยได้แก่

1.1.1 แบบบันทึกความความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมของ⁸ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (visual analog scales) เครื่องมือการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับความนิยมในต่างประเทศ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)⁷ โดยนำมาประยุกต์เรื่องการสวมถอดถุงเท้าเป็นสวมรองเท้าหรือถุงเท้าและตัดหัวข้อเรื่องการเดินเข้าออกอ่างอาบน้ำและแปลให้เป็นภาษาไทยเชิงเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตรซึ่งได้มีการวัดความตรงกันตามเนื้อหาของแบบบันทึกความความรุนแรงได้ ค่าความตรง 0.83 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อการรับรู้การปวดข้อเข่าจำนวน 8 ข้ออาการข้อติดขัดจำนวน 2 ข้อและความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าจำนวน 13 ข้อโดยเลข 0

หมายถึงไม่มีอาการและหมายเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

เกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้⁷

คะแนน 0 – 57.5 หมายถึง ระดับที่ 1

คะแนน 57.6 – 115.0 หมายถึง ระดับที่ 2

คะแนน 115.1 – 172.5 หมายถึง ระดับที่ 3

คะแนน 172.6 – 230.0 หมายถึง ระดับที่ 4

สามารถอธิบายระดับของความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นระดับที่ไม่มีมีความรุนแรง ผู้สูงอายุสามารถเดินทางไกลเดินขึ้นบันไดหรือลงบันไดนั่งพับเพียบได้โดยไม่มีอาการปวดข้อเข่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ปกติ

ระดับที่ 2 เป็นระดับที่โรคมีความรุนแรงน้อยผู้สูงอายุจะมีอาการปวดข้อเข่าเมื่อต้องเดินทางเป็นระยะทางไกลหรือขึ้น-ลงบันไดเมื่อนั่งพักก็จะหายปวดการลุกจากท่านั่งเป็นทำยืนอาจมีอาการปวดสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้แต่เหมือนปกติ

ระดับที่ 3 เป็นระดับที่มีความรุนแรงปานกลางผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากขึ้นบ่อยจนไม่สามารถขึ้น-ลงบันไดได้ไม่สามารถนั่งยองๆหรือนั่งพับเพียบไม่ได้นานเมื่อนั่งแล้วลุกขึ้นได้ยากเดินทางไกลและไม่สามารถเดินบนที่ลาดชันได้

ระดับที่ 4 เป็นระดับที่มีความรุนแรงมาก ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดเข่าตลอดเวลาทั้งขณะที่ใช้ข้อและพักข้อหรือทุกก้าวที่ต้องเคลื่อนไหวมีอาการข้อเข่าฝืดมากเมื่อต้องในอิริยาบถเดิมนาน โดยเฉพาะขณะตื่นนอนตอนเช้ามีความผิดปกติรูปร่างข้อเข่าเสียสมดุลในการทรงตัวและเคลื่อนไหวต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น

1.1.2. แบบประเมินความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม ของวิลโล คูปต์นิรติศัยกุลที่ได้มีการประยุกต์จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) ปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมไทยโดยมี

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 คน ได้แก่ นักกายภาพบำบัด แพทย์ออร์โธปิดิกส์ ผู้เชี่ยวชาญผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญบำบัดโรคทางกาย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้มีการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยการประเมินในผู้ป่วยจำนวน 114 คน เปรียบเทียบคะแนน WOMAC ฉบับภาษาไทยร่วมกับการประเมินด้วย Lequesne Index of severity for osteoarthritis of the knee (ISOA knee) ด้านอาการปวดและหน้าที่การทำงานของร่างกาย พบว่ามีความสัมพันธ์กันในด้านอาการปวดหน้าที่การทำงานของร่างกายได้ค่าความสอดคล้องภายใน อยู่ในช่วง 0.85- 0.97 (internal consistency)⁹

1.2 Lequesne Index of severity for osteoarthritis of the knee (ISOA knee) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่หรือความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมใช้เพื่อประเมินประสิทธิภาพการรักษาโดยมีการสอบถามในหัวข้อ 11 หัวข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 อาการไม่สุขสบายหรืออาการปวดจำนวน 7 ข้อในเรื่องอาการปวดเวลากลางคืนอาการข้อติดขัดเวลาเข้าหลังจากตื่นนอนปวดเมื่อยเมื่อยนาน 30 นาทีปวดขณะเดินปวดเมื่อลุกจากเก้าอี้ที่นั่งที่ไม่มีที่พนักแขนส่วนที่ 2 ระยะทางสูงสุดในการเดินจำนวน 2 ข้อระยะทางสูงสุดที่เดินได้ส่วนที่ 3 การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินกิจวัตรประจำวัน จำนวน 4 ข้อความสามารถในการขึ้นบันไดความสามารถในการลงบันไดความสามารถในการหมุนตัวหรือนั่งยองๆความสามารถในการเดินบนทางที่ไม่เรียบ การประเมินแต่ละคำถามให้คะแนนตามความรุนแรงอาการปวดระยะทางที่เดินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมคะแนนแบ่งเป็น 6 ระดับ คะแนน 1-4 คะแนนไม่มีความรุนแรงคะแนน 5-7 คะแนนมีความรุนแรงเล็กน้อยคะแนน 8-10 คะแนนรุนแรงปานกลางคะแนน 11-13 รุนแรงมากคะแนน 14 ขึ้นไปมีความรุนแรงที่สุด¹⁰

1.3 เครื่องมือคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) เป็นการคัดกรองประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อใช้ประเมินประสิทธิภาพการรักษา โดยมีการสอบถามใน 11 หัวข้อ การประเมินความรุนแรงมี 4 ระดับ¹¹

คะแนนรวมที่ได้ 0 ถึง 19 มีข้อบ่งชี้: เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง ควรได้รับการรักษาจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อทันที

คะแนนรวมที่ได้ 20 ถึง 29 มีข้อบ่งชี้: มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ควรปรึกษาศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเพื่อรับการตรวจรักษา เอกซเรย์ข้อเข่า และประเมินอาการของโรค

คะแนนรวมที่ได้ 30 ถึง 39 มีข้อบ่งชี้: พบเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ควรได้รับคำแนะนำจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเรื่องการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การควบคุมน้ำหนักเพื่อไม่ให้อ้วน หลีกเลี่ยงท่าหรือกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการและความรุนแรงของโรคมากขึ้นและการประเมินระดับอาการของโรค

คะแนนรวมที่ได้ 40 ถึง 48 ยังไม่พบอาการผิดปกติ แต่ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบบันทึกการคัดกรองประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

เพื่อใช้ประเมินประสิทธิภาพการรักษาความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมจากเครื่องมือคัดกรองข้อเข่าเสื่อม oxford knee score ซึ่งได้มีการปรับใช้ให้เป็นฉบับภาษาไทยโดยมีการประเมินทั้งหมด 11 หัวข้อ และการประเมินความรุนแรงใน 4 ระดับ

2. แบบประเมินความเจ็บปวด Visual rating scale:VRS (Donovan Ivers Marilee. A Practical Approach to pain Assessment, in pain) คือการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง ช่องละ 1 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีตัวเลขแทนค่าความรุนแรงของความปวดโดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายตรงเลขใดถือเป็นคะแนนความปวดคะแนนความปวด (pain score)

0 – 1 คือ ยอมรับได้

2 – 3 คือ พอรับได้

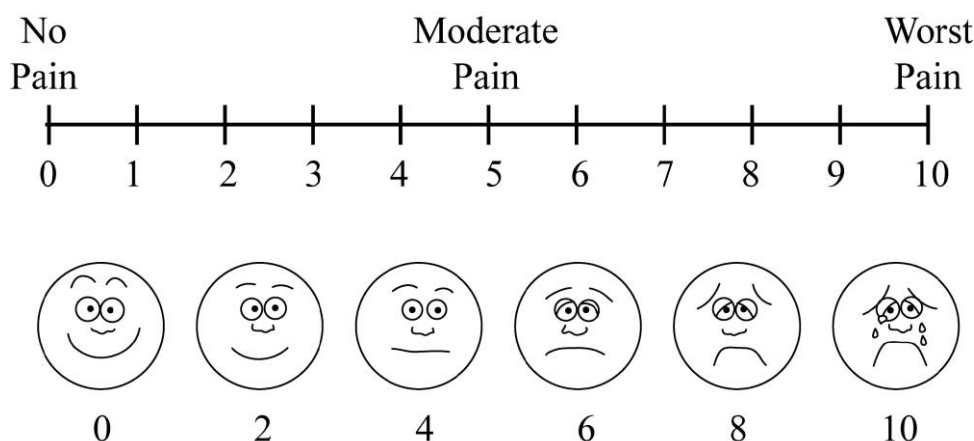
4 คือ มีอาการปวดเล็กน้อยพอทนได้

5 คือ ปวดปานกลาง

6 – 7 คือ ปวดมากพอสมควร

8 – 9 คือ ปวดจนไม่ยอมทำอะไร

10 คือ ปวดมากที่สุด



3. **ตำรับยาพอกสมุนไพร** ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้หัวตองดึง, ผักเสี้ยนผีทั้งห้า, หัวว่าน น้ำ อย่างละ 3 บาท ไพล ใบพลับพลึง ใบส้มป่อย อย่างละ 2 บาท เกลือเม็ด ดินสอพอง อย่างละ 1 บาท

4. **การศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล**
ขอบเขตด้านตัวแปร ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านตัวแปรไว้ ดังนี้
ตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ตำรับยาพอกเข้า

ตัวแปรตาม คือ อาการปวดเข้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis knee) ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม โดยใช้เครื่องมือคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (oxford knee score) เพื่อประเมินคัดกรองความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

2. สอบถามความสมัครใจและอธิบาย เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือ จึงดำเนินการในขั้นตอนของการรักษาต่อไป

3. วัดระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษา โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายระดับความเจ็บปวดตามมาตราวัด Visual Rating Scales: VRS

4. ทำการรักษาด้วยการพอกยาสมุนไพร ตำรับยาประกอบด้วย หัวตองดึงผักเสี้ยนผีทั้งห้า หัวว่าน น้ำ อย่างละ 3 บาท ไพล ใบพลับพลึง ใบส้มป่อย อย่างละ 2 บาท เกลือเม็ด ดินสอพอง อย่างละ 1 บาททั้งด้านหน้าและด้านหลังเข่า จากนั้นนำผ้าก๊อชมาพันรอบเข่า ทิ้งไว้ 1 ชั่วโมงพอกสมุนไพรที่พอกแห้งให้แกะผ้าก๊อชและเช็ดทำความสะอาด

5. วัดระดับความเจ็บปวดหลังการรักษา โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายระดับความเจ็บปวดตามมาตราวัด Visual Rating Scales: VRS

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลการประเมินระดับอาการปวดเข่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 ราย จำแนกตามเพศ และอายุ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวนทั้งหมด 30 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 เพศชาย 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 อายุกลุ่มทดลองเฉลี่ย 59.63 ปี (SD = 6.408) ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 55 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอายุ 50 – 54 ปี และอายุ 60 – 64 ปี ร้อยละ 20 ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการพอกยาสมุนไพร พบว่า หลังการเข้าร่วมการพอกเข้า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของค่า Oxford knee score เท่ากับ 30.23 (SD = 2.873) ซึ่งสูงกว่าก่อนการ

เข้าร่วมการพอกเข่าที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของค่า Oxford knee score เท่ากับ 25.07 (SD = 2.852) ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 2 กล่าวคือ คะแนนเพิ่มสูงขึ้น ระดับความเจ็บปวด

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และอายุ (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	40
หญิง	18	60
อายุ		
50 – 54 ปี	6	20
55 – 59 ปี	12	40
60 – 64 ปี	6	20
65 – 69 ปี	3	10
70 ปีขึ้นไป	3	10
$\bar{x}$ = 59.63, SD= 6.408, Min = 50, Max = 77		

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (n=30)

ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	$\bar{x}$	SD	t	p-value
Oxford knee score (ก่อน)	25.07	2.852	- 33.935	< 0.01
Oxford knee score (หลัง)	30.23	2.873		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลระดับความเจ็บปวดก่อน และหลังการพอกยาสมุนไพร พบว่า หลังการเข้าร่วมการพอกเข่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 2.63 (SD = .964) ซึ่งต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการพอกเข่าที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 4.90 (SD = .803) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความเจ็บปวด (n = 30)

ระดับความเจ็บปวด	$\bar{x}$	SD	t	p-value
VRS (ก่อน)	4.90	.803	16.784	< 0.01
VRS (หลัง)	2.63	.964		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพอกยาสมุนไพร ต่อระดับความปวดของข้อเข่า ก่อนและหลังการได้รับการรักษาด้วยวิธีการพอกเข่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึง มกราคม 2562 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ อายุ 50 ปีขึ้นไป มีอาการปวดเข่า ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ไม่มีแผนการรักษาทางศัลยกรรม ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก โรคเบาหวาน มีความสามารถในการเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยภาษาพูดได้อย่างดี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังการเข้าร่วมการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของค่า Oxford knee score สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ คะแนน Oxford knee score เพิ่มสูงขึ้น ระดับความเจ็บปวดลดลง

2. ภายหลังการเข้าร่วมการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง หลังจากการได้รับการพอกยาสมุนไพร ผลการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเฉลี่ย 25.07 ในขณะที่หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเฉลี่ย 30.23 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ระดับ 0.01 โดยระดับคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะแปรผกผันกับคะแนนระดับความเจ็บปวด กล่าวคือ ถ้าคะแนนระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมยิ่งสูงขึ้นแสดงว่าอาการปวด การทำกิจวัตรประจำวัน การก้าวขึ้นลงรถ ระยะเวลาการเดิน การลุกขึ้นจากเก้าอี้ การลุกนั่ง การทำงานบ้าน การเดินลงบันไดทำได้ดีขึ้น และระดับความเจ็บปวดจะลดต่ำลง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพอกยาสมุนไพรที่ประกอบไปด้วยสมุนไพรที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ลดอาการปวด มีส่วนช่วยลดอาการปวดเข่า และเพิ่มการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้เพิ่มมากขึ้นได้

2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีระดับคะแนนความปวดของข้อเข่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังจากผลการพอกยาสมุนไพร ผลการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย 4.90 ในขณะที่หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย 2.63 ซึ่งต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นผลมาจากการพอกยาสมุนไพรมีผักเสี้ยนผีทั้งห้า หัวดองดิ่ง หัวवानน้ำ และไพล เป็นส่วนประกอบหลัก ที่มีฤทธิ์ในการลดการอักเสบ และลดความปวดได้ สอดคล้องกับสรรพคุณสมุนไพร ซึ่งผักเสี้ยนผี มีฤทธิ์แก้ปวด เป็นยาชาเฉพาะที่ ใช้ในตำรับยานวด หัวดองดิ่ง แก้ปวดตามข้อ แก้โรคปวดข้อ (gout) ตำผสมทำยาประคบแก้ปวดข้อ แก้ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ แก้

ข้ออักเสบฟกบวม หัวเข่า น้ำ ปวดแก้ปวดตามข้อ และกล้ามเนื้อ และไฟลแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นยาเฉพาะที่ อนุวัตตัว แก่เคล็ดขัดยอก ฟก ข้ำบวม ข้อเท้าแพลง โดยไฟลมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ เนื่องจากมีสาร dimethoxyphenyl butadiene (DMPBD) ที่สามารถยับยั้งการบวม ได้สูงที่สุดและสามารถระงับความเจ็บปวดได้ดี เทียบเท่ากับแอสไพริน และสอดคล้องกับปิยะพล พูลสุข และคณะ¹² ได้ศึกษาประสิทธิภาพของยา พอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม แสดงให้เห็นว่าการพอกยา สมุนไพรให้ผลในการรักษาและบรรเทาอาการปวด เข่าสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ซึ่งทำให้ผล การศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. แพทย์แผนไทยและบุคลากรทีมสุขภาพ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ควรมี การสนับสนุน นำเสนอและกระตุ้นให้มีการใช้ ตำรับยาพอกสมุนไพรในผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อ เพิ่มการใช้ยาสมุนไพร และส่งเสริมภูมิปัญญาไทย ให้มากขึ้น เพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ อย่างมีคุณภาพ

2. ควรมีการจัดทำกิจกรรมสาธิตการพอก ยาสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมขึ้น ที่คลินิก แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการให้ คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน และ ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นให้ เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์, ชีระ วรรณรัตน์, ชนิกา อังสนันท์สุข, ชุศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, เทพรัตน์ กาญจนเทพศักดิ์ และพิทวัส สีสะพัฒน์. วิธี ชีวิตกับโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: จรัส สนิทวงศ์การพิมพ์; 2557.
2. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. รายงานผล การศึกษาเบื้องต้น การสำรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. โครงการประเมิน เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP); 2556.
3. หน่วยเวชระเบียน. รายงานสถิติประจำปี. งาน เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านภูมิ. นครปฐม; 2558.
4. Kellgren, J. H., & Lawrence, J. S. Radiological assessment of osteoarthritis. Annals Rheumatism Disease. 1957; 16: 494 – 502.
5. Holman, H. R., & Lorig, K. R. Overcoming barriers to successful aging self-management of osteoarthritis. In Successful aging. West Journal Medicine. 1997; 167: 256 – 268.
6. Bellamy, N., Buchanan, W. W., Goldsmith, C. H., Campbell, J., & Stitt, W. Validity study of WOMAC: A health status instrument of measuring clinically important patient relevant outcome to antirheumatic drug therapy in patient with osteoarthritis of the hip or knee. Journal of Rheumatology. 1988; 15: 1833 – 1840.

7. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Osteoarthritis of the knee state of the condition [Electronic Version]. 1 – 25. Retrieved September 11, 2017, from <http://aaos.org/Research/documents/OAinfo Knee-State.pdf>. 2004.
8. แหวดว ทวีชัย. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
9. Kuptniratsaikul, V., & Rattanachaiyanont, M. Validation of a modified thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. Clinical Rheumatology. 2007; 26: 1641 – 1645.
10. Lequesne, M. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis. Seminar in Arthritis and Rheumatism. 1991; 20: 48 – 54.
11. Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D Carr-A. Questionnaire on the Perceptions of patient about total knee replacement. J joint. Surg Br. 1988; 80(1): 63 – 69.
12. ปิยะพล พลสุข. ประสิทธิภาพของยาพอกเข่าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. ธรรมชาติเวชสาร. 2560; 18 (1).

Received: 24 Jan 2020, Revised: 18 Mar 2020

Accepted: 28 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยความสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว
เขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

ภานุพันธ์ ไพฑูรย์^{1,*}

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาด้วยการทบทวนรวบรวมข้อมูลเอกสารการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาวในเขตอำเภอเมืองพะเยา ปีงบประมาณ 2560-2562 และศึกษาจากการประชุม กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว มีขั้นตอนการดำเนินงานโดยมีการจัดตั้งคณะทำงาน กำหนดบทบาทหน้าที่การทำงาน กำหนดเป้าหมายและวางแผนร่วมกันในระดับอำเภอ วิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน ทบทวนสาเหตุและหาแนวทางพัฒนาแนวแก้ไขปัญหาร่วมกัน ได้แก่ วิเคราะห์องค์กร วางแผนการดำเนินงาน การสื่อสารองค์กร เรียนรู้ร่วมกัน สรุปผลคืนข้อมูล และนำผลการปฏิบัติงานที่ได้พัฒนาต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักบริหารองค์กร และการพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) ด้านปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว คือ 1) กลยุทธ์ขององค์กร วิเคราะห์ผล กำหนดเป้าหมาย วางแผน และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติงานที่มีความชัดเจนเป็นหนึ่งเดียว 2) โครงสร้างขององค์กร มีการจัดคณะทำงาน มอบหมายภารกิจหน้าที่อย่างชัดเจน 3) ระบบการปฏิบัติงาน จัดทำแผนปฏิบัติการ ตรวจสอบคน เงิน ของ จัดระบบสื่อสารภายในองค์กร สร้างการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน 4) บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง 5) ทักษะความรู้ความสามารถ บุคลากรมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน 6) รูปแบบการบริหารจัดการ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ร่วมงานแผนการดำเนินงาน 7) ค่านิยมร่วม กำหนดเป้าหมายหนึ่งเดียวร่วมกัน คณะทำงานมุ่งมั่น ทดมเท เสียสละ เอาใจใส่ เต็มใจและให้ความร่วมมือช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผลการดำเนินงาน รพ.สต.ในเขตอำเภอเมือง ผ่านการประเมินคุณภาพ รพ.สต.ระดับ 5 ดาว ครบทุกแห่ง ในปี 2562 เป็นอำเภอแรกในจังหวัดพะเยา

คำสำคัญ รพ.สต.ติดดาว อำเภอเมืองพะเยา ปัจจัยความสำเร็จ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

* Corresponding author: pnpptt@gmail.com

*Original Article***Success factor driving the operation of 5 stars All Health Promoting Hospital in Maung Phayao District, Phayao Province.**Panupan Paitoon^{1,*}**Abstract**

The purpose of this study was to study the operational process and to study the factors that affect success in the implementation of quality development of the Sub-district Health Promoting Hospital Tid Dao of Muang, Payao. This research was conducted as a qualitative research study, operated from September 2017 to September 2019. The data were collected by review data documents and lesson Learned. The sample were Director and staff of quality service system from the Sub-district Health Promoting Hospital of Muang, Payao amount 30 people. The results showed that the driving operations consisted of establishing a working group, defining individual roles, setting goals and planning, analyzing and evaluating operations, reviewing causes and finding solutions to problems with participation and continuous improvement in accordance with corporate management principles and CQI quality system development. The results of the study revealed that the factors that affect success in the implementation of quality development of the Sub-district Health Promoting Hospital Tid Dao were as follows: 1) the Corporate strategy (fixing goals, planning the operations and transferring into practice) 2) the organizational structure (functional grouping and duties assignment in a clear and pertinent way) 3) the operational system (the action plan, the organization's communication system, participate) 4) the personnel perform duties well and are evaluated for work 5) the knowledge, skills, and abilities (personnel have good knowledge, good skills and abilities workwise), (6) the good organization of a convenient format (the director and subordinate joint operational planning.), 7) The Shared values, the set one goal, the working group is dedicated, sacrificing, caring, willing and cooperating to help each other. This study was a guideline to manage and solve other public health problems.

Keywords: Sub-district Health Promoting Hospital Tid Dao, Muang Payao, factors success.

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level. Maung Phayao District Public Health Office.

* Corresponding author: pnpptt@gmail.com

บทนำ

การพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิมสามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศปัจจุบันสถานีอนามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้านทั้งด้านการรักษาส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูรวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภคทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน¹ถึงแม้ว่ามี รพ.สต. ครอบคลุมทุกพื้นที่และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้นแต่จากสถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระยะที่ผ่านมา (ช่วงระยะ 2547 – 2558) พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกใน รพ.สต. เพิ่มขึ้นสถานการณ์บุคลากรยังขาดแคลนเช่นวิชาชีพแพทย์ทันตแพทย์เภสัชกรพยาบาลวิชาชีพและคุณภาพบริการโรคเรื้อรังยังไม่ดีขึ้น¹กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับโดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืนอันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขคือเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดีในที่สุด¹

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับรพ.สต. ขึ้นคือเกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบของเครือข่ายบริการโดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการกระบวนการบริการรวมทั้ง

การบริหารจัดการซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กรมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการจัดบริการ (คน เงิน ของ) เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน (District Health system: DHS) รพ.สต.ติดดาว จะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานใน 5 ประเด็น (5 ดาว 5 ดี) ได้แก่ 1) การบริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาควิชามีส่วนร่วม 4) บุคลากรดี และ 5) ประชาชนมีสุขภาพดีจากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.ติดดาว ซึ่งเริ่มดำเนินงาน ในปี 2560 เป้าหมายคือ รพ.สต.ทั่วประเทศทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9,806 แห่ง ซึ่งในปี 2560-2561 มีหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ (5 ดาว) 5,089 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.90 โดยเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ปี 2561 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 25.00 และกระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของโครงการนี้จึงได้ดำเนินการต่อเนื่องในปี 2562 โดยตั้งเป้าหมาย รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ทั่วประเทศร้อยละ 60 (สะสมปี 60-62) และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกแห่งภายในปี 2564¹

อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา มี รพ.สต. ในพื้นที่ทั้งสิ้น 15 แห่ง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้ดำเนินการตั้งตั้งแต่ปี 2560 ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า ในปี 2560 มี รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ จำนวน 2 แห่ง ปี 2561 จำนวน 4 แห่ง และปี 2562 จำนวน 9 แห่ง รวมผ่านเกณฑ์คุณภาพแล้วครบทุกแห่งเป็นอำเภอแรกของจังหวัดพะเยา ทั้งนี้พื้นที่อำเภอเมืองพะเยา มีลักษณะชุมชนและสังคมที่มีความซับซ้อน มีทั้งชุมชนเขตเมืองและเขตชนบทผสมผสานกัน ความสำเร็จของการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว จึงสร้างความภาคภูมิใจแก่เจ้าหน้าที่

ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโดยการถอดบทเรียน เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานและรูปแบบการดำเนินงานที่มีประโยชน์ สามารถใช้ในการวางแผนและเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานรพ.สต.ติดดาว ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาวในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ใช้วิธีการศึกษาด้วยการประชุมกลุ่มถอดบทเรียน โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) ประชากร คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยาทั้งสิ้น 15 แห่ง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 124 คน
- 2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 15 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 2 คน จำนวน 30 คน โดยทำการเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการศึกษาตามวัตถุประสงค์โดยแบ่งออกเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ศึกษา ทบทวน รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิด้านกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560 -2562

กิจกรรมที่ 2 จัดประชุมถอดบทเรียน ความสำเร็จ รวมไปถึงเงื่อนไขและกระบวนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยากลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจำนวน 30 คน

กิจกรรมที่ 3 สังเคราะห์ข้อมูลการถอดบทเรียน กระบวนการดำเนินงาน และวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยความสำเร็จที่นำไปสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ของหน่วยบริการในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาระบบการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ทำการวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Component Analysis) และการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) จากการประชุมกลุ่มถอดบทเรียน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลการบรรยาย (Descriptive) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสรุปผล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่จริยธรรมที่ 001/2563 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2562

ผลการวิจัย

1. การดำเนินงาน รพ.สต. ติดตามในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

1.1 การจัดตั้งคณะทำงาน จัดตั้งคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้อำนวยการ รพ.สต. กลุ่มสหวิชาชีพ โดยมีทีมพี่เลี้ยง คือ โรงพยาบาลพะเยาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา กำหนดบทบาทหน้าที่ เตรียมความพร้อม แก่ รพ.สต. ทุกแห่ง ให้คำแนะนำและติดตามประเมินผล

1.2 กำหนดเป้าหมาย วางแผนดำเนินงาน คณะทำงานกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน และจัดทำแผนการเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะเริ่มต้น ดำเนินการในปี 2560 เป้าหมายในการดำเนินงานซึ่งเป็น PCC จำนวน 2 แห่ง เพื่อเป็น รพ.สต. นำร่อง

ระยะที่ 2 ปี 2561 เป้าหมายการดำเนินการใน รพ.สต. ที่มีความพร้อมรับการประเมินตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 25 จำนวน 4 แห่ง โดยพบว่า ยังมีปัญหาอุปสรรคและยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 2 แห่ง จึงทำการประเมินซ้ำ และผ่านเกณฑ์ในระยะต่อมา

ระยะที่ 3 ปี 2562 เป้าหมายการดำเนินการ ร้อยละ 100 เนื่องจากคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อีก 9 แห่งที่เหลือ ได้มีการพิจารณาหลักเกณฑ์และบทเรียนของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินในปีที่ผ่านมาแล้วร่วมกัน จึงกำหนดเป้าหมายให้ผ่านเกณฑ์พร้อมกันทั้งหมด 9 แห่ง รวมเป็น 15 แห่ง (ยอดสะสม) ร้อยละ 100 ในปี 2562 ให้ได้

1.3 วิเคราะห์และการประเมินผลการดำเนินงาน หน่วยบริการ ที่จะเข้ารับการประเมินคุณภาพ ดำเนินการประเมินตนเองตามแบบประเมิน รพ.สต. ติดตาม ส่งมายังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยมีทีมพี่

เลี้ยงให้คำแนะนำเบื้องต้น หลังจากนั้น คณะกรรมการระดับอำเภอคัดเลือก รพ.สต. ที่มีคะแนนตามเกณฑ์พื้นฐาน รพ.สต. ติดตาม เน้นกลุ่ม 5 ดาว (80 คะแนนขึ้นไป) เสนอรายชื่อพร้อมแบบประเมินให้คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด และคณะกรรมการประเมินผลระดับจังหวัด ประเมินผลและพิจารณาผลการประเมิน

1.4 ทบทวนสาเหตุปัญหา และแนวทางแก้ไข จากการตรวจเยี่ยมและประเมินรับรอง รพ.สต. ติดตาม ปี 2560-2561 ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดตาม จำนวน 6 แห่ง แต่ยังมีประเด็นที่ต้องทวนระบบงาน ซึ่งคณะกรรมการระดับจังหวัดได้ให้คำแนะนำในหลายประเด็น เช่น การมีและใช้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินผลลัพธ์งาน การปฏิบัติตามระบบมาตรฐานงานด้านต่างๆ และ ระบบสนับสนุนสำคัญจาก รพ.แม่ข่าย IC LAB Drug คัดกรองผู้บริโภคซึ่งทำให้หน่วยบริการหลายแห่งไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินในรอบแรก แต่ได้ปรับปรุงแก้ไขและรับการประเมินซ้ำในรอบที่สอง เฉพาะหัวข้อที่ยังไม่ผ่าน ด้วยเหตุนี้เอง ทางคณะทำงาน รพ.สต. ติดตามอำเภอเมืองพะเยา จึงมีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการของ รพ.สต. แห่งอื่น ๆ เพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างราบรื่น โดยได้ดำเนินการวิเคราะห์องค์การด้วยการใช้ SWOT Analysis ดังนี้

วิเคราะห์จุดแข็ง (Strengths) ผู้บริหารมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายแนวทางการพัฒนางาน วางแผนการดำเนินงาน นิเทศติดตาม ประเมินผล พร้อมทั้งมีทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีความรอบรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์การทำงานระดับสูงมาช่วยเป็นที่ปรึกษา นอกจากนี้ยังมีการวางแผนการใช้งบประมาณพร้อมทั้งมีระบบการบันทึกข้อมูลและจัดเก็บข้อมูลทุกแห่งมีการติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องมีการคืนข้อมูลสรุปผลจากการนิเทศติดตามและ

ประเมินผล ให้กับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพัฒนางานต่อไป

วิเคราะห์ จุดอ่อน (Weakness) รพ.สต. ติดดาวเขตอำเภอเมืองพะเยา การดำเนินการในระยะแรก มีการสื่อสารภายในองค์กรที่ยังไม่ชัดเจน หน่วยบริการไม่ได้ศึกษามาตรฐานการประเมินอย่างละเอียดทำให้ไม่เข้าใจรายละเอียดการประเมินบางหัวข้อ จึงทำให้ไม่ผ่านการประเมินต้องมีการประเมินซ้ำในบางหมวดขาดการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ในบริบทพื้นที่ของตนเองรวมทั้งปัญหาด้านสถานที่ตั้งของสถานบริการ และพื้นที่ใช้สอยภายในอาคารของหน่วยบริการบางแห่งมีจำกัดและหน่วยบริการบางแห่งมีงบประมาณในการพัฒนาการดำเนินงานค่อนข้างจำกัดนอกจากนี้ไม่ได้มีการเรียนรู้ร่วมกัน

วิเคราะห์โอกาส (Opportunities) ภาครัฐ เครือข่ายในชุมชนมีความเข้มแข็ง ได้แก่ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายชุมชน เครือข่าย อสม. เครือข่ายนักจัดการสุขภาพในครอบครัว เครือข่ายผู้สูงอายุ เป็นต้นรวมทั้งระบบติดต่อสื่อสารเข้าถึงได้ง่าย เช่น ระบบออนไลน์ โซเชียลเน็ตเวิร์ค เป็นต้นนอกจากนี้ยังมีการบูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่น ภาครัฐ/เอกชน/ภาคประชาชน/อปท. ที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

วิเคราะห์อุปสรรค (Threats) ในระยะแรกปี 2560-2561 เกณฑ์การประเมินมีความละเอียดค่อนข้างสูง ทำให้หลายแห่งไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ต่อมาปี 2562 มีการปรับปรุงเกณฑ์การประเมินใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการนอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยบริการบางแห่งเจ้าหน้าที่มีน้อย ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ร่วมกันได้อย่างเต็มที่และการไม่ยอมรับและรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

1.5 การปรับปรุง พัฒนาและแก้ไข ปัญหา เมื่อวิเคราะห์องค์กรแล้วจึงนำจุดแข็ง จุดอ่อนของการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไขในปี

2562 เพื่อเป้าหมาย รพ.สต. ติดดาวคุณภาพทุกแห่งทั้งนี้ได้มีการแก้ไข พัฒนาการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ได้แก่

1) การวางแผนการดำเนินงาน ได้มีการจัดประชุมอบรมเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ทั้งหมด เรียนรู้และทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมินผล พร้อมทั้งเชิญทีมงานระดับจังหวัดมาเป็นผู้ชี้แจงการดำเนินงาน ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอตรวจเยี่ยมเตรียมความพร้อมให้กับหน่วยบริการก่อนการประเมิน

2) การสื่อสารองค์กร จัดตั้งไลน์กลุ่มสื่อสาร โดยพี่เลี้ยงอำเภอ เป็นผู้สรุปผลการตรวจติดตามราย รพ.สต. จุดเด่น จุดด้อย ส่วนขาด เพื่อให้ ผู้บริหาร/ทีมงานใน รพ.สต. อื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงนำไปปรับปรุง พัฒนาในพื้นที่ของตนเอง

3) สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน หน่วยบริการ/ รพ.สต. แห่งอื่นเข้าร่วมสังเกตการณ์การประเมินและการตรวจเยี่ยมของคณะกรรมการจังหวัดที่ตรวจประเมินใน รพ.สต. อื่นๆ ผู้สังเกตการณ์สามารถนำความรู้ ข้อเสนอแนะ ไปปรับปรุงแก้ไข พัฒนาส่วนขาดของตนเอง ให้ตรงตามมาตรฐานมากที่สุด

4) การสรุปการดำเนินงานและคืนข้อมูล สรุปข้อเด่น ข้อด้อย นำมาปรับปรุงวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ปี 2562 รพ.สต. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยากำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวครบทุกแห่ง และสามารถบรรลุเป้าหมายได้ โดยผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว (80 คะแนน) ครบทุกแห่งเป็นอำเภอแรกในจังหวัดพะเยา เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2562

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต. ติดดาว

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว อำเภอเมืองพะเยา คือ

1) กลยุทธ์ขององค์กร มีการวิเคราะห์ผลกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงาน และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติงาน ที่มีความชัดเจนครอบคลุมทั้งในระดับอำเภอและตำบล

2) โครงสร้างขององค์กร มีการจัดคณะทำงาน มอบหมายภารกิจหน้าที่ที่ชัดเจนทุกระดับ

3) ระบบการปฏิบัติงาน บริหารจัดการเป็นระบบ ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ศึกษาเกณฑ์การประเมิน กระบวนการประเมิน วิเคราะห์และเพิ่มเติมส่วนขาด แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีดำเนินงาน ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4) บุคลากร บุคลากรทุกระดับ มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบได้เป็นอย่างดี

5) ทักษะความรู้ความสามารถ บุคลากรมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหน้าที่ปฏิบัติงานของตนเอง

6) รูปแบบการบริหารจัดการ ผู้บริหารทุกระดับต่างให้ความสำคัญ กับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาวมีการจูงใจโน้มน้าวให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นความสำคัญและเกิดความมุ่งมั่น ร่วมมือในการดำเนินงาน พร้อมทั้งติดตามการดำเนินงานด้วยตนเอง ทำให้เป็นการกระตุ้นให้ รพ.สต. พัฒนานตนเองเพิ่มมากขึ้น

7) ค่านิยมร่วม บุคลากรทุกระดับ มีความสนใจมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์การประเมิน โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือผ่านเกณฑ์การประเมินในปี 2562 ทุกหน่วยบริการต่างทุ่มเท เอาใจใส่ ซื่อสัตย์ เต็มใจและให้ความร่วมมือช่วยเหลือ

เกื้อกูลกัน อย่างเต็มกำลังความสามารถจนบรรลุเป้าหมายผ่านเกณฑ์ครบทุกแห่ง

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ด้านกระบวนการดำเนินงาน จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วสอดคล้องกับการจัดโครงสร้างองค์กรซึ่งเป็นระบบการบริการจัดการองค์กร ซึ่งฝ่ายบริหารได้ทราบแนวทางการทำงาน การกำหนดนโยบาย และการวินิจฉัยสั่งการนำมาซึ่งผลสำเร็จในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผู้วิจัยเห็นว่า กระบวนการดำเนินงานยังสอดคล้องกับแนวทาง CQI (Continuous Quality Improvement) โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ มีขั้นตอนการดำเนินงานแบบ PDCA (Plan Do Check Act) ซึ่งแทรกอยู่ในกระบวนการทำงานการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวของอำเภอเมืองพะเยา โดยมีรูปแบบการทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ ได้แก่ การร่วมสังเกตการณ์ การปรับใช้ข้อมูลในพื้นที่ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SWOT Analysis เป็นต้น ทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและหน่วยบริการสามารถเรียนรู้ร่วมกันได้อย่างรวดเร็วสามารถผ่านเกณฑ์ประเมินครบทุกแห่งเป็นอำเภอแรกของจังหวัดพะเยาทั้ง ๆ ที่เป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อนในการดำเนินงานค่อนข้างสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถนิ ภัทรทิพากร, มรรยาท รุจิวิเศษ และฉัตรชัย มิ่งมัลย์รักษ์² ที่พบว่า CQI ช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจในงาน ส่งผลกระทบในเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับ CQI และการรับรู้ความพึงพอใจในงานของบุคลากร ปัจจัยแห่งความสำเร็จของทีมพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การใช้เวลาและโอกาสเพื่อสะท้อนปัญหา, กำหนดเป้าหมายและระยะเวลา, แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสนับสนุนผู้ร่วมงาน ประโยชน์ของ CQI ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของขวัญ

และกำลังใจ ประสิทธิภาพงาน คุณภาพการบริการ และความพึงพอใจในงาน

ด้านปัจจัยความสำเร็จ ผู้วิจัยเห็นว่า ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารองค์การของ Henri J. Fayol³ ที่ได้สรุปไว้ว่า หัวใจของการบริหารจัดการที่มีคนจำนวนมาก เพื่อให้ทำงานสำเร็จตามเป้าหมายนั้นมี 5 ปัจจัย เรียกว่า POCCC ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์การ (Organizing) 3) การสั่งการ (Commanding) 4) การประสานงาน (Co-ordinating) และ 5) การควบคุม (Controlling) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับหลักการบริหารของ Fayol ด้านการแบ่งงานกันทำ (Division of Work) ซึ่งจะ使人เกิดความชำนาญเฉพาะอย่าง (Specialization) อันเป็นหลักการใช้ประโยชน์ของคนและกลุ่มคนให้ทำงานเกิดประโยชน์สูงสุดและสอดคล้องกับหลักการบริหารด้านอำนาจหน้าที่ (Authority) เป็นเครื่องมือที่จะทำให้ผู้บริหารมีสิทธิ์ที่จะสั่งให้ผู้อื่นปฏิบัติงานที่ต้องการได้ โดยจะมีความรับผิดชอบ (Responsibility) เกิดขึ้นตามมาด้วย ซึ่งจะมีคุณสมบัติซึ่งกันและกันนอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ได้นำหลักการ 7s McKinsey เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการบริหาร มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรโดยนำผลการวิเคราะห์ตามหลักการมากำหนดกลยุทธ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ และประสิทธิภาพสูงสุดต่อการบริหาร องค์กรประกอบไปด้วย

1. กลยุทธ์ขององค์กร ช่วยให้องค์กรกำหนดและพัฒนาข้อได้เปรียบทางการแข่งขันขึ้นมาได้และเป็นแนวทางที่บุคคลภายในองค์กรรู้ว่าจะใช้ความพยายามไปในทิศทางใดจึงจะประสบความสำเร็จสอดคล้องกับการศึกษาของ เกลิมวุฒิอุตโน, จำลอง โพธิ์บุญ, และ วิสาชา ภูจินดา⁴ ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ อปท. มีผลการดำเนินงานดี คือ กระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน

เป็นระบบ และปัจจัยด้านผู้บริหารที่ให้ความสำคัญและความใส่ใจในภารกิจ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสิษฐ์ ฉัตรวิวัฒนากุล⁵ ที่พบว่า ปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จด้านคุณภาพคือปัจจัยด้านบริหารงาน และปัจจัยด้านการวางแผนงานโดยละเอียด

2. โครงสร้างองค์กร การจัดองค์กรที่ดีมีส่วนช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารสามารถตัดสินใจในการบริหารจัดการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ คงสืบและวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย⁵ พบว่าปัจจัยความสำเร็จด้านโครงสร้างขององค์กรมาจากการจัดกลุ่มงานมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กุศลสายสุราอามาศย์, สงครามชัย ลีทองดี และเสฐียรพงษ์ ศิวินา⁶ ที่พบว่า การมีคณะกรรมการดำเนินงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุน ให้คำแนะนำในการพัฒนารพ.สต.ติดดาว มีนโยบายที่ชัดเจน มีช่องทางในการติดต่อที่เหมาะสม ถือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ระบบการปฏิบัติงาน การจัดระบบการทำงาน ก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังการศึกษาของ กุศลสายสุราอามาศย์, สงครามชัย ลีทองดี และเสฐียรพงษ์ ศิวินา⁷ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว คือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนา การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. การมีระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. บุคลากร ทรัพยากรมนุษย์นับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กร องค์กรจะประสบความสำเร็จหรือไม่ส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับจัดการทรัพยากรมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ และ

ประเสริฐ อินทร์รักษ⁸ ที่พบว่า หนึ่งในปัจจัยความเป็นเลิศในการบริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือการมุ่งเน้นบุคลากร ซึ่งคล้ายกันกับแนวคิดความเป็นเลิศของ Peter & Waterman⁹ ที่กล่าวถึงไว้ว่าการเพิ่มผลผลิตโดยอาศัยพนักงานให้ความสำคัญกับคุณค่าและคุณภาพการบริการที่มุ่งสู่ผู้รับบริการ ส่วน Dubrin¹⁰ ให้ความเห็นว่า การมีบุคลากรที่เพียงพอจะทำให้มั่นใจว่าจะทำให้องค์กรไปสู่เป้าหมายได้

5. ทักษะ ความรู้ ความสามารถ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ คงสืบและวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย⁶ ที่พบว่าบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงานและได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายงานที่รับผิดชอบ เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของมูทิตาวรกุล¹¹ ที่พบว่าปัจจัยด้านทักษะมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารงานและเมื่อนำมาสร้างสมการพยากรณ์พบว่าปัจจัยด้านทักษะส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานมากที่สุด

6. รูปแบบการบริหารจัดการ ผู้วิจัยเห็นว่า ความเป็นผู้นำขององค์กรจะมีบทบาทที่สำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กร ผู้นำที่ประสบความสำเร็จจะต้องวางโครงสร้างวัฒนธรรมองค์กร ด้วยการเชื่อมโยงระหว่างความเป็นเลิศและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณให้เกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ เณลิมาวุฒิ อุตโน, จำลอง โพธิ์บุญ , และ วิสาชา ภูจินดา⁴ ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ อปท. มีผลการดำเนินงานดี คือ ปัจจัยด้านผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์ วิทย์ และประเสริฐ อินทร์รักษ⁸ ที่พบว่าหนึ่งในปัจจัยความเป็นเลิศในการบริหารคือ ภาวะผู้นำของผู้บริหาร สอดคล้องกับหทัยรัตน์ คงสืบและวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย⁶ ที่พบว่าการศึกษา

ผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่ให้ความสำคัญ และตั้งใจให้บุคลากรเห็นความสำคัญและร่วมดำเนินงาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

7. ค่านิยมร่วม ค่านิยมและบรรทัดฐานที่ยึดถือร่วมกันโดยสมาชิกขององค์กรที่ได้กลายเป็นรากฐานของระบบการบริหาร และวิธีการปฏิบัติของบุคลากรและผู้บริหารภายในองค์กรสอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตาวรกุล¹¹ ที่พบว่าปัจจัยด้านค่านิยมร่วมมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารงานของเทศบาลนครรังสิตจังหวัดปทุมธานี

ดังนั้น ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา เกิดจากระบบบริหารจัดการภายในองค์กร ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ บุคลากรในองค์กรมีเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน ประกอบกับการดำเนินงานแบบทีมที่แข็งแกร่ง การคืนข้อมูล การสื่อสารภายในอย่างสม่ำเสมอ มีส่วนช่วยเร่งให้การดำเนินพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ประสบความสำเร็จผ่านเกณฑ์การประเมินได้เร็วมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงานสถานบริการในสังกัดพื้นที่ของ ชาวสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยาทุกคน ที่ร่วมแรงร่วมใจ ร่วมดำเนินการจนสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินครบทุกแห่งเป็นอำเภอแรกของจังหวัดพะเยา และขอขอบพระคุณ ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผน.แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุขและแผนปฏิบัติการ คำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี 2561: กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
2. อรรถนิษฐ์ ภัทรทิพากร, มรรยาพร รุจิวิเศษ และ ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์. “ผลของ CQI ต่อความพึงพอใจในงานของบุคลากรในงานพัฒนาคุณภาพการบริการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ”, TUH Journal online. 1(1): 42-52 ; มกราคม - เมษายน 2559.
3. Henri J. Fayol.แนวคิดและทฤษฎีการจัดการ. สืบค้นจาก <http://adisony.blogspot.com/2012/10/henri-fayol.html>. เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2562
- 4.เฉลิมวุฒิ อุดโน, จำลอง โพธิ์บุญ, และ วิสาขา ภูจินดา. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย. วารสารร่มพญักษ์ มหาวิทยาลัยเกริก. 33 (3): 9-30; กันยายน – ธันวาคม 2558.
5. พิสิษฐ์ ฉัตรวิวัฒนากุล. การศึกษาปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานโครงการย้ายกองพันสรรพาวุธซ่อมบำรุงเขตหลังของกองพันทหารช่างเครื่องมือพิเศษปีงบประมาณ 2555 – 2559. หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
- 6.หทัยรัตน์ คงสืบและวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 5(1): 72-84; มกราคม - มิถุนายน 2562.
- 7.กุศลาลัย สุราอามาตย์, สงครามชัย ลีทองดี และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 16(1): 63-69; มกราคม – เมษายน 2562.
- 8.บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ และประเสริฐ อินทร์รักษ์. ปัจจัยความเป็นเลิศในการบริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 4(1): 117-134; มกราคม - เมษายน 2560.
9. Peters, T., and Waterman Jr., R..Insearch of Excellence.New york: Harper Collins Publisher; 1982.
- 10.Dubrin, A. J.. Essential of Management. (9th ed). New York: South-Western CollegePublishing; 2012.
- 11.มูทิตา วรกุลยากุล. ความสำเร็จในการบริหารงานของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยบริการ. 24(1) : 144 – 158; มกราคม-มีนาคม 2556.

Received: 26 Sep 2019, Revised: 20 Dec 2019

Accepted: 3 Feb 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลพระปกเกล้าศิวฉัตร ศิริสิทธิ์^{1,*} พาณิ สัตกะสิน² พรทิพย์ กิระพงษ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2) ระดับบรรยากาศองค์กรของโรงพยาบาลพระปกเกล้า 3) ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลบรรยากาศ องค์กรกับ คุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 537 คน กลุ่มตัวอย่างได้โดยการสุ่มแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนได้จำนวน 277 คน เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล บรรยากาศองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงาน สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 42 ปี สถานภาพ โสด สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานระหว่าง 10-18ปี เป็นข้าราชการ รายได้ 20,001-30,000 บาท/เดือน 2) บรรยากาศองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับรายด้านโดยเฉพาะด้านการเปิด โอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับสูง 3) ภาพรวมคุณภาพชีวิต การทำงาน อยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการมีสุขภาพดี มีใฝ่รู้ดี ด้านการบริหารการเงินเป็นและการมีสังคมที่ดี ที่ อยู่ในระดับปานกลาง 4) ปัจจัยบรรยากาศองค์กรด้านการงานเป็นทีม ความรับผิดชอบในงาน การเปิด โอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลอง และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต พยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาในการทำงานถึงมีความมั่นคงในงานมีความพัฒนาการทางตำแหน่งหน้าที่ โดย มีปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเรียงตามข้อมูลที่ได้คือ การทำงานเป็นทีม ความรับผิดชอบในงาน การเปิดโอกาส ให้เรียนรู้โดยการทดลอง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ข้อเสนอแนะ การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตในการทำงานในประเทศไทย โดยเฉพาะในหน่วยงานภาครัฐยังอยู่ในวงจำกัด ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อมุ่งเน้นในด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานใน 3 ประการ คือ 1.ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ต่อสภาพแวดล้อม ระบบและบรรยากาศในการทำงาน 2. สวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติมให้ เหมาะแก่ความต้องการของแต่ละหน่วยงาน 3. ความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากรในทีมการทำงานและองค์กร

คำสำคัญ บรรยากาศองค์กร คุณภาพชีวิตการทำงาน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* Corresponding author: siwachatning@gmail.com

Original Article

The Relationship between Organization Climate and the Registered Nurses' Quality of Work Life at Prapokklao Hospital

Siwachat Sirasitnaruewat^{1,*}, Panee Sitakalin², Phonthip Geerapong³

Abstract

The objectives of this descriptive research were to study: (1) personal factors of registered nurses; (2) the levels of organizational climate; (3) the level of registered nurses' quality of work life; and (4) the relationship between personal factors, organizational climate and registered nurses' quality of work life, at Prapokklao Hospital. The population was 537 registered nurses, the stratified random sampling was used to select 277 register nurses, at Prapokklao hospital. The administrated questionnaires were used to collect the data. Percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression were analyzed data. This study found that: (1) Most of respondents were female, 42 years old on average, single, and graduated in bachelor; work at the in- patient units, have 10 to 18 yeas work experiences, and average salary of 20,001-30,000 baht per month; (2) The overall organizational climate was at a moderate level, especially the part of give a change of learning was at the moderate level other parts were at the high level; (3) The overall of registered nurse' quality of work life was at a high level, except the part of good health, good knowledge, money management and having a good society were at moderate level; and (4) Factors of organizational climate include teamwork, job responsibilities, opportunity for learning by experiment and work experiences related and influenced to the registered nurse' quality of work life at Prapokklao hospital

Keywords: Organizational climate, Quality of work life, Registered nurse, Prapokklao Hospital.

¹ Professional Nursing Nurse, Prapokklao Hospital

² Association Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: siwachatning@gmail.com

บทนำ

การทำงานร่วมกันในองค์กร การบริหาร จำเป็นต้อง บริหารทั้งเจ้าหน้าที่ งบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ หลักการบริหาร ขวัญ กำลังใจในการทำงานและเวลาในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารต้องมีแนวทางในการนำปัจจัยเหล่านี้ มาร่วมเป็นแนวทางในการบริหารให้เหมาะสม บรรลุตามเป้าประสงค์ และมีคุณภาพ ในขณะที่เดียวกันต้องสามารถทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานและเกิดความกระตือรือร้น พร้อมที่จะมุ่งมั่นที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายของ องค์กร ดังนั้นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเสริมสร้างคนให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข¹ พยาบาล วิชาชีพเป็นกำลังคนที่มีสัดส่วนมากที่สุดในสถาน บริการสุขภาพและมีผลกระทบต่อการบริการ โดยตรง ด้วยลักษณะงานที่ต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยตรงและตลอดระยะเวลาในการรักษา เป็นผู้ ประสานงานกระบวนการรักษากับสหวิชาชีพ ต่างๆ ต้องใช้ความรู้และทักษะวิชาชีพ ความสามารถตามมาตรฐานการพยาบาล ใช้ความ อดทนอดกลั้น ถูกกำหนดให้ผลลัพธ์ของงาน บริการต้องสอดคล้องกับความต้องการของ ผู้รับบริการ ตอบสนองความคาดหวัง ความพึงพอใจของประชาชน สังคม และเป้าหมายวิชาชีพ การพยาบาล²

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพเป็น กลุ่มที่มีอัตราการลาออก หรือการย้ายงาน ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่น โดย พยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลศูนย์

และโรงพยาบาลทั่วไป 95 แห่ง ในระหว่าง พ.ศ. 2548-2553 มีอัตราการลาออกร้อยละ 40.84 โดยเป็นการลาออกภายในปีแรกของการทำงาน ร้อยละ 48.68 และลาออกภายในปีที่ 2 ร้อยละ 25.57³ พยาบาลวิชาชีพที่ลาออกจากงานส่วน ใหญ่มีอายุในช่วง 30-34 ปี ย้ายงานภายในวิชาชีพ ร้อยละ 86.29 ศึกษาต่อร้อยละ 3.36 และออก จากวิชาชีพพยาบาลร้อยละ 2.60⁴ จากการ ทบทวนวรรณกรรมของสมสมัย สุธีรคันต์ (2550)⁵ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออก โอนย้ายของพยาบาลคือ ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน สถานภาพสมรส พยาบาลมีความเสี่ยงต่อการถูก ร้องเรียนมากขึ้น ต้องการปฏิบัติงานด้วยการ ตัดสินใจของตนเอง ซึ่งหากผู้บริหารสามารถ พัฒนาบรรยากาศในองค์กรให้ดีขึ้นจะทำให้เกิด ความสุข มีขวัญ กำลังใจ และแรงจูงใจ นำไปสู่ การพัฒนางานตามเป้าหมายขององค์กรนั่นเอง ใน การปฏิบัติงานของทีมพยาบาลนอกจากจะใช้ ความรู้ความสามารถแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับ สภาพแวดล้อมขององค์กร ซึ่งบรรยากาศองค์กร เป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมขององค์กรอย่าง หนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของทีมพยาบาลและ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำงานซึ่งต่อ คุณภาพของงานและคุณภาพชีวิตการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้วิจัยมี ประสบการณ์การทำงานมา 21 ปี จึงมีสนใจที่จะ ศึกษาบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการ ทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล พระปกเกล้า จากอัตราการลาออกของพยาบาลใน พ.ศ. 2560-2561 มีพยาบาลลาออกจำนวน 97 คนและมีรายงานว่ามีการเขียนขอย้ายหน่วยงาน

กันตลอดทุกปี จำนวนปีละ 50 คน⁶ ทำให้มีความสนใจในการทำวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตพยาบาลในโรงพยาบาล การศึกษาตัวแปรพยากรณ์ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์กร คุณภาพชีวิตการทำงาน และบรรยากาศองค์กรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า เพื่อที่จะเป็นแนวทางให้ผู้บริหารองค์กรได้นำไปพัฒนาและสามารถนำมาปรับปรุงบรรยากาศองค์กรเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในองค์กร ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า
2. เพื่อศึกษาระดับบรรยากาศองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า
3. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์กร กับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นแบบพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับบรรยากาศองค์กร คุณภาพชีวิตการทำงาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลบรรยากาศองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 6 แผนกของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ งานห้องผ่าตัด และพักฟื้น และกลุ่มภารกิจกลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระปกเกล้ารวมทั้งสิ้นมีขนาดจำนวน 537 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีใช้สูตรคำนวณสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988)⁷ สูตรที่ใช้

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

เมื่อ R^2 คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยจากการทดลองใช้เครื่องมือ ได้ค่า $R^2 = 0.13$ จึงกำหนดให้ Effect size มีขนาดปานกลางเท่ากับ 0.13

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ โดยค่าที่ปรากฏในตารางของ Cohen ประกอบด้วยค่า u มี 22 ค่า ค่า v มีค่า ได้แก่ 20, 60, 120, ∞ และค่า Power of test = 0.90

$V = 120$ ซึ่งเป็นค่าที่จะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เพียงพอที่สุด

$U =$ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบเท่ากับ 22 ตัว

จากการเปิดตารางของโคเฮนจะได้ค่า $\lambda = 29.58$

$$\text{แทนค่าสูตร } n = \frac{29.58(1-0.13)}{0.13} = 198$$

ซึ่งความสำคัญของขนาดตัวอย่างที่ใช้ศึกษาตัวแบบถดถอยพหุนั้น จรณิต แก้วกังวานและประตาทป สิงห์หวานนท์ (2554)⁸ ให้คำแนะนำว่าอย่างน้อยควรมีขนาดตัวอย่าง 10-20 ตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัว การศึกษาค้นครั้งนี้มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 22 ตัว จึงควรมีขนาดตัวอย่าง อย่างน้อย 220 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 40 เนื่องจากคาดว่าจะได้รับแบบสอบถามคืนประมาณร้อยละ 80.00 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 277 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัยที่กำหนด

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มี IOC > 0.50 และการหาความเที่ยงแบบสอบถาม (Validity) โดยไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตราด จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและความบกพร่องของแบบสอบถามให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละข้อ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของ บรรยายาคอองค์กรเท่ากับ 0.80 และคุณภาพชีวิตการทำงานเท่ากับ 0.92 เมื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเสร็จสิ้นแล้วจึงนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านลักษณะประชากรและด้านลักษณะหน้าที่การปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

คะแนนบรรยายาคอองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยรวมและรายด้าน โดยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายและหาตัวแบบที่ดีที่สุดในการทำนายบรรยายาคอองค์กรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแต่ละขั้นตอนแบบขั้นตอน (Multiple stepwise Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.40 อายุของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม มีอายุช่วง 31- 37 ปี ร้อยละ 45.84 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.10 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 47.70 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.90 การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.50 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-18 ปี ร้อยละ 52.30 สภาพการจ้างงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 79.80 รายได้อยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.70 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล (n = 277)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	3.60
หญิง	267	96.40
อายุ		
24 – 30 ปี	92	33.20
31 – 37 ปี	127	45.84
38 – 60 ปี	58	20.93
$\bar{X}$ = 36.66 ปี, SD = 0.47 ปี, Min. = 24 ปี		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	263	94.90
ปริญญาโท	14	05.10
สถานภาพสมรส		
โสด	132	47.70
คู่	131	47.30
หย่า/แยก	8	02.09
หม้าย	6	02.20
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน		
1 – 18 ปี	145	52.30
19 – 36 ปี	131	47.30
$\bar{X}$ = 14.76, SD = 0.50, Min. = 1 ปี, Max = 36 ปี		
หน่วยงานที่ปฏิบัติ		
หอผู้ป่วยใน	235	84.50
ห้องตรวจผู้ป่วยนอก	20	7.20
ห้องผ่าตัดและห้องคลอด	20	7.20
กลุ่มภารกิจ	3	1.10
สภาพการจ้างงาน		
ข้าราชการ	221	79.80
ลูกจ้าง	30	10.80
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	25	9.00
พนักงานราชการ	1	0.40

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับรายได้		
10,001 – 20,000 บาท/เดือน	11	4.00
20,001 – 30,000บาท/เดือน	96	34.70
30,001 – 40,000บาท/เดือน	67	24.20
40,000 – 50,000บาท/เดือน	60	21.70
>50,000 บาท/เดือน	43	15.50
โรคประจำตัว		
ไม่มี	208	75.10
มี	69	24.90

ระดับบรรยากาศองค์กรของโรงพยาบาล
พระปกเกล้า ภาพรวมบรรยากาศองค์กรของ
โรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่าอยู่ในระดับปาน
กลาง ($\bar{X}$ = 2.95, SD = 0.48) แสดงดังตารางที่
2

ภาพรวมคุณภาพชีวิตการทำงานของ
พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า อยู่ใน

ระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.00 SD = 0.54) โดยพบว่าด้าน
ครอบครัวที่ดีมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.28)
รองลงมา คือด้านคุณธรรม ด้านน้ำใจงาม ด้าน
ผ่อนคลาย ด้านมีความรู้ดี ด้านบริหารใช้เงินเป็น
ด้านมีสังคมดี และพบว่าด้านการมีสุขภาพดีมี
ค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนบรรยากาศองค์กรของโรงพยาบาลพระปกเกล้า
รายด้านและในภาพรวม (n=277)

บรรยากาศองค์กร	$\bar{X}$	SD	ระดับบรรยากาศ
ความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย	3.00	0.60	สูง
ข้อตกลงเพื่อบริหารความสำเร็จ	3.00	0.44	สูง
โครงสร้างองค์กร	3.00	0.44	สูง
การปฏิบัติงานตามกฎระเบียบ	3.00	0.47	สูง
การยกย่องชมเชยและให้รางวัล	3.00	0.46	สูง
ความรับผิดชอบในงาน	3.00	0.40	สูง
การเปิดโอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลอง	2.50	0.51	ปานกลาง
การทำงานเป็นทีม	3.00	0.51	สูง
การสนับสนุนในการปฏิบัติงาน	3.00	0.54	สูง
ความจงรักภักดีในองค์กร	3.00	0.49	สูง
ความอบอุ่นในการปฏิบัติงาน	3.00	0.46	สูง
โดยรวม	2.95	0.48	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลพระปกเกล้ารายด้านและในภาพรวม (n = 277)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	$\bar{X}$	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
การมีสุขภาพดี	2.71	0.56	ปานกลาง
การมีน้ำใจงาม	3.18	0.43	สูง
การได้ผ่อนคลาย	3.00	0.52	สูง
มีใฝ่รู้ดี	2.95	0.53	ปานกลาง
มีคุณธรรม	3.24	0.51	สูง
บริหารการเงินเป็น	2.90	0.63	ปานกลาง
มีครอบครัวที่ดี	3.28	0.56	สูง
มีสังคมดี	2.77	0.59	ปานกลาง
โดยรวม	3.00	0.54	สูง

ปัจจัยส่วนบุคคล บรรยายาคอศอกร์ ที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่าตัวแปรทั้งหมด มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยกว่า .8 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงที่จะวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณต่อปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 20 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติ รายได้ สภาพการจ้างงาน โรคประจำตัว และบรรยายาคอศอกร์ทั้ง 8 ด้าน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆที่นำเข้าสู่สมการพยากรณ์ทำนาย คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า	
	r	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	.019	<.05*
อายุ	.194	<.05*
ระดับการศึกษา	.393	<.05*
สถานภาพสมรส	.046	<.05*
ระยะเวลาในการปฏิบัติ	.436	<.05*
หน่วยงานที่ปฏิบัติ	.046	<.05*
รายได้	.078	<.05*

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล วิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า	
	r	p-value
ตำแหน่งงาน	.159	<.05*
โรคประจำตัว	.286	<.05*
บรรยากาศองค์กร		
ความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย	.291	<.05*
ข้อตกลงเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จ	.195	<.05*
โครงสร้างองค์กร	.115	< .05*
การปฏิบัติงานตามกฎระเบียบ	.301	< .05*
การยกย่องชมเชยและให้รางวัล	.340	< .05*
ความรับผิดชอบในงาน	.388	< .05*
การเปิดโอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลอง	.336	< .05*
ความจงรักภักดีในองค์กร	.311	< .05*
การสนับสนุนในการปฏิบัติงาน	.364	< .05*
ความอบอุ่นในการปฏิบัติงาน	.293	< .05*
การทำงานเป็นทีม	.464	< .05*

*p<.05(2-tailed),**p<.001(2-tailed)

ตารางที่ 5 ผลการค้นหาค่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

บรรยากาศองค์กร	R	R ²	R ² adj	SEest	F
การทำงานเป็นทีม	.457	.209	.194	.195	95.095
ความรับผิดชอบในงาน	.575	.330	.149	.325	69.507
การเปิดโอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลอง	.558	.312	.309	.119	53.871
ระยะเวลาในการทำงาน	.584	.341	.336	.121	70.738

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของตัวแปรพยากรณ์

ตัวแปรพยากรณ์	B	beta	SE _b	t
การทำงานเป็นทีม	.319	.297	.062	5.156
ความรับผิดชอบในงาน	.229	.286	.046	4.590
การเปิดโอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลอง	.195	.156	.082	2.348
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	.166	.137	.072	2.315

R=0.584, F= 70.738, R²= 0.341, Constant=1.994

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สาเหตุที่เกิดภาพรวมของบรรยากาศองค์กรระดับปานกลางด้านการงานเป็นทีม จากการวิเคราะห์การทำงานเป็นทีมเป็นการทำงานของบุคคลมีคุณภาพและประสิทธิผลขององค์กรในการร่วมมือกันพัฒนาองค์กรในด้านงานคุณภาพ การบริการต่าง ๆ การทำงานทีมีจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ความรับผิดชอบในงาน จากการวิเคราะห์ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเมื่อบุคลากรทุกคนในองค์กรมีความรับผิดชอบในงานของตัวเองการทำงานก็จะไม่เกิดปัญหามีความราบรื่นในการทำงานขององค์กร การเปิดโอกาสให้เรียนรู้มีผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงานคือ การที่องค์กรหรือหัวหน้าหน่วยงานได้มีการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นหรือได้เสนอผลงานที่ได้ใช้ในการพัฒนางานที่ทำอยู่ให้ดียิ่งขึ้น ส่วนระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานคือ ระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติงานจำนวนปีที่มากขึ้นนั้นหมายถึงหน้าที่ความรับผิดชอบที่มากขึ้นตำแหน่งที่สูงขึ้นย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตแน่นอน แต่ที่จะสอดคล้องกับบริบทขององค์กรคือในการการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในด้านต่างๆของโรงพยาบาล ซึ่งการจะนำไปพัฒนานั้นผู้วิจัยจะนำผลการวิจัยที่ได้ไปนำเสนอต่อผู้บริหารในทีมวิจัยของโรงพยาบาลเพื่อจะได้นำผลของบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ได้ผลระดับต่ำมาปรับแก้ต่อไป

ด้านคุณภาพชีวิตในภาพรวมด้านครอบครัวสูงสุดนั้นคือทางโรงพยาบาลมีการจัดสรรที่พักอาศัยเป็นแบบครอบครัวมากขึ้นทำให้ครอบครัว

ได้อยู่ด้วยกันมีการพิจารณาให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่มีปัญหาต้องการย้ายหน่วยงานมาอยู่งานผู้ป่วยนอก ก็มีการพิจารณารับย้ายหรือโยกย้ายมากขึ้น ย้ายขึ้น ส่วนเรื่องคุณธรรมองค์กรมีการรับนโยบายของรัฐบาลและส่งเสริม ปลุกฝังตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล

ด้านสุขภาพที่ได้ต่ำ ทางองค์กรได้จัดทำโครงการลดโรคและป้องกันโรค ส่งเสริมการออกกำลังกายการติดตามการลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่องตลอด ตรวจสอบสุขภาพประจำปี

บรรยากาศองค์กรในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .341$) แสดงให้เห็นว่าบรรยากาศองค์กรที่ดีก็จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีด้วย ซึ่งผลสอดคล้องกับ มาสรีน สกุลปักษ์⁹ ที่พบว่าบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน เมื่อได้พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้าพบว่าบรรยากาศองค์กร อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ โรคประจำตัว เป็นตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานสนับสนุนของพัทยา แก้วแพง¹⁰ เมื่อเข้าสมการพยากรณ์ที่ตัวแปรพยากรณ์สามารถร่วมอธิบายความแปรผันของตัวแปรตามได้มากที่สุด พบว่าบรรยากาศองค์กรในรายด้าน ได้แก่ การทำงานเป็นทีม ความรับผิดชอบในงาน การเปิดโอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลอง และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับสูง กับคุณภาพชีวิตการทำงาน พยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยนี้ สนับสนุนของ Steer.R.M. and Porter,L.¹¹ เป็นแนวคิดจากการวิจัย กล่าวว่า ความสำคัญของบรรยากาศองค์กรเป็นตัวแปรสำคัญในการศึกษาองค์กร วิเคราะห์การทำงานของบุคคลมีคุณภาพ และประสิทธิผลขององค์กร เพื่อวิเคราะห์การทำงานของบุคคลที่มีคุณภาพ และเพื่อให้เกิดประสิทธิผลขององค์กร นั่นคือ บรรยากาศองค์กรมีส่วนกำหนดทัศนคติและพฤติกรรมการทำงานของคน Litwin,G.H., & stringer.R.A.¹² กล่าวว่าการทำงานที่หน่วยงานสนับสนุนให้บุคลากรมีการร่วมมือ ยอมรับและมีทีมในการทำงาน หากบุคคลเกิดความไม่พึงพอใจในงานแล้ว ก็จะละเลยที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ ขาดขวัญและกำลังใจที่ดีในการทำงาน รวมทั้งหากองค์กรมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพทางสังคมที่ไม่ดีจะไม่สามารถเสริมสร้างให้เกิดบรรยากาศที่ดีในองค์กรได้ ดังนั้นองค์กรควรเสริมสร้างบรรยากาศองค์กรให้สูงขึ้นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกพึงพอใจในงาน มีทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรในองค์กรเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เนื่องจากผลการศึกษาพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระปกเกล้าอยู่ในช่วง Generation X การนำแนวคิดเรื่องการบริหารคนต่างรุ่นในองค์กร ของณัฐวุฒิ พงศ์สิริ¹³ มาประยุกต์ใช้ในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อที่จะสามารถจัดการคนทั้ง 3 วัยได้อย่างถูกต้องเป็นประโยชน์แก่บุคลากรและองค์กร และสนับสนุนกับความคิดของ Frederickson,G.H.¹⁴ กล่าวว่าบรรยากาศองค์กรที่มุ่งคน ซึ่ง

ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารชนิดเปิด การให้ความสนับสนุนร่วมกัน และการกระจายอำนาจ การตัดสินใจจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากรซึ่งสอดคล้องกันระหว่างความพึงพอใจในงานของบุคคลกับประสิทธิผลขององค์กร หรือคือคุณภาพชีวิตการทำงาน คือ ประสิทธิภาพขององค์กร อันเนื่องมาจากความผาสุก (Well being) ในงาน ของ ผู้ ป ฏิ บั ตั ง งาน Huse,E.F. and Cumming,T.g.¹⁵

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554-2558. กรุงเทพฯ; 2554: หน้า 184-186
2. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
3. วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวงดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาล; 2555: หน้า 8-10.
4. อรุณรัตน์ คันธา และ รัชณี ศุภจินทรรัตน์. พยาบาลความผูกพันต่อองค์กร คุณภาพชีวิตการทำงานวัฒนธรรมองค์กร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555: หน้า 7-17.

5. สมสมัย สุธีรศานต์ และจินตนา วรรณรัตน์.
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออก โอนย้ายของ
พยาบาลวิชาชีพฝ่ายบริการพยาบาล
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551: หน้า
145-159.
6. คณะกรรมการลูกค้ำสัมพันธ์โรงพยาบาล
พระปกเกล้า. รายงานการสำรวจความพึงพอใจ
ในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล
พระปกเกล้า. โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2555.
7. Cohen & Uphoff. Effective Behavior in
Organizations. New York: Richard D.
Irwin Inc; 1980.
8. จรณิต แก้วก้างวาล และประตาป สิทธิวานนท์.
ตำราการวิจัยทางคลินิก บทที่ 4. กรุงเทพฯ:
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล;
2554.
9. มาสรีน สกุลปักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง
ลักษณะงานและบรรยากาศองค์กรต่อคุณภาพ
ชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ความสัมพันธ์ระหว่าง
ลักษณะงานและบรรยากาศองค์กรต่อคุณภาพ
ชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า วารสารวิจัยทาง
วิทยาศาสตร์สุขภาพ; 2552: 5(1). 32-39.
10. พัทยา แก้วแพง. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสงขลา
นครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร; 2548: 24
(2). หน้า 112-116.
11. Steer.R.M. and Porter,L. Motivation
and Work Behavior. New York: McGraw-
Hill; 1979.
12. Litwin,G.H., & Stringer.R.A. Motivation
and Organization Climate. Bonton:
Havard University Press; 1968.
13. ณัฐวุฒิ พงศ์สิริ. การบริหารคนต่างรุ่นใน
องค์กร. 2552. (Online). สืบค้นจาก
http://www.hri.tu.ac.th./cms/seminar_detail.aspx.tid+MTOx/.
14. Frederickson,G.H. New Public
Administration Alabama the University
of Alabama Press; 1980.
15. Huse, E.F. and Cumming, T.g.
Organization Development and Chang.
3rded. Minnesota: West Publishing;
1985.

Received: 3 Dec 2019, Revised: 17 Feb 2020

Accepted: 24 Feb 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล การเสริมพลังอำนาจ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการจัดระบบสุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงรายรัฐวรรณ กุลวงศ์¹ พิษณุรักษ์ กันทรวิ^{2,*} ภัทรพล มากมี³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล การเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการจัดระบบสุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงราย วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้เครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ คือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประชากร คือ กองทุนสุขภาพตำบลทั้งหมด 143 แห่ง โดยตัวแทนประชากรที่ศึกษา คือ ผู้แทนคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่าง คือ ประธานกรรมการบริหารกองทุนหรือเลขานุการกองทุน จำนวนทั้งสิ้น 143 คน เลือกแบบจำเพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม–31 พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ผลการศึกษา การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.93$, $SD = 0.525$) การเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.79$, $SD = 0.569$) และการจัดระบบสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับดี (Mean = 17.69) การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเสริมสร้างพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ($r = .652^{**}$, $p\text{-value} < 0.001$) สรุป การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการที่ อปท. ได้รับการสนับสนุน ได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับทรัพยากรและได้รับโอกาสในงาน ขณะเดียวกันกองทุนสุขภาพตำบลยังหนุนเสริมการจัดระบบสุขภาพชุมชนทั้งมิติการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสุขภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ทั้งนี้ผู้บริหารสปช.ควรให้ความสำคัญกับการเสริมพลังอำนาจ อปท. ในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลอย่างเหมาะสม และการให้ผลสะท้อนกลับ แก่ อปท. ในเชิงบวก เช่น ให้การยอมรับ ยกย่องชมเชย ให้การสนับสนุนหรือจัดสรรทรัพยากรทั้งคน เงิน ของในการทำงานให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กล่าวคือกองทุนต้องสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน นำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชนต่อไป

คำสำคัญ กองทุนสุขภาพตำบล การเสริมพลังอำนาจ การจัดระบบสุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงราย

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

² อาจารย์สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

³ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

* Corresponding author: phitsanuruk.kan@mfu.ac.th

Original Article

The Relation among Local Health Insurance Fund Empowerment Local Administrative Organization and Community Health System Management Chiang Rai Province

Rattawan Kulwong¹, Phitsanuruk Kanthawee^{2,*}, Phataraphon Markmee³

Abstract

This research aim to study relationship among Tambon Health Fund, empowerment local administrative organization and community health system management Chiang Rai province Method: is cross-sectional descriptive research. The quantitative and qualitative tools, namely questionnaires and semi-structured interviews were used. The samples were the Board Chairman of the Tambon Health Fund Management Committee or Fund Secretary, totaling 143 people. The purposive sampling was collected during March 1- May 31, 2019. Data were analyzed using descriptive statistics, percentage, mean, minimum value, the highest value. The standard deviation and analytical statistics are Pearson product moment correlation coefficient. And qualitative analysis is descriptive analysis. Result: The study management of Tambon Health Fund was at a high level ($\bar{x}=3.93$, $SD=0.525$). Empowerment for local government organizations was at a high level ($\bar{x}=3.79$, $SD=0.569$). And community health system management at a good level (Mean=17.69). The relationship between the management of Tambon health funds and the empowerment of local government organizations, it was found that the overall success District health fund management has a high level of a positive relationship with empowerment of local government organizations ($r=.607$, $p\text{-value}<0.001$). Summary and suggestions: The management of the Tambon Health Fund had a positive relationship high level with the empowerment of the local administrative organization with statistical significance. With the local administrative organization being supported Get information Get resources Get job opportunities (Kanter, 1997), And is-related to the organization of health systems in the community such as health promotion, disease prevention, health rehabilitation and proactive primary care. National Health Committee should focus on empowerment of the local administrative organization in managing the Tambon Health Fund to achieve. And providing feedback in a positive way, such as accepting, praising, supporting, or allocating resources to work sufficiently and efficiently. According to the intention of the National Health Security Act 2002, that is, the fund must support the health systems in the community. Which will lead to the sustainable well-being of the people.

Keywords: Tambon Health Fund, Empowerment, health security system in the community, Chiang Rai Province

¹ Master degree student of Public Health, School of Health Science, Mae Fah Luang University

² Public Health Lecturer, School of Health Science, Mae Fah Luang University

³ Faculty of Public Health. Naresuan University, Phitsanuloke

* Corresponding author: phitsanuruk.kan@mfu.ac.th

บทนำ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้ประชาชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹ สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ. 2550 มาตรา 80(2) ซึ่งบัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการสาธารณสุข โดยต้องส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพนำไปสู่สุขภาพของประชาชน² และ พ.ร.บ. กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 และ 17 ระบุให้ อปท. มีอำนาจหน้าที่จัดบริการสาธารณะ การสาธารณสุข และการรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งการศึกษานี้เรียกว่า “กองทุนสุขภาพตำบล” จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18(1)(9) มาตรา 38 มาตรา 41 มาตรา 47 ให้อำนาจ อปท. บริหารจัดการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกองทุนต้องส่งเสริมระบบสุขภาพชุมชนเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสุขภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาคลดความเหลื่อมล้ำของการมีสุขภาพดีนำไปสู่สุขภาพของประชาชน ซึ่งสปสช. กำหนดเกณฑ์การใช้จ่ายเงินกองทุน 5 ประเภท คือ 1) การจัดบริการของหน่วยงานสาธารณสุข 2) การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มประชาชน 3) การจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์เด็กเล็กศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน 4) สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพ และ 5) สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ทั้งนี้ อปท. ที่เข้าร่วมจัดตั้งกองทุนต้องสมทบเงินตามสัดส่วนและมีการ

บริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการจากสามภาคส่วน คือ ท้องถิ่น สาธารณสุขและชุมชน โดย สปสช. กำหนดเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงานกองทุน 3 ด้าน คือ 1) การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม 2) การสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม 3) การร่วมรับผลประโยชน์กองทุน³

กองทุนสุขภาพตำบลเป็นกลไกในการจัดระบบสุขภาพชุมชน โดย สปสช. สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้ อปท. สามารถบริหารจัดการกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากรายงานสถานการณ์กองทุนสุขภาพตำบลจังหวัดเชียงรายทั้งหมด 143 แห่ง เริ่มจัดตั้งกองทุนในปี พ.ศ. 2549-2554 จำนวน 117 แห่งมีกองทุนเต็มพื้นที่ในปี 2557 จากผลการประเมินกองทุน พบว่า มีกองทุนที่ศักยภาพสูง (เกรด A⁺) ร้อยละ 11.19 ศักยภาพดี (เกรด A) ร้อยละ 61.54 ศักยภาพปานกลาง (เกรด B) ร้อยละ 20.28 ที่ต้องเร่งพัฒนา (เกรด C) ร้อยละ 6.29 และมีกองทุนที่เป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับจังหวัด 6 แห่ง⁴ แสดงว่าเป็นพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งผู้วิจัยมองว่าระบบการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนที่ผ่านมา ยังไม่ครอบคลุมในด้านการประเมินผลและยังมีช่องว่าง (Gap) อยู่เนื่องจากเป็นการประเมินที่มุ่งเน้นกระบวนการบริหารกองทุน 3 ด้านคือ การบริหารจัดการ การมีส่วนร่วม และการสร้างนวัตกรรม แต่ยังไม่สามารถสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนหรือระบบสุขภาพชุมชนจากการดำเนินงานกองทุนได้หรือไม่อย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลการเสริมสร้างพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการจัดระบบสุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงราย โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของคานเตอร์ (Kanter, 1979)⁵ เป็นกรอบในการศึกษาดังกล่าว ผลการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบทิศทางการ

ดำเนินงานด้านสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการวางแผน ทบทวนการดำเนินงานและมีการประเมินผลของกองทุนสุขภาพตำบลให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล การเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการจัดระบบสุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล การเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการจัดระบบสุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลักมีการดำเนินงานดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ กองทุนสุขภาพตำบลที่จัดตั้งในปี 2549-2557 จำนวน 143 กองทุน โดยตัวแทนประชากรที่ศึกษาคือ ผู้แทนคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล กองทุนละ 1 คน ศึกษาในประชากรทั้งหมด

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ตอบแบบสอบถามคือประธานกรรมการหรือเลขานุการกองทุน จำนวน 143 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ได้แก่ ประธานกรรมการกองทุน จำนวน 6 คน เลือกแบบ

เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากกองทุนที่ได้รับการประเมินผลงานตามเกณฑ์สปสข. จำนวน 6 กองทุน คือ กองทุนที่มีศักยภาพการบริหารจัดการระดับดีเยี่ยม (เกรด A+) ติดกัน 3 ปีซ้อน จำนวน 3 กองทุน ได้แก่ 1) เทศบาลตำบลยางฮอม 2) เทศบาลตำบลบ้านแซว 3) อบต.บ้านโป่ง และกองทุนที่ต้องเร่งพัฒนา (เกรด C) จำนวน 3 กองทุน ได้แก่ 1) เทศบาลตำบลบ้านเหล่า 2) อบต.แม่สลองใน 3) อบต.ทุ่งก่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการศึกษา 2 ประเภท คือ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยผ่านองค์ประกอบหลัก 2 ประการ คือ ความถูกต้อง (Validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.93 ของเครื่องมือที่ใช้ในการวัด ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ทำงานกองทุน ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และแบบปลายเปิด มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานและบริบทของกองทุน ได้แก่ ประเภทอปท. จำนวนประชากรหมู่บ้าน ระยะเวลาดำเนินงานกองทุน การดำเนินงานกองทุน ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ทั้งหมด 22 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตาม

แบบประเมินของสปสช. มี 3 ด้าน คือ 1) การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม 2) การสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม 3) การร่วมรับประโยชน์จากกองทุนและผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ 0.92 มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ต(Likert) มี 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการเสริมพลังอำนาจ อปท. ผู้วิจัยสร้างขึ้นประยุกต์จากแนวคิดคานเตอร์ (Kanter, 1979) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลข่าวสาร 2) การได้รับสนับสนุน 3) การได้รับทรัพยากร 4) การได้รับโอกาสในงาน และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.91 มีคำถาม 18 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert) มี 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการจัดระบบสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ 4) การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.76 มีคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายมี 3 ระดับ โดยจัดตามช่วงคะแนนจากค่าดังนี้

16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง จัดระบบสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับดี

10 - 15 คะแนน หมายถึง จัดระบบสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับพอใช้

ต่ำกว่า 10 คะแนน หมายถึง จัดระบบสุขภาพชุมชนในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานกองทุนและข้อเสนอแนะ เป็นคำถามแบบปลายเปิด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2) ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยจำแนกค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไว้ ดังนี้

± 0.81 ถึง 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุด

± 0.61 ถึง 0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

± 0.41 ถึง 0.60 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

± 0.20 ถึง 0.40 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

± 0.00 ถึง 0.19 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำสุด

3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ได้รับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงหนังสือรับรองเลขที่ REH-61118และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายหนังสือรับรองเลขที่ CRPHO 40/2561

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณเชิงและคุณภาพ โดยสรุปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 41-50 ปี ระดับศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ตำแหน่งปลัดเทศบาล/อบต. ซึ่งเป็นเลขานุการกองทุนโดยตำแหน่ง (ร้อยละ 53.8) ประสบการณ์ทำงาน 4-6 ปี อยู่ในวาระที่ 2 (ร้อยละ 60.1) ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ เป็นชาย 5 คน หญิง 1 คน อายุระหว่าง 41-50 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีและมีระยะเวลาปฏิบัติงานกองทุน 5-10 ปี

2. ข้อมูลพื้นฐานกองทุนสุขภาพตำบล เป็นกองทุนประเภทเทศบาลตำบล และ อบต. ขนาดกลาง เป็นกองทุนนำร่องและกองทุนรายได้ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน มีการบริหารจัดการในระดับดี (เกรด A) มากที่สุด ผู้นำท้องถิ่นเห็นชอบในการจัดตั้งกองทุนเนื่องจากรับทราบนโยบายจาก สปสช. ประชากรในพื้นที่ 5,000-10,000 คน หมู่บ้านรับผิดชอบ 6-10 หมู่บ้าน ($\bar{x}=13.43$, $SD=7.012$) ประชากรเป็นวัยทำงานและผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 69.2 และ ร้อยละ 67.8) และเด็กแรกเกิด-6 ปี น้อยที่สุด หลายพื้นที่มีประชากรแฝงอยู่ด้วย มีผู้พิการ/ทุพพลภาพและผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 100-500 คน (ร้อยละ 70.6 และ ร้อยละ 55.99) ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงน้อยกว่า 50 คน (ร้อยละ 86) ทั้งนี้ อบต. จัดให้มีบริการสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1-3 แห่ง (ร้อยละ 66.4) โรงเรียนผู้สูงอายุ 1-3 แห่ง (ร้อยละ 83.2) สถานที่อุปกรณ์ออกกำลังกาย 1-5 แห่ง (ร้อยละ 61.5) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (ศสมช.) มากกว่า 3 แห่ง (ร้อยละ 42.0) จัดตั้งกลุ่มชมรมเครือข่ายประชาชนที่มีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพ

ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 97.9) ประชาชนเสี่ยงเป็นโรคจากพฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ได้แก่ ภาวะอ้วน (ร้อยละ 60.1) สูบบุหรี่ดื่มแอลกอฮอล์ประจำ (ร้อยละ 51.0, 53.1) สารเคมีภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.8) ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าโรคติดเชื้อ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง อุบัติเหตุบนถนน โรคไข้เลือดออก เป็นต้น ซึ่งทั้งสองประเภทกองทุน มีปัจจัยพื้นฐานด้านประชากร การจัดบริการสาธารณสุขรวมทั้งโรคและปัจจัยเสี่ยงสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ไม่แตกต่างกัน

3. ข้อมูลด้านการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล ทุกกองทุนมีการบริหารในรูปแบบคณะกรรมการจากภาคส่วนต่างๆ จำนวน 15-17 คน (ร้อยละ 46.9) แต่งตั้งอนุกรรมการจำนวน 3-4 ชุด (ร้อยละ 40.3) มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติโครงการ 3-4 ครั้ง/ปี และมีการตรวจสอบโครงการที่ขอรับงบประมาณจากกองทุนไปดำเนินการทุกโครงการ

4. ข้อมูลด้านการบริหารงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล งบประมาณกองทุนทั้งหมดมาจาก 1) เงินจัดสรรจาก สปสช. 2) เงินสมทบจาก อบต. 3) เงินบริจาคจากประชาชน 4) รายได้และทรัพย์สินจากกองทุน พบว่ากองทุนประเภท อบต. มีงบประมาณต่ำกว่า 500,000 บาท (ร้อยละ 55.2) ซึ่งน้อยกว่ากองทุนเทศบาลซึ่งมีงบประมาณ 500,000-1,000,000 บาท (ร้อยละ 44.4) ทั้งนี้ หลายแห่งสมทบงบประมาณในสัดส่วนสูงกว่าที่ สปสช. กำหนด และประชาชนร่วมบริจาคเงินกับกองทุนด้วย

5. ข้อมูลด้านประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินกองทุนสุขภาพตำบล มีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างน้อย 80% ของเงินทั้งหมดในปีงบประมาณเป็นไปตามแผน (ร้อยละ 80.4) โดยทั้งสองประเภทกองทุนสนับสนุนงบประมาณให้กลุ่มประชาชนดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคมากที่สุด (ร้อยละ 95.8) และสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสุขภาพ รักษาพยาบาล ปฐมภูมิเชิงรุก (ร้อยละ 93.0) และสนับสนุนกิจกรรมบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีอาชีพเสี่ยงและผู้ป่วยเรื้อรังมากที่สุด แต่มีการใช้งบประมาณในกลุ่มผู้พิการ/ทุพพลภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น ขณะเดียวกันท้องถิ่นใช้งบกองทุนสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อีกด้วย แสดงว่ากองทุนมีการใช้เงินโดยคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและสามารถจัดสรรงบประมาณตามแผนงานครบ 5 ประเภทครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยมีประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินกองทุนเทียบกับรายรับปีที่ผ่านมาเป็นไปตามแผนและไม่มีเงินเหลือสะสมค้างท่อ

6. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและการนิเทศติดตามกองทุนสุขภาพตำบล ทุกกองทุนได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการโดยการอบรมทุกปีและศึกษาดูงานกองทุนอื่น 1-2 ครั้ง/ปี ขณะเดียวกันมีกองทุนอื่นมาศึกษาดูงาน

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ด้วย นอกจากนี้ทุกกองทุนได้รับการนิเทศติดตามจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปีละ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 93.7) ในขณะที่สปสข.เขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ในเรื่องการอบรมเกี่ยวกับระเบียบและพัฒนาศักยภาพกรรมการเป็นหลัก

7. การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.93$, $SD = 0.525$) และทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยเรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ การร่วมรับผลประโยชน์จากกองทุน การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม และการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม ดังแสดงในตารางที่ 1

8. การเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.79$, $SD = 0.569$) พิจารณารายด้านเรียงจากมากไปน้อย ดังนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับสนับสนุน การได้รับทรัพยากร และการได้รับโอกาสในงาน ดังแสดงในตารางที่ 2

9. การจัดระบบสุขภาพชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean=17.69) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ดังแสดงในตารางที่ 3

10. การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเสริมสร้างพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.652^{**}$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล (n=143)

การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล	ค่าเฉลี่ย($\bar{x}$)	SD	ระดับ
การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม	4.08	.553	มาก
การสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม	3.53	.553	มาก
การร่วมรับประโยชน์จากกองทุน	4.18	.602	มาก
ภาพรวมการบริหารจัดการกองทุน	3.93	.525	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการเสริมพลังอำนาจอปท. (n=143)

การเสริมพลังอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	ระดับ
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	3.98	.648	มาก
การได้รับการสนับสนุน	3.93	.637	มาก
การได้รับทรัพยากร	3.90	.662	มาก
การได้รับโอกาสในงาน	3.37	.830	ปานกลาง
ภาพรวมการเสริมพลังอำนาจ	3.79	.569	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด สูงสุด จำแนกการจัดระบบสุขภาพชุมชนรายด้าน (n=143)

การจัดระบบสุขภาพชุมชน	ระดับความคิดเห็น n=143			แปลผล
	อบต.n=71	เทศบาล n=72	รวม	
	Mean (min-max)	Mean(min-max)	Mean(min-max)	
การส่งเสริมสุขภาพ	5.11 (2-6)	5.50 (3-6)	5.31 (2-6)	
การป้องกันโรค	7.03 (3-8)	7.28 (3-8)	7.15 (3-8)	
การฟื้นฟูสุขภาพ	1.92 (0-2)	1.88 (0-2)	1.90 (0-2)	
การบริการรักษาปฐมภูมิเชิงรุก	3.24 (1-4)	3.42 (0-4)	3.33 (0-4)	
รวมการจัดระบบสุขภาพชุมชน	17.30 (6-20)	18.07 (6-20)	17.69 (5-20)	ดี

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลกับการเสริมสร้างพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามด้านและภาพรวม (n=143)

การบริหารจัดการกองทุน	การเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				การเสริมพลังอำนาจ	ระดับความสัมพันธ์
	ได้รับข้อมูลข่าวสาร	ได้รับการสนับสนุน	ได้รับทรัพยากร	ได้รับโอกาสในงาน		
	ได้รับข้อมูลข่าวสาร	ได้รับการสนับสนุน	ได้รับทรัพยากร	ได้รับโอกาสในงาน		
การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม	.585**	.558**	.372**	.425**	.577**	ปานกลาง
การสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม	.534**	.535**	.379**	.542**	.589**	ปานกลาง
การร่วมรับผลประโยชน์จากกองทุน	.515**	.417**	.414**	.306**	.467**	ปานกลาง
ภาพรวม	.625**	.601**	.469**	.504**	.652**	สูง

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผล

1. การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุนมีระดับมากที่สุดและด้านนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วมมีระดับต่ำกว่าด้านอื่น⁶ เนื่องจากกองทุนมีประโยชน์กับประชาชนในการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคทั่วถึงและได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ รักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิและเฝ้าระวังโรคได้ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้นำท้องถิ่นรับรู้นโยบายและให้ความสำคัญกับงานกองทุนที่ช่วยให้ชาวบ้านมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เห็นได้จากการสมทบงบประมาณในอัตราสูงกว่ากำหนด ขณะเดียวกันประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมกองทุนและร่วมลงขันกับกองทุนมากขึ้น⁷

การบริหารจัดการกองทุนแบบมีส่วนร่วมพบว่าคณะกรรมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุดเนื่องจากคณะกรรมการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนทั้งการวางแผนงานโครงการ แผนการใช้จ่ายงบประมาณให้มีประสิทธิภาพและตัดสินใจร่วมกันผ่านการประชุมคณะกรรมการ ตามหลักธรรมาภิบาลโปร่งใสตรวจสอบได้ ตลอดจนติดตามประเมินผล รายงานผลและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบผ่านเวทีประชาคมและช่องทางต่างๆ แสดงให้เห็นว่าคณะกรรมการมีบทบาทสำคัญในการนำกองทุนให้ประสบความสำเร็จ ในปีที่ผ่านมาพบว่าประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินกองทุนส่วนใหญ่เป็นไปตามแผนไม่มีเงินเหลือค้างท่อและสามารถจัดสรรงบประมาณตามแผนงาน/โครงการครบทั้ง 5 ประเภท สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้ตามกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้สังเกตว่าการใช้จ่ายงบประมาณ

สำหรับกลุ่มผู้พิการ/ทุพพลภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น ขณะเดียวกันการกำกับติดตามตรวจสอบโครงการที่ขอรับทุนไปดำเนินการในพื้นที่ยังไม่เป็นทางการ และยังไม่มีเครื่องมือกลางใช้ประเมินเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน^{8,9,10,11} ในการศึกษาพบว่าระดับการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกันระหว่างกองทุนประเภทเทศบาลกับประเภท อบต. แต่มีความแตกต่างกันระหว่างกองทุนที่บริหารจัดการดีกับกองทุนที่ต้องเร่งพัฒนา น่าจะอธิบายได้ว่ากองทุนที่บริหารจัดการดีมีกลไกการพัฒนา ศักยภาพคณะกรรมการให้รู้บทบาทหน้าที่ในการบริหารกองทุนและมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์และมีการเสริมพลังให้กลุ่มแกนนำภาคประชาชนมีความเข้มแข็ง อีกทั้งมีการจัดทำแผนการดำเนินงานกองทุนอย่างชัดเจนและที่สำคัญสามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคการทำงานระเบียบวิธีปฏิบัติต่าง ๆ รวมทั้งการบูรณาการกับหน่วยงานหรือกองทุนอื่นๆ ในพื้นที่ขณะเดียวกันกองทุนที่ต้องเร่งพัฒนา คณะกรรมการยังไม่เข้าใจบทบาทและเงื่อนไขในการดำเนินงานกองทุน จึงไม่สามารถบริหารจัดการกองทุนและบริหารงบประมาณภายใต้ระเบียบได้ตามเป้าหมาย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากกรรมการยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพและไม่มีผู้รับผิดชอบงานกองทุนโดยตรง จึงไม่สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและขาดการประชาสัมพันธ์กองทุนจึงทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของกองทุนน้อยด้วย¹² อย่างไรก็ตามกองทุนเริ่มบูรณาการกับกองทุนอื่น ๆ เช่น กองทุน พมจ. กองทุน Long Term Care (LTC) มูลนิธิ NGO สสส. เป็นต้น แต่ยังเป็นลักษณะแยกงบกันทำ ทั้งนี้กองทุนที่บริหารจัดการดี (กองทุนเทศบาลอย่างฮ่อม) ร่วมกับประเทศญี่ปุ่นบูรณาการกับโครงการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงภายใต้โครงการ Smart care มีระบบการทำงานผ่านโทรศัพท์มือถือ

Smart phone เพื่อให้การติดตามดูแลต่อเนื่อง แต่กรณีนี้ไม่ได้เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นในพื้นที่ทั่วไป^{13,14}

การสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วมซึ่งมีระดับต่ำกว่าด้านอื่น เนื่องจากกองทุนมีการสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชนหรือโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งยังมีจำนวนไม่มาก ประมาณ 10% ซึ่งพบในกองทุนที่บริหารจัดการที่มีการดำเนินงานครบวงจร ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากผู้นำท้องถิ่นเห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพและมีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งสามารถเชื่อมโยงโรคปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่จนพัฒนาจากโครงการไปสู่ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น เช่น การลดสารพิษในการเกษตร อาหารปลอดภัยในชุมชน การจัดการขยะและชุมชนปลอดใช้เลือดออก เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าคณะกรรมการมีการรับรู้เป้าหมายของกองทุนว่าไม่ได้จำกัดแค่มีสุขภาพแต่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ^{15,16,17} ผู้วิจัยเห็นว่าในพื้นที่จังหวัดเชียงรายซึ่งเป็นกองทุนนำร่องและรายได้ที่มีทิศทางการพัฒนาสู่ชุมชนสุขภาพเตรียมรับมือกับสถานการณ์ด้านสุขภาพต่างๆในอนาคตอันใกล้ อาทิ เด็กเกิดลดลง สังคมสูงวัยที่ต้องการดูแลมากขึ้น แบบแผนการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมหรือโรค NCDs เพิ่มขึ้น โรคที่มาจากการเคลื่อนย้ายประชากรและแรงงานต่างด้าวและปัญหาสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ สปสช.หรือหน่วยงานเกี่ยวข้องควรหนุนเสริมกองทุนให้มีการต่อยอดจากโครงการไปสู่การสร้างนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพหรือนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและสร้างกลไกในพื้นที่จัดการกับปัญหา

สุขภาพชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนต่อไป

2. การเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงราย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการได้รับการสนับสนุนมากที่สุด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกระดัดปานกลางกับการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น เนื่องจาก อบต.ได้รับการสนับสนุนจากสปสช.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีบรรยากาศการทำงานที่ดี ลดการสั่งการและชี้แนะ อบต.มีอิสระในการบริหารจัดการกองทุนตามกรอบกฎหมาย สอดคล้องกับแนวคิดของ Kanter (1979) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความยืดหยุ่นในการบริหาร มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการทำงานนั้นได้เต็มศักยภาพส่งผลให้ประสบความสำเร็จ ขณะเดียวกัน สปสช.มีกลไกการนิเทศติดตามการดำเนินงานของกองทุน ทั้งนี้ พบว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพในการสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลได้เป็นอย่างดีเมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่น โดยพิจารณาจากมิติความครอบคลุมของการนิเทศติดตามและความใกล้ชิดกับพื้นที่กองทุน¹⁵

การได้รับทราบข้อมูลข่าวสารภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกระดัดปานกลางกับการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้นำท้องถิ่นรับทราบนโยบายและได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกองทุนจากแหล่งต่าง ๆ สามารถเข้าถึงฐานข้อมูล (Big data) ของ สปสช. ได้สะดวก ทั้งนี้ข้อที่คะแนนน้อยคือการได้รับข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เกี่ยวกับผลการดำเนินงานกองทุน เห็นว่าควรมีการสื่อสารแบบสองทาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Kanter (1979) กล่าวว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้ปฏิบัติทราบนโยบายและควรมีการสื่อสาร

แบบสองทางจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจและทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ผู้วิจัยเห็นว่าการรับข้อมูลรอบด้านในการบริหารจัดการ (Management by fact) กองทุนสุขภาพตำบลเพื่อสร้างความเข้าใจนโยบายสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายต่อไป^{18,19}

การได้รับทรัพยากรภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่น เนื่องจากอปท.ได้รับทรัพยากรอย่างเพียงพอเหมาะสม แต่บางแห่งเห็นว่างบประมาณที่จัดสรรไม่เพียงพอและไม่มีผู้รับผิดชอบงานกองทุนโดยตรงทำให้มีอุปสรรคล่าช้าบ้าง สอดคล้องกับแนวคิดของ Kanter (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนการปฏิบัติงานจะต้องจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ รวมทั้งบุคลากรในการปฏิบัติงานให้เหมาะสม⁵

การได้รับโอกาสในงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกรรมการได้รับการอบรมประจำปี การประชุมวิชาการการสัมมนาทั้งภายในและนอกองค์กรต่อเนื่อง สังเกตข้อที่คะแนนน้อยคือการได้รับสิ่งตอบแทน (ค่าตอบแทน ค่าชมเชย) และการมอบรางวัลหรือประกาศเกียรติคุณกองทุนที่ประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของ Kanter (1979) กล่าวว่า การได้รับพัฒนาทักษะความสามารถ การให้โอกาสไปอบรมเพิ่มพูนความรู้ การศึกษาดูงาน การได้รับการยกย่องชมเชยและการยอมรับ ทำให้รับรู้ถึงการได้รับการเสริมพลังอำนาจส่งผลให้เกิดประสิทธิผลของงาน^{5,20}

3. การจัดระบบสุขภาพชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับดี ทุกกองทุนจัดบริการสุขภาพครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวมไม่ได้เน้นด้านใดด้านหนึ่ง เห็นได้จากการสนับสนุนกลุ่มประชาชนดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคมากที่สุด (ร้อยละ 95.8) และสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุข

จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันฟูสุขภาพ การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก (ร้อยละ 93.0) กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นไปตามกรอบสปสช.กำหนด อาทิ การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมพัฒนาการแม่และเด็ก การทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการบริโภคบุหรี่สุรา 2) การป้องกันโรค เช่น การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ป้องกันไข้เลือดออก 3) การฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การเยี่ยมบ้านและกายภาพบำบัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งสอน Care Giver ในการดูแลเสริมพลังผู้ป่วยให้สามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ 4) การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและมีระบบส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันหลายแห่งมีการคุ้มครองผู้บริโภคและจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การสุขาภิบาลอาหาร ตลาดสด และการจัดการขยะตามหลักสุขาภิบาล กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไปและตามสิทธิประโยชน์ส่วนใหญ่เข้าถึงผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง ยังมีช่องว่างการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เป็นของกลุ่มด้อยโอกาส ผู้พิการและทุพพลภาพ²¹

4. การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการเสริมสร้างพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ($r = .652^{**}$, $p\text{-value} < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของคานเตอร์ (Kanter, 1979) ที่กล่าวว่า การเข้าถึงการเสริมพลังอำนาจในระดับสูงก็จะมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานสูงด้วยเช่นการเข้าถึงนโยบาย ข้อมูลข่าวสาร มีทรัพยากรในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมเพียงพอ⁵

สรุป การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ โดยการที่ อปท.ได้รับการสนับสนุน ได้รับ ข้อมูลข่าวสาร ได้รับทรัพยากรและได้รับโอกาส ในงาน (Kanter, 1997) ขณะเดียวกันกองทุน สุขภาพตำบลยังส่งเสริมระบบสุขภาพชุมชนทั้งมิติ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสุขภาพและ รักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ทั้งนี้ สปสช. ควรให้การเสริมพลังอำนาจ อปท.อย่างเหมาะสม เช่นการให้ผลสะท้อนกลับ (feedback) แก่ อปท. ที่ควรเน้นในเชิงบวก เช่น ให้การยกย่องชมเชย ให้การสนับสนุนหรือจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นทั้ง คน เงิน ของในการทำงานให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กล่าวคือ กองทุนต้องสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชนนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในระดับพื้นที่ อปท. อำเภอ จังหวัด

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในฐานะ พี่เลี้ยงช่วยหนุนเสริม อปท.ในการพัฒนากองทุน สุขภาพตำบลให้เกิดการสร้างนวัตกรรมด้าน สุขภาพ หรือขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการ จัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่

2. อปท.ควรจัดบริการสุขภาพตามสิทธิ ประโยชน์ให้ครอบคลุมกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน

3. กองทุนที่ต้องเร่งพัฒนายังมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการทั้งนี้หน่วยงานเกี่ยวข้องควร นิเทศแบบเสริมพลังอำนาจหรือใช้ระบบพี่เลี้ยง (Coaching) เพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาต่อไป

ในระดับนโยบาย สปสช.สาขาเขต สปสช. ส่วนกลาง

1. สปสช. ควรทบทวนโครงสร้างการทำงาน กองทุน เนื่องจาก อปท. ขาดบุคลากรปฏิบัติงาน กองทุน พบว่าหลายแห่งดำเนินงานกองทุนลักษณะ งานฝาก ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการบริหารจัดการ

2. สปสช. ควรจัดหลักสูตรฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่กองทุนให้มีความรู้ขั้นพื้นฐานและมีการเพิ่มทักษะความชำนาญให้แก่คณะกรรมการกองทุนเป็นลำดับต่อไป

3. สปสช.ควรเปิดช่องระเบียบให้เกิดการบูรณาการกับกองทุนอื่น ๆ ในพื้นที่ เพื่อเพิ่มกลไกการทำงานที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและนวัตกรรมสุขภาพ ได้แก่ ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) กองทุนระบบดูแลระยะยาว (LCT) เป็นต้น

4. สปสช. ควรให้ความสำคัญกับการเสริมพลังอำนาจอย่างเหมาะสม เช่น การให้ผลสะท้อนกลับ (feedback) แก่ อปท. ที่ควรเน้นในเชิงบวก เช่น การยกย่องชมเชย การให้รางวัลกองทุนที่บริหารจัดการ ดีเด่น (High/Top performance) เพื่อสร้างแรงจูงใจเพิ่มคุณค่าในงานและให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิภาพประสิทธิผลกองทุน สุขภาพตำบลในการจัดระบบสุขภาพชุมชนในระดับเขตและระดับประเทศ เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลระหว่างผู้กำหนดนโยบายผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

2. ศึกษามิติการประเมินผลการดำเนินงาน กองทุนด้านผลลัพธ์สุขภาพประชาชนและการ จัดระบบสุขภาพในชุมชน ภายใต้กองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับจังหวัด ระดับเขต เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย ระดับประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ด้วย ความกรุณาจากคณาจารย์หลายท่านโดยเฉพาะ อ.ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อ.ดร.ภัทรพล มากมี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อ.อรจิต บำรุงสกุลสวัสดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบ

สุขภาพชุมชน สปสช. ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้แก่ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงราย ตลอดจนมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่สนับสนุนทุนการทำวิจัยและการเผยแพร่ งานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่; 2555. สืบค้นจาก <http://www.tobt.nhso.go.th>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนงานสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน; 2559. สืบค้นจาก www.nhso.go.th
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ ;2561. สืบค้นจาก <http://obt.nhso.go.th/>
5. Kanter, (1997) อ้างถึงใน อารีวรรณ อ่วมตานี. การเสริมสร้างพลังอำนาจในระบบบริการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
6. รุ่งเรือง แสนโกษาและคณะ. รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม มหาสารคาม; 2555.
7. สมเกียรติ ธรรมสาร. การประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของอำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.
8. ศรศักดิ์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี; 2551.
9. วรรณ ทอแก้ว. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
10. รจนาด ชูใจ. รายงานผลการวิจัยผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนหลวง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2551.
11. ณัฏฐา ไชยวงศ์. การประเมินระบบประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอำเภอเวียงป่าเป้าจังหวัดเชียงราย. ปริญญาโทรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. วิทยาลัยการปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น; 2556.
12. ชีระศักดิ์ กิตติคุณ. การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา; 2556.
13. เลียง ผาธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรับรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมดำเนินการของกองทุนสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดศรีสะเกษ.

- วารสารวิชาการสุขภาพภาคประชาชนอีสาน;
2550: 24(3), 43-47.
- 14.ชาญชัย ชัยสว่าง. การพัฒนาการดำเนินงาน
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย.วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
- 15.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. การศึกษาผล
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพต่อการ
เสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพ
ชุมชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
- 16.รัชณี สรรเสริญ. คุณภาพการดำเนินงานระบบ
หลักประกันสุขภาพในชุมชนบทเรียนจาก
ไทย. วารสารการพยาบาลและการศึกษา;
2551: 3(3).
- 17.ปิยะนุช เนื้ออ่อน. ปัจจัยที่มีผลต่อการ
ตอบสนองกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
ท้องถิ่นของคณะกรรมการ บริหารระบบ
หลักประกันสุขภาพในจังหวัดกระบี่.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
- 18.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ และคณะ. การวิจัย
ประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดเพชรบุรี.
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า: เพชรบุรี;
2549: หน้า 75.
- 19.Hackman JR, Oldham GR. Work
Redesign. MA: Addison-Wesley; 1980.
- 20.อุดม ตรีอินทอง. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการ
สร้างพลังการพัฒนาศักยภาพคณะ
กรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ
ระดับท้องถิ่นในเขตตำบลดอนตูม จังหวัด
นครปฐม.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุข
ศาสตร. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาสารคาม; 2552.
- 21.สุพัฒน์ กองศรีมา. ประสิทธิภาพการดำเนินงาน
กองทุนสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล
จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น; 2552.
- 22.พรเทพ มิ่งมาลัยรักษ์. ศูนย์หลอดเลือดสมอง
และระบบประสาท โรงพยาบาลศิริรินทร์. เช็ก
อาการเปลี่ยนชีวิต ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต
เฉียบพลัน .[ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม
2560 จาก [https://health.kapook.
com/view89057.html](https://health.kapook.com/view89057.html)

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน
(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

● **หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)**

- ☐ วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม - ธันวาคม)
- ☐ วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใด ๆ
- ☐ กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 2 คน เป็นผู้อ่าน

● **ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ**

- ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
- กว้างของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด
- ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

- ☐ ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ☐ ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ☐ ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ชื่ออยู่วุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ☐ ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ☐ E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ☐ ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. **คำสำคัญ (Keyword)** ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ
5. **บทนำ (Introduction)** บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ
6. **วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)** ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดจนทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)
7. **ผลการวิจัย (Results)** ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน
8. **สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)** การเขียนอภิปรายผลควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย
9. **กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)**
10. **เอกสารอ้างอิง (References)**
 - ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
 - การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
 - ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนจบเอกสาร หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
 - เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง
11. **ตาราง รูป ภาพ แผนภูมิ (Table, Figure and Diagram)**

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำ
เชื้อไวรัสโรคไข้เลือดออกมาสู่คน²การป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2556. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2557.
 2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
 3.
 4.
 5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมจักร. “พฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล,” สงขลานครินทร์เวชสาร. 27(1) : 81-89 ; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.
- **ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม**สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ
 - **การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์**
 - ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document มาที่กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข E-mail: editorial.ajcph@gmail.com
 - วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,000 บาท โดยผู้พิมพ์จะได้รับวารสารฉบับที่ตีพิมพ์จำนวน 2 เล่ม
- การชำระเงิน** โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย
ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน”
เลขบัญชี “955-0-13237-4”
(ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ E-mail: editorial.ajcph@gmail.com)