

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. การประเมินประสิทธิผลของโครงการ
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.สิทธิกร 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

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประชุมพร เกาห์ประเสริฐ	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ไทรชมภู	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.ประจวบ แผลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนະບູ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปริญา จิตอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.จิรนนท์ ขาติชัยนานนท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.ภญ. กุลนาถ มากบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.ประยุทธ์ สุดาทิพย์	สำนักโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข
ดร.นภา สิงห์วีระธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จตุพร เหลืองอุบล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้พิมพ์ ผู้อ่าน และสมาชิกวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานะข้อมูล TCI (Thai Journal Citation Index) กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยวารสารกำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ ซึ่งวารสารฉบับล่าสุดนี้เป็น ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2563) ได้มีบทความวิจัยทางด้านสุขภาพที่หลากหลายส่งมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์กับงานสาธารณสุข ทั้งในด้านการบริการ บริหาร และวิชาการ เป็นต้นว่า การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสมุนไพรไฉ่ยุง ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ให้นำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานทางด้านสาธารณสุขต่อไป จึงขอเชิญชวนผู้วิจัยส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อสร้างสรรค์และพัฒนาวิชาการของนักสาธารณสุข โดยสามารถส่งบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ที่เว็บไซต์ www.tci-thaijo.org หรือสอบถามรายละเอียดอื่น ๆ ได้ทางอีเมล editorial.ajcph@gmail.com

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิชาการ		Academic article
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: การทบทวนวรรณกรรม ยามีหละ ไมหมาด บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ สมเกียรติยศ วรเดช	1	Factors Associated with Mortality among Patients with Colorectal Cancer: Literature Review Yameela Maimard, Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet
บทความวิจัย		Research articles
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ธราดล โพธิษา น้ำเงิน จันทรมณี ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	22	Factors Related to Self-management for Surveillance Prevent and Control of Hypertension in Mae Ka Sub-district, Phayao Province Tharadon Pothisa, NamNgearn Jantaramanee, Taweewun Srisookkum
การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยมีส่วนร่วม ในพื้นที่ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี นิตยา เพ็ญศิริินภา ธีระวุธ ธรรมกุล ขวัญทิพย์ เฮงไป๋	34	Development and Evaluation of Participatory Health Promotion Model for Diabetes and Hypertension Elderly Patients in Khlong Khoi Sub-district, Pak Kret District, Nonthaburi Province Nittaya Pensirinapa, Theerawut Thammakun, Khwanthib Hengpai
รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย อังคณา วงศ์แสนสี ธีระวุธ ธรรมกุล สมโภช รติโอฬาร	48	Care Model for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Denchai Crown Prince Hospital Angkana Wongsensee, Theerawut Thammakun, Sompoch Rattioran

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ชนกพร ภูมิการีย์ วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์	62	■ The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of Prasimahabhodi Psychiatric Hospital Ubonratchathani Province Chanokporn Pumkaree, Vorapoj Promasatayapot, Phadoongsit Chumanaborirak
● อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่นราม เสาวณีย์ ตรีเดช พาณี สิตกะลิน เชาว์ โรจนแสง	73	■ Factors Affecting Decision-Making Process to Use Services of Khonkaen Ram Hospital Saowanee Treedach, Panee Sitakalin, Chow Rojanasang
● ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี สุทิตา อาภาเกสัช	86	■ Factors Affecting the Development of Services System in Sub- District Health Promoting Hospitals, Suphan Buri Province Sutisa Apapesuch
● การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ องค์การบริหารส่วนตำบลกุด้ไ้ง้อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พัชรพร นิลนวล วรพจน์ พรหมสัตยพรต นันทวรรณ ทิพยเนตร	96	■ The Development of Emergency Medical Service System of Emergency Operation Division in Kutsaicho Subdistrict Administrative Organization, Kantharawichai District, Maha Sarakham Province Padcharaporn Nilnuan, Vorapoj Promasatayaprot, Nantawan Tippayanate

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● ผลของการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต อัญชา จุลศิริ ธัญพร ชื่นกลิ่น ผกามาศ พิธรากร คมสัน แก้วระยะ	108	■ Effects of Simulation-based learning on self-efficacy of nursing student in Advanced Cardiac Life Support skills Anchana Julsiri, Thunyaporn Chuenklin, Phakamard Pheetarakorn, Komson Kaewraya
● การพัฒนาดอกไม้ประดิษฐ์ไล่ยุงกลิ่นสมุนไพร สำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อวิน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี อำพล บุญเพียร ประณต ชาญเครือ จันทรา วันพิรุณ ชนกธิดา ลิไธสง	122	■ Development of artificial flower mosquito repellent products of herbal scent for people in the responsibility area of Bowin Health Promoting Hospital, Si Racha District, Chon Buri Province Aumpol Bunpean, Pranote Chakruea, Jantra Wanphirun, Chanokthida Lithaisong
● การเปรียบเทียบกระบวนการบริหารความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และระดับการจัดบริการ กับผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยงค์ ศรีเจริญ อำพล ปานเพชร	135	■ The Comparison of Management Process, Knowledge of Thai Traditional Medicine personnel, and level of Service with the Performance of Thai Traditional Medicine Service Standard among Sub-District Health Promoting Hospitals Payong Srijarern, Ampon panpetch

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด รติยา วิภักดิ์ เสฐียรพงษ์ ศิวินา กุศลาลัย สุราอามาศย์	148	■ A Development of Strategic Implementation Model at Chaturaphakphiman Health Network, Roi-Et Province Ratiya Wipak, Satianpong Siwina, Kusalasai Suraarmart
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 อัญชา กิจแก้ว นิตยา เพ็ญศิริินภา พรทิพย์ กิระพงษ์	161	■ Factors Related to the Implementation of Dental Health Promotion in Primary Schools Students of Dental Assistants in Health Region 6 Anchana Kitkaew, Nittaya Pensirinapa, Phonthip Geerapong
● ความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา นันทกานต์ แสนรักษ์ สมคิด จูหว่า ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	173	■ Health Literacy on Self-Care among Patients with Diabetes Mellitus in Mae Ka Sub-district, Phayao Province Nunthakarn Saenrak, Somkid Juwa, Taweewun Srisookkum
● รูปแบบการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพในตำบลขุนควร อำเภอปง จังหวัดพะเยา ประจวบ แหลมหลัก ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง พงศธร ศิลาเงิน ภากรณ์ ภูสุวรรณ ประกาศิต ทอนช่วย ณรงค์ ใจเที่ยง แสงชัย วงศ์มานะกุล พงศ์นเรศ แจ้งพรมมา อรัญญ์ เกตุขาว วิริญญา เมืองช้าง	184	■ Model of Interprofessional Health Care in Khunkuan Sub-district, Pong District, Phayao Province Prachuab Lamluk, Patipat Vongruang, Pongsaton Siragnirn, Pakorn Pusuwan, Prakasit Tonchay, Narong Chaitiang, Saengchai Wongmanakun, Pongnared Jaengpromma, Orathai Katekhaw, Wirinya Muengchang

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปวดหลังส่วนล่าง ของบุคลากร สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น ธีรศักดิ์ พาจันท์ เพชรรัตน์ สุขสูง	195	■ Prevalence and Factors Associated with Low Back Pain among Health Personnel in Khon Kaen Provincial Health Office Teerasak Phajan Petcharat Sooksalung

Received: 11 Feb 2020, Revised: 4 Mar 2020,

Accepted: 20 Apr 2020

บทความวิชาการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง:
การทบทวนวรรณกรรมยามีหะ ไมมาร์ด^{1*}, ปญญพัฒน์ ไชยมะ², สมเกียรติยศ วรเดช²

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer: CRC) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้ทั้งในเพศหญิงและชาย พบมากในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอาจมีสาเหตุจากพันธุกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะที่โรคได้ดำเนินไปมากแล้ว ทำให้การแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง ต่อมมน้ำเหลือง หรืออวัยวะ เช่น ตับ ปอด สมอง หรือกระดูก เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงประกอบด้วย ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร (อายุ เพศ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ) ปัจจัยทางพยาธิวิทยา (ลักษณะของชิ้นเนื้อ ตำแหน่งที่เกิดโรค การกระจายของเซลล์มะเร็ง การลุกลามของเซลล์มะเร็ง การกระจายไปยังอวัยวะอื่น ชนิดของเซลล์มะเร็ง และระยะของโรค) และปัจจัยด้านการรักษา ถึงแม้ว่าปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความก้าวหน้าและมีเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผลลัพธ์การรักษาเป็นไปในทางที่ดีและเพิ่มระยะเวลาการรอดชีพในผู้ป่วยได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รับผิดชอบและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงควรพิจารณาปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร พยาธิวิทยา และการรักษา เพื่อใช้ในการพยากรณ์โรคและการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาและดูแลผู้ป่วย ต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การเสียชีวิต ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร
ปัจจัยทางพยาธิวิทยา ปัจจัยทางการรักษา การทบทวนวรรณกรรม

^{1*} นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ² สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

*Corresponding author: maimard.mee30@gmail.com

*Review Article***Factors Associated with Mortality among Patients with Colorectal Cancer:
Literature Review**Yameela Maimard^{1*}, Bhunyabhadh Chaimay², Somkiattiyos Woradet²**Abstract**

Colorectal cancer (CRC) is frequently found in both male and female. It is mostly found in elderly people who aged more than 60 years. Colorectal cancer may be caused by heredity and health behavior including; food consumption, smoking, alcohol drinking and lack of exercise and etc. Most of patients with colorectal cancer are diagnosed in advanced stages of disease. In addition, it is resulting metastasis to lateral cells, lymph nodes or organs such as liver, lung, brain and skeleton and etc. The literature review shows that factors associated with mortality among patients with colorectal cancer are demographic, pathological (age, sex and marital status) pathological factors (grade differentiated, tumor location, extension, invasion, metastasis, histological type and stage) and treatment factors. At present, there are the progressive and technological treatments in colorectal cancer and increasing the survival of patients with colorectal cancer. However, medical and health professionals who are responsible for colorectal cancer care should consider the demographic, pathological and treatment factors in order to be prognosis and made decision of guideline and care among patients with colorectal cancer.

Keywords : Colorectal cancer, death, demographic factors, pathological factors, treatment factors, literature review

^{1*} Student in Master of Public Health Program, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

² Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

*Corresponding author: maimard.mee30@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer: CRC) เป็นโรคมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของผนังเยื่อบุลำไส้ ซึ่งเกิดได้ทั้งในเพศหญิงและชาย ปัจจุบันอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง เนื้อแดง หรือผลิตภัณฑ์แปรรูปจากเนื้อสัตว์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา¹⁻³ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease)³⁻⁴ สำหรับอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการในระยะเริ่มแรก แต่เมื่อมีระยะของโรคที่รุนแรงขึ้นอาจมีอาการที่พบบ่อย¹ ได้แก่ ถ่ายเป็นเลือดสด ภาวะโลหิตจาง ท้องผูกสลับท้องเสีย ปวดท้องอย่างรุนแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ลำไส้อุดตันหรือทะลุ เป็นต้น

จากรายงานขององค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) พบว่า ใน ค.ศ. 2018 ประชากรทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงเป็นอันดับ 3 (ร้อยละ 10.2) รองจากโรคมะเร็งปอดและเต้านม นอกจากนี้ ยังพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 9.6 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 9.2) รองจากมะเร็งปอด⁵ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่สูงเป็นอันดับ 4 (ร้อยละ 10.3) รองมาจากมะเร็งปอด มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม⁵ ตามลำดับ จากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทยรายงานว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วย

รายใหม่สูงเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งชนิดอื่นๆ และในปี พ.ศ. 2561 สูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งตับในเพศชาย และโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิง ความชุกของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบมากในช่วงอายุ 50-70 ปี โดยเฉพาะอายุ 60 ปีขึ้นไป

ปัจจุบันมีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่โดยการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงซึ่งสามารถดำเนินการได้หลายวิธี เช่น การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test: FOBT) การตรวจทางรังสีวินิจฉัย การส่องกล้อง (Colonoscopy) การตรวจโดยใช้สารทึบแสง (Double Contrast Barium Enema: DCBE) การเอกซเรย์ การทำ CT scan หรือการอัลตราซาวด์ในช่องท้อง เป็นต้น² ซึ่งแต่ละวิธีมีความแม่นยำในการตรวจหาโรคแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมและสนับสนุนการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 50-70 ปี หรือผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้มาก่อน และตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องในกรณีที่มีมีผลบวกของการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระต่อไป สำหรับการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่าตัด² ซึ่งเป็นการรักษาตามมาตรฐาน และนอกจากนี้ยังมีการรักษาเสริมด้วยการให้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสี ชีวบำบัด หรือการรักษาแบบ Target Therapy ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะที่การดำเนินของโรคในช่วงเริ่มต้นจะทำให้รอดชีวิตสูงขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่เข้ามารับการรักษาในขณะที่อาการของโรคอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 (ร้อยละ 31.26 และ 39.54 ตามลำดับ)⁷ ซึ่งทำให้การรักษาค่อนข้างยากเนื่องจากมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังเซลล์หรืออวัยวะข้างเคียงแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพลดลง

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นโรคที่มีอัตราการปฏิบัติการของการเกิดโรคและการเสียชีวิตสูงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น บทความวิชาการครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารให้ข้อมูลความรู้แก่ญาติผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาโรคร่วมกันอีกด้วย

ผลการทบทวนวรรณกรรม

บทความวิชาการครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยทำการทบทวนบทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - 2562 ที่เผยแพร่บนฐานข้อมูลของ Pubmed (www.pubmed.gov), Google Scholar (www.scholar.google.com) และทำการสืบค้นจากเอกสารหรือ Citation โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นภาษาอังกฤษ คือ “Survival”, “Colorectal cancer”, “Prognostic factors” คำสำคัญในการสืบค้นภาษาไทย คือ “การรอดชีพ”, “โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง” และ “ปัจจัยการทำนาย” นอกจากนี้ ทำการสืบค้นเพิ่มเติมจากหนังสือ เอกสารวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากการสืบค้นบทความวิจัย พบว่า มีจำนวนบทความวิจัยทั้งสิ้น 100 รายการ และคัดงานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำหนดไว้ ออกจำนวน 80 บทความ คงเหลือ 20 บทความ ซึ่งในจำนวนนี้เป็นการศึกษาในแถบเอเชีย ยุโรป อเมริกา แอฟริกาและออสเตรเลีย และเป็นการศึกษาชนิด Retrospective cohort study จำนวน 14 บทความ การศึกษาชนิด Retrospective study จำนวน 4 บทความ และการศึกษาชนิด cohort study จำนวน 2 บทความ

นำเสนอข้อมูลโดยใช้กราฟแผนภาพต้นไม้ (Forest plot) โดยกำหนดจากค่าขนาดของผลกระทบจากการศึกษา (Effect size) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95% CI)

จากการทบทวนบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภท คือ ปัจจัยทางคุณลักษณะทางประชากร พยาธิวิทยา และการรักษา ซึ่งในแต่ละปัจจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยทางคุณลักษณะทางประชากร

สำหรับปัจจัยทางคุณลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานะภาพสมรส และเชื้อชาติ ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยด้านอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การศึกษาของ Mark B. Ulanja.⁸ ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 50-59 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.21 เท่า (HR = 1.21, 95%CI: 1.19-1.24) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2.63 เท่า (HR = 2.63, 95%CI: 2.57-2.69) การศึกษาของ Lagrand-Escure J.⁹ ที่ทำการศึกษาศึกษาในประเทศฝรั่งเศส พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 71 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.54 เท่า (HR = 3.54, 95%CI: 2.28-5.24) และการศึกษาของ Kotake K.¹⁰ ที่ศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.45 เท่า (HR = 1.45, 95%CI: 1.34-1.58)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีอายุ 40-49 ปี ในประเทศการ์นา¹¹ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 51 (HR = 0.49, 95%CI: 0.18-1.34) ผู้ป่วยอายุ 42-69 ปี ในประเทศอิหร่านพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.02 เท่า (HR = 1.02, 95%CI: 1.01-1.03) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศการ์นา ไทย อิหร่าน ฝรั่งเศส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตโดยเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเชิงป้องกัน ซึ่งผลการศึกษาทั้งหมดนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การศึกษาแต่ละเรื่องมีการจัดแบ่งช่วงอายุที่แตกต่างกัน โดยในช่วงอายุ 50-59 ปี พบว่ามีความเสี่ยง 1.27 เท่า (HR = 1.27, 95%CI: 0.63-2.54)¹¹ และในการศึกษาของสุดสวาท เลหา วินิจ พบเป็นปัจจัยเชิงป้องกันที่ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 0.06 (HR = 0.94, 95%CI: 0.52-1.70)¹² ช่วงอายุ 51-64 ปี มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.33 เท่า (HR = 1.33, 95%CI: 0.73-2.41)¹³ ช่วงอายุ 60-69 ปี มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.36 เท่า (HR = 1.36, 95%CI: 0.63-2.92)¹¹ ช่วงอายุ 50-70 ปี มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.15 เท่า (HR = 1.15, 95%CI: 0.84-1.58)¹⁴ อายุ 65-74 ปี การศึกษาของ Joachim C. พบเป็นปัจจัยเชิงป้องกันที่ช่วยลดความเสี่ยงได้ร้อยละ 0.07 (HR = 0.93, 95%CI: 0.62-1.40) และช่วงอายุมากกว่า 70 ปี พบว่าเป็นปัจจัยเชิงป้องกันซึ่งลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 0.03 (HR = 0.97, 95%CI: 0.42-2.20)¹¹ และร้อยละ 0.08 (HR = 0.92, 95%CI: 0.62-1.38)¹⁵ ดังแสดงในภาพที่ 1

ปัจจัยด้านเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยที่เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง การศึกษา

ของ Sharp L.¹⁶ ที่ทำการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ พบว่า ผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.1 เท่า (HR = 1.10, 95%CI: 1.04-1.15) และการศึกษาของ Magaji B. A.¹⁷ ซึ่งทำการศึกษาในประเทศมาเลเซีย พบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.41 เท่า (HR = 1.41, 95%CI: 1.12-1.76) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศออสเตรเลีย อิหร่าน จอร์แดน ไทย ฝรั่งเศสและการ์นา พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเช่นกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 1.24, 95%CI: 0.89-1.74)¹⁸, (HR = 1.10, 95%CI: 0.90-1.20)¹⁹, (HR = 1.05, 95%CI: 0.83-1.35)²⁰, (HR = 1.44, 95%CI: 0.80-2.63)²¹, (HR = 1.20, 95%CI: 0.91-1.56)¹⁵, (HR = 1.11, 95%CI: 0.71-1.71)¹¹ ดังแสดงในภาพที่ 2

ปัจจัยด้านสถานะภาพสมรส

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านสถานะภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากการศึกษาในประเทศ ไอร์แลนด์ อเมริกาและอิหร่าน พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.15-1.62 เท่า (HR = 1.15, 95%CI: 1.10-1.22)¹⁶, (HR = 1.33, 95%CI: 1.30-1.35)⁸, (HR : 1.62, 95%CI : 1.10-2.40)¹³ ส่วนผู้ป่วยที่เป็นเป็นหม้าย และหย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.24 เท่า (HR : 1.24, 95%CI : 1.22-1.27)⁸ และ 1.46 เท่า (HR : 1.46, 95%CI : 1.43-1.49)⁸ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศการ์นา พบว่า ปัจจัยด้านสถานะภาพหม้ายและหย่าร้างมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.90, 95%CI: 0.43-1.89) (HR = 1.27, 95%CI: 0.68-2.37)¹¹ ดังแสดงในภาพที่ 2

ปัจจัยด้านเชื้อชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยที่ผู้ป่วยเชื้อสายจีนในประเทศมาเลเซียมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.41 เท่า (HR = 1.41, 95%CI: 1.07-1.85) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเชื้อสายมาเลย์¹⁷ ในขณะที่ผู้ป่วยชาวอเมริกันผิวสีในสหรัฐอเมริกามีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.04 เท่า (HR = 1.04, 95%CI: 1.02-1.07) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยชาว Hispanic⁸ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Mark B. U.⁸ พบว่า ผู้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงชาวเอเชียและผู้ป่วยไม่ทราบเชื้อชาติที่อาศัยในสหรัฐอเมริกามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 10 (HR = 0.90, 95%CI: 0.88-0.93) และร้อยละ 77 (HR = 0.23, 95% CI: 0.17-0.29) ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเชื้อสายอินเดียในมาเลเซีย พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตเช่นกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 1.32, 95%CI: 0.78-1.71)¹⁷ ดังแสดงในภาพที่ 2

2. ปัจจัยด้านพยาธิวิทยา

ในส่วนของผู้ป่วยด้านพยาธิวิทยาที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของชิ้นเนื้อ ตำแหน่งที่เกิดโรค ชนิดของเซลล์มะเร็ง การกระจายของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรค ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้

ระดับความรุนแรงของชิ้นเนื้อ

สำหรับระดับความรุนแรงของชิ้นเนื้อ (Grade differentiated) มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยที่การศึกษาในประเทศสิงคโปร์²² พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อชนิด Moderate differentiated มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.24 เท่า (HR = 2.24, 95%CI: 1.04-4.82) สำหรับ

การศึกษาในประเทศไทย^{12, 23} ไอร์แลนด์¹⁶ อิหร่าน¹³ จอร์แดน¹⁹ และสิงคโปร์²² พบว่าผู้ป่วยที่มีผลชิ้นเนื้อแบบ Poorly differentiated มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตั้งแต่ 1.59 เท่า (HR : 1.59, 95%CI : 1.43-1.77)¹⁶ จนถึง 3.54 เท่า (HR : 3.54, 95%CI : 1.54-8.15)²² เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อชนิด Well differentiated

ส่วนการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น¹⁰ สหรัฐอเมริกา⁸ ฝรั่งเศส⁹ และไต้หวัน²⁴ พบว่าผู้ป่วยที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อชนิด High (Poorly และ Undifferentiated) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.44 เท่า (HR = 1.44, 95%CI: 1.42-1.46)⁸ 2.98 เท่า (HR : 2.98, 95%CI : 1.52-5.72)⁹ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีผลชิ้นเนื้อแบบ Low (Well + Moderate) ตามลำดับ นอกจากนี้การศึกษาในประเทศอิหร่าน พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อชนิด Undifferentiated มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.90 เท่า (HR = 2.90, 95%CI: 1.67-4.98)¹³ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อแบบ Well differentiated

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในประเทศไทย อิหร่าน ไอร์แลนด์ จอร์แดนและการ์นา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อชนิด Moderate differentiated มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตประมาณ 1.02-1.49 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 1.02, 95%CI: 0.92-1.12)¹⁶, (HR = 1.14, 95%CI: 0.88-1.57)²⁵, (HR = 1.17, 95%CI: 0.80-1.71)¹², (HR = 1.20, 95%CI: 0.90-1.50)¹⁹, (HR = 1.24, 95%CI: 1.00-1.52)²³, (HR = 1.31, 95%CI: 0.70-2.48)²¹, (HR = 1.33, 95%CI: 0.70-2.52)¹¹, (HR = 1.49, 95%CI: 0.90-2.46)¹³ และในการศึกษาของ Zare-Bandamiri M. al.¹⁴ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต (HR = 1.00, 95%CI: 0.74-1.35) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีผลตรวจชิ้นเนื้อชนิด Poorly differentiated ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต

ประมาณ 1.01-1.51 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นผลการศึกษาในประเทศ อิหร่านไทย และการ์นา (HR = 1.01, 95%CI: 0.35-2.91)⁸, (HR = 1.35, 95%CI: 0.77-2.36)⁸, (HR = 1.51, 95%CI: 0.92-2.48)¹⁴ นอกจากนี้ในการศึกษาของ ซิตเซต โตเหมื่อน²¹ พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ไม่ทราบระดับความรุนแรงของชิ้นเนื้อนั้น มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต 1.71 เท่า (HR = 1.71, 95%CI: 0.58-5.02) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพที่ 3

ตำแหน่งที่เกิดโรค

ตำแหน่งของการเกิดโรค (Tumor location) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย โดยที่การศึกษาในประเทศไอร์แลนด์¹⁶ และสหรัฐอเมริกา⁸ พบว่า ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของการเกิดโรคมะเร็งส่วน Colon NOS มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.23 เท่า (HR = 1.23, 95%CI: 1.13-1.35) และ 1.14 เท่า (HR = 1.14, 95%CI: 1.09-1.20) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ตำแหน่งลำไส้ส่วนต้น (Proximal colon) สำหรับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น¹⁰ พบว่าผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของมะเร็งส่วน Rectum มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.12 เท่า (HR = 1.12, 95%CI: 1.06-1.17) ในขณะที่การศึกษาในประเทศจอร์แดน¹⁹ กลับพบว่าผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของการเกิดโรคมะเร็งส่วน Right colon มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.30 เท่า (HR = 1.30, 95%CI: 1.10-1.60) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของการเกิดโรคมะเร็งส่วน Left colon

การศึกษาในประเทศอิหร่าน¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของการเกิดโรคมะเร็งส่วน Right and transverse colon มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 52 (HR = 0.48, 95%CI: 0.33-0.71) การศึกษาในประเทศอิหร่าน^{14, 25} เช่นกัน พบว่าผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของโรคมะเร็งส่วน Left colon มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงร้อยละ

60 (HR = 0.40, 95%CI: 0.23-0.71) ร้อยละ 49 (HR = 0.51, 95%CI: 0.28-0.91) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของมะเร็งส่วน Rectum และการศึกษาในสหรัฐอเมริกา⁸ พบว่าการเป็นมะเร็งในตำแหน่งของ Rectum มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 10 (HR = 0.90, 95%CI: 0.89-0.92) เมื่อเทียบกับการมีตำแหน่งของมะเร็งส่วน Colon

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในจอร์แดน พบว่าตำแหน่งของการเกิดโรคส่วนของ Colon ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต (HR = 1.00, 95%CI: 0.50-1.50)¹⁹ การศึกษาในอิหร่านพบว่าการเป็นมะเร็งบริเวณลำไส้ส่วน Right และ Transverse Colon เป็นปัจจัยเชิงป้องกันซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 31 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.69, 95%CI: 0.47-1.03)²⁵ ขณะเดียวกันการศึกษาในอเมริกาพบว่าการเป็นมะเร็งบริเวณ Transverse Colon ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต (HR = 0.99, 95%CI: 0.97-1.02)⁸ ส่วนการเป็นมะเร็งส่วน Sigmoid Colon, Rectum และ Multiple site พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเชิงป้องกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการศึกษาในประเทศอิหร่าน จอร์แดน และการ์นา (HR = 0.70, 95%CI: 0.49-1.01)²⁵, (HR = 1.20, 95%CI: 0.70-1.70)¹⁹, (HR = 0.86, 95%CI: 0.50-1.48)¹¹, (HR = 0.76, 95%CI: 0.22-2.64)¹¹ ดังแสดงในภาพที่ 4

ชนิดของเซลล์มะเร็ง

จากการจำแนกชนิดของเซลล์มะเร็งมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา⁸ พบว่าผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งชนิด Signet ring cell adenocarcinoma มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.34 เท่า (HR = 1.34, 95%CI: 1.27-1.41) และเซลล์มะเร็งชนิด

Medullary carcinoma และ Adeno-squamous cell หรือชนิดอื่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.12 เท่า (HR = 1.12, 95%CI: 1.04-1.20) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีเซลล์มะเร็งชนิด Mucinous carcinoma และการศึกษาในประเทศไทย²³ พบว่าผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งชนิดอื่นๆ นอกเหนือจาก Adenocarcinoma มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.72 เท่า (HR = 1.72, 95%CI: 1.52-1.95) ส่วนผู้ที่มีเซลล์มะเร็งชนิด Adenocarcinoma มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 14 (HR = 0.86, 95%CI: 0.84-0.88)⁸ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งชนิด Mucinous carcinoma ดังแสดงในภาพที่ 4

การกระจายของเซลล์มะเร็ง

สำหรับการกระจายของเซลล์มะเร็ง ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ชนิด คือ Invasion, Extension และ Metastasis ซึ่งมีผลการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งชนิด Invasion สู่ Lymph node, Venous และ Perineural มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยการกระจายสู่ Lymph node มีความเสี่ยงเท่ากับ 1.38 เท่า (HR = 1.38, 95%CI: 1.28-1.49)¹⁰, 1.79 เท่า (HR = 1.79, 95%CI: 1.26-2.55)²⁵ และ 1.97 เท่า (HR = 1.97, 95%CI: 1.42-2.74)¹⁴ ตามลำดับ การกระจายสู่ Venous มีความเสี่ยงเท่ากับ 1.25 เท่า (HR = 1.25, 95%CI: 1.17-1.33)¹⁰ ส่วนการกระจายของเซลล์มะเร็งชนิด Perineural invasion มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเท่ากับ 2.90 เท่า (HR = 2.90, 95%CI: 2.03-4.14)²⁴ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งชนิด Perineural invasion ขณะเดียวกันการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าการกระจายของเซลล์มะเร็งแบบ Perineural invasion มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตประมาณ 1.05-1.07 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR =

1.05, 95%CI: 0.75-1.48)²⁵ (HR = 1.07, 95%CI: 0.74-1.57)²⁵ ดังแสดงในภาพที่ 5

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งชนิด Extension ไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะที่ใกล้เคียง และผู้ป่วยที่ไม่ทราบการกระจายของมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยที่ผู้ป่วยที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.80 เท่า (HR = 1.80, 95%CI: 1.60-3.70)¹⁹, 1.81 เท่า (HR = 1.81, 95%CI: 1.28-2.57)²⁴ และ 2.82 เท่า (HR = 2.82, 95%CI: 1.01-7.83)²⁶ ตามลำดับ และเมื่อมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.78 เท่า (HR = 2.78, 95%CI: 2.00-3.87)²⁴, 4.50 เท่า (HR = 4.50 95%CI: 3.70-5.10)¹⁹ และ 8.15 เท่า (HR = 8.15, 95%CI: 2.85-23.29)²⁶ ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการกระจายของเซลล์มะเร็ง และการกระจายแบบ Direct extension ซึ่งหมายถึง ลักษณะของเซลล์มะเร็งที่มีการลุกลามไปยังขอบนอกและเนื้อเยื่อข้างเคียง แต่ยังไม่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ โดยพบว่าการกระจายลักษณะนี้มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยประมาณ 1.19-1.91 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 1.19, 95%CI: 0.65-2.17)²¹ (HR = 1.91, 95%CI: 0.67-5.44)²⁶ ส่วนการกระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป (Distant metastasis) และผู้ป่วยที่ไม่ทราบการกระจายของโรค (Unknown) พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 1.35, 95%CI: 0.31-5.74)²¹ (HR = 1.80, 95%CI: 0.42-7.65)²¹ ดังแสดงในภาพที่ 5

จากการศึกษาการกระจายของเซลล์มะเร็งชนิด Metastasis พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.90 เท่า (HR = 1.90, 95%CI: 1.29-2.75)²¹ และ 3.20 เท่า (HR = 3.20, 95%CI: 1.46-13.52)²⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า ในกรณีที่มีการกระจายของ

เซลล์มะเร็งไปยังตับจะโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.63 เท่า (HR = 3.63, 95%CI: 2.21-5.99)²⁶ และในกรณีที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังหลายๆ อวัยวะ (Multiple sites) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 9.14 เท่า (HR = 9.14, 95%CI: 3.79-22.03)²⁶ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการกระจายของเซลล์มะเร็ง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศการีนพบว่า การกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะที่ไกลออกไปเป็นปัจจัยเชิงป้องกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.49, 95%CI: 0.11-2.18)¹¹ นอกจากนี้การกระจาย (Metastasis) ของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.12 เท่า (HR = 1.12, 95%CI: 0.49-2.58) และกระจายไปที่สมองมีความเสี่ยงเท่ากับ 1.41 เท่า (HR = 1.41, 95%CI: 0.44-4.48) ในขณะที่การกระจายไปยังปอดพบว่าเป็นปัจจัยเชิงป้องกันซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ร้อยละ 12 โดยผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶ ดังแสดงในภาพที่ 5

ระยะของโรค

ในส่วนของระยะของโรค (AJCC Stage) พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ซึ่งเป็นผลการศึกษาที่พบในประเทศออสเตรเลีย¹⁸ ญี่ปุ่น¹⁰ อิหร่าน¹³, 14, 20, 25 ไทย^{12, 21, 23, 26} มาเลเซีย^{17, 27} ฝรั่งเศส⁹, 15 อเมริกา⁸ โดยที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีระยะของโรคในระยะที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.50 เท่า (HR = 1.50, 95%CI: 1.32-1.70)¹⁰ และ 4.41 เท่า (HR = 4.41, 95%CI: 2.12-9.16)²⁵ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.68 เท่า (HR = 1.68, 95%CI: 1.28-2.21)¹⁷ และ 5.14 เท่า (HR = 5.14, 95%CI: 3.23-9.04)¹⁸ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 4 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.30 เท่า (HR = 2.30, 95%CI: 1.29-4.09)²⁶ และ 35.63 เท่า (HR = 35.63, 95%CI: 12.36-73.54)¹⁴ เมื่อเทียบกับ

ผู้ป่วยที่มีระยะของโรคในระยะที่ 1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีระยะของโรคในระยะที่ 3 และ 4 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.50 เท่า (HR = 2.50, 95%CI: 2.00-3.12)²³ และ 5.25 เท่า (HR = 5.25, 95%CI: 3.70-7.45)¹⁵ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะของโรคในระยะที่ 1 และ 2 ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่ทราบระยะของ (Unknown stage) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.97 เท่า (HR = 2.97, 95%CI: 1.57-5.64)¹⁸ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 1 ดังแสดงในภาพที่ 6

อย่างไรก็ตาม ยังมีผลการศึกษาหลายเรื่องซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่โรคดำเนินอยู่ในระยะ 2, 3, 4 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุระยะของโรคได้นั้น มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต ส่วนใหญ่พบเป็นปัจจัยเสี่ยง มีบางการศึกษาที่พบว่าเป็นปัจจัยเชิงป้องกัน ซึ่งเป็นการศึกษาที่พบในมาเลเซีย ไทย อิหร่านและการีน แต่รายงานผลการศึกษาดังกล่าวทั้งหมดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยในระยะที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.68-2.00 เท่า (HR = 1.68, 95%CI: 0.56-5.20)²⁶, (HR = 2.00, 95%CI: 0.16-25.79)¹¹ และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ร้อยละ 12-30 (HR = 0.88, 95%CI: 0.50-1.54)²⁷, (HR = 0.70, 95%CI: 0.45-1.10)²⁰ ผู้ป่วยในระยะที่ 3 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.06-4.97 เท่า (HR = 1.06, 95%CI: 0.66-1.70)¹³, (HR = 1.50, 95%CI: 0.84-2.68)²⁷, (HR = 4.97, 95%CI: 0.28-87.64)¹¹ ผู้ป่วยในระยะที่ 4 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.59-13.34 เท่า (HR = 1.59, 95%CI: 0.38-6.59)²¹, (HR = 13.34, 95%CI: 0.49-359.01)¹¹ และผู้ป่วยที่ไม่ทราบระยะของโรคมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.04 เท่า (HR = 1.04, 95%CI: 0.59-1.81)²⁶ ดังแสดงในภาพที่ 6

3. ปัจจัยด้านการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมวิธีการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงสามารถ

จำแนกได้หลายประเภท ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา การใช้เคมีบำบัดหลังการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด และการรักษาตามอาการ ซึ่งวิธีการรักษาดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมีรายละเอียด ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดการผ่าตัด (Surgical therapy) ยังคงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยที่การศึกษาในประเทศฝรั่งเศส⁹ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 92 (HR = 0.08, 95%CI: 0.04-0.15) ในขณะที่การศึกษาในประเทศมาเลเซีย²⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.7 เท่า (HR = 1.71 95%CI: 1.23-2.73) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดหรือรักษาด้วยวิธีอื่น นอกจากนี้ การศึกษาของ Magaji B. A.¹⁷ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (Emergency surgery) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.42 เท่า (HR = 1.42, 95%CI: 1.11-1.82) เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดในภาวะปกติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศการ์นาพบว่า การผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทั้งภาวะปกติ (Elective surgery) และ ภาวะฉุกเฉิน (Emergency surgery) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.28 เท่า (HR = 3.28, 95%CI: 0.16-91.51) และ 3.41 เท่า (HR = 3.41, 95%CI: 0.14-82.49) ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประเทศการ์นาและฝรั่งเศส ที่ได้รับการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ร้อยละ 67 (HR = 0.33, 95%CI: 0.24-0.45)¹¹ และร้อยละ 77 (HR = 0.23, 95%CI: 0.13-0.41)¹⁵ เมื่อเปรียบเทียบกับ

กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัด และในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในลักษณะที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ร้อยละ 44 (HR = 0.56, 95%CI: 0.20-1.60) แต่ผลการศึกษาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy) พบว่า มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 55 (HR = 0.45, 95%CI: 0.33-0.62)²⁶ ร้อยละ 57 (HR = 0.43, 95%CI: 0.23-0.79)²¹ และการศึกษาในญี่ปุ่นพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 15 (HR = 0.85, 95%CI: 0.8-0.90) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาในอิหร่านพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามด้วยให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาหลังการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.12 เท่า (HR = 1.12, 95%CI: 0.79-1.57)²⁷ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant therapy) พบว่า ผู้ป่วยดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.73 เท่า (HR = 1.73, 95%CI: 1.22-2.45)²⁵ และ 2.76 เท่า (HR = 2.76, 95%CI: 1.57-4.81)¹⁴ เมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด และยังพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้แก่ผู้ป่วยมะเร็งส่วนลำไส้ตรง (Rectum) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.31 เท่า (HR = 1.31, 95%CI: 0.82-2.09)¹⁴ แต่ผลการศึกษาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการผ่าตัดและตามด้วยรังสีรักษาหรือการใช้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.63 เท่า (HR = 3.63, 95%CI: 1.05-12.59)¹¹ ซึ่งเป็นผลการศึกษาในประเทศการ์นา ในขณะที่การศึกษาในประเทศอิหร่าน ผู้ป่วยมีความเสี่ยง 1.12 เท่า (HR = 1.12, 95%CI: 0.79-1.57) และ 1.17 เท่า (HR = 1.17, 95%CI: 0.68-2.03)²⁷ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประเทศไทย ที่ได้รับการผ่าตัดและตามด้วยการรักษาตามอาการมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.94 เท่า (HR = 2.94, 95%CI: 2.07-4.19)²⁶ และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามอาการ (Supportive care) พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 7.90 เท่า (HR = 7.90, 95%CI: 2.02-30.98)¹² ในขณะที่บางการศึกษาพบว่าการรักษาผู้ป่วยตามอาการมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.19 เท่า (HR = 1.19, 95%CI: 0.46-3.03)²¹ เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.44 เท่า (HR = 1.44, 95%CI: 0.50-4.16)¹² แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การศึกษาในอเมริกาและไทย พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.88 เท่า (HR = 1.88, 95%CI: 1.45-2.45)²³ และ 2.42 เท่า (HR = 2.42, 95%CI: 2.37-2.47)⁸ และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.54 เท่า (HR = 2.54, 95%CI: 2.41-2.67)⁸ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ทั้งนี้ยังมีกลุ่มผู้ป่วยในอเมริกาซึ่งไม่มีข้อมูลการรักษา พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.77 เท่า (HR = 1.77, 95%CI: 1.63-1.92)⁸ ดังแสดงในภาพที่ 7

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็น การศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study เป็นผลการศึกษาที่มาจากในแถบเอเชียได้แก่ ประเทศไทย มาเลเซีย ไต้หวัน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ อิหร่านและจอร์แดน แอบยูโรปได้แก่ ประเทศฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ ส่วนแถบอเมริกา แอฟริกาและออสเตรเลีย ได้แก่ประเทศ อเมริกา การินาและออสเตรเลีย ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้น แบ่งเป็นปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านผลพยา

วิทยา ได้แก่ ลักษณะของชิ้นเนื้อ (Grade differentiated) ตำแหน่งของการเกิดโรค (Tumor location) การกระจายของโรค (Extension) การลุกลามของเซลล์มะเร็ง (Invasion) การกระจายไปยังอวัยวะอื่น (Metastasis) ระยะของโรค (AJCC stage) และ ชนิดของเซลล์มะเร็ง (Histological Type) ปัจจัยด้านวิธีการรักษาได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา การดูแลแบบประคับประคอง และการรักษาตามอาการ ซึ่งความแตกต่างของ เชื้อชาติ วัฒนธรรม ระบบเศรษฐกิจและเทคโนโลยี และระบบสาธารณสุข ในแต่ละประเทศนั้น ทำให้ผลลัพธ์ของผลการศึกษามีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละปัจจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสและเชื้อชาติ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่อายุน้อยกว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แต่บางการศึกษาพบว่าแม้อายุมากกว่า 80 ปี กลับมีความเสี่ยงน้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี ปัจจัยด้านเพศพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ค่า HR จะอยู่ที่ประมาณ 1.20 – 1.41 ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสพบว่า คนโสด หม้าย หย่าร้าง มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส และปัจจัยด้านเชื้อชาตินั้นพบว่า ผู้ป่วยในมาเลเซียที่มีเชื้อสายจีน ชาวอเมริกัน ขนผิวขาวและชาวผิวสีมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าชนพื้นเมืองในประเทศนั้นๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยชาวเอเชียที่อยู่ในอเมริกามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยกว่าชาวอเมริกัน

สำหรับปัจจัยด้านผลพยาวิทยาและวิธีการรักษา ซึ่งทั้งสองเป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงกัน โดยลักษณะของผลพยาวิทยาจะนำไปสู่วิธีการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแต่ละราย เมื่อพิจารณาถึงวิธีการรักษาจะพบว่า การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด และการผ่าตัดและรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด นั้นเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความ

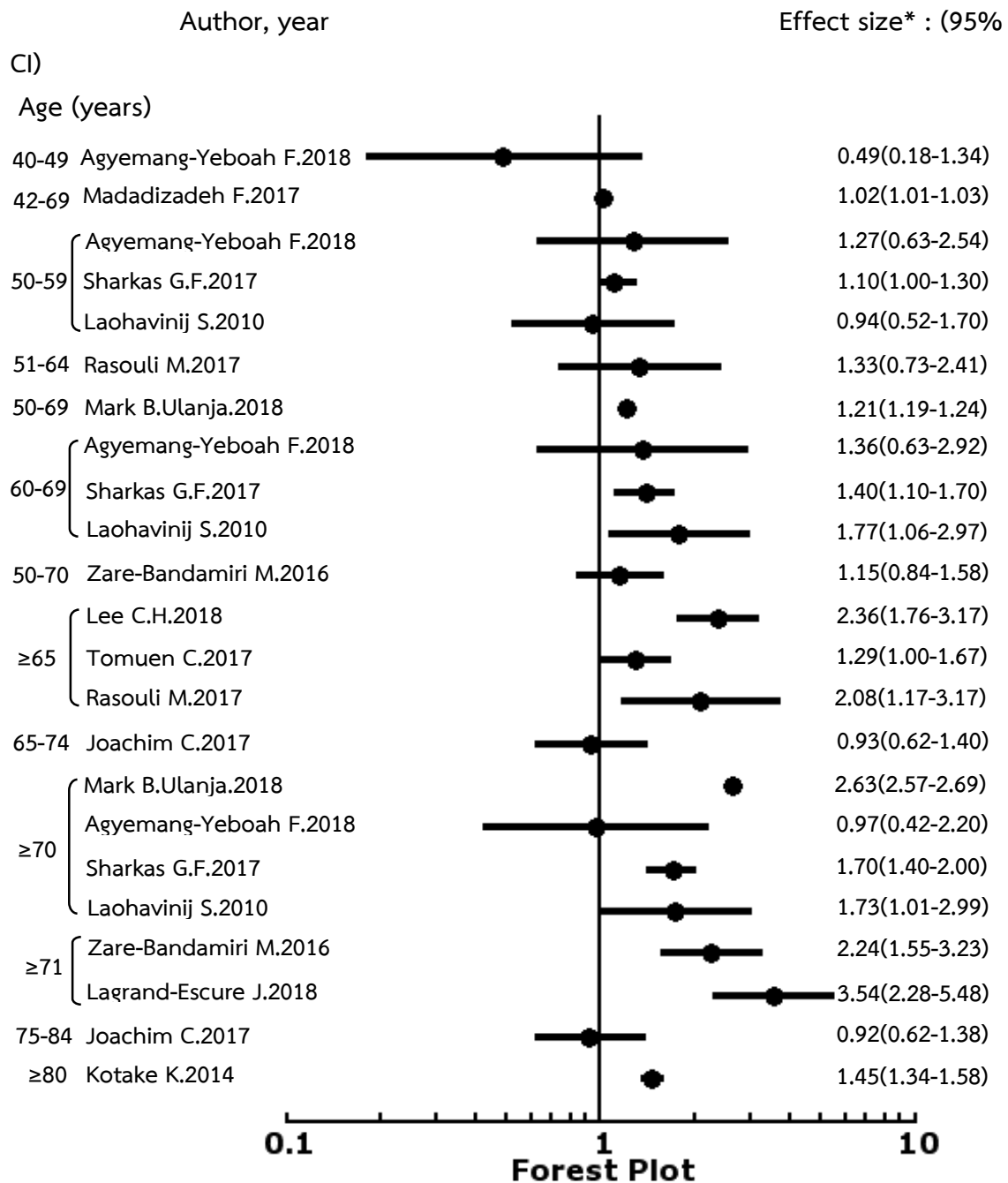
เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ส่วนการรักษาด้วยวิธีการอื่น ได้แก่ การใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีก่อนการผ่าตัด การรักษาตามอาการและการดูแลแบบประคับประคองนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Worapop Suthiwartnarueput. Pathology of colorectal carcinoma. Thammasat Medical Journal 2016; 16: 134-43.
2. Bunlung Muyphuag. Colon and rectal cancer. Journal of Medicine and Health Sciences Faculty of Medicine Srinakharinwirot University 2010; 17: 29-42.
3. วลัยลักษณ์ ชัยสูตร, บรรณาธิการ. ภาพวินิจฉัยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2552.
4. Johnson CM, Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B, Berry DA. Meta- analyses of Colorectal Cancer Risk Factors. Cancer Causes Control 2013; 24: 1207-1222.
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA CANCER J CLIN 2018;68:394 –424.
6. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2562. Available from: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>.
7. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: พรทรัพย์การพิมพ์: 2561.
8. Mark B.U, Beutler B.D, Rishi M, Ogala C, Patterson D.R, Gullapalli N & Ambika S. Colorectal Cancer Presentation and Survival in Young Individuals: A Retrospective Cohort Study. Cancers 2018; 10: 472. doi:10.3390/cancers10120472.
9. Langrand-Escure J, Diao P, Garcia M-A, Wang G, Guy J-B, Espenel S, Guillaume E, Rehailia-Blanchard A, Pigné G, de Laroche G, Kaczmarek D, Muron T, Porcheron J, Phelip J-M, Vallard A & Magné N. Outcome and prognostic factors in 593 non-metastatic rectal cancer patients: a mono-institutional survey. Scientific Report 2018; 8: 10708. doi: 10.1038/s41598-018-29040-2.
10. Kotake K Asano M, Ozawa H, Kobayashi H & Sugihara K. Tumour characteristics, treatment patterns and survival of patients aged 80 years or older with colorectal cancer. Colorectal Disease Journal 2015. 17(3) : 205-215.
11. Agyemang-Yeboah F, Yorke J, Obirikorang C, Nsenbah Batu E, Acheampong E, Amankwaa Frimpong E, Odame Anto E & Amankwaa. Colorectal cancer survival rates in Ghana: A retrospective hospital-based study. PLOS ONE 2018; 13: e0209307. doi: 10.1371/journal.pone.0209307.

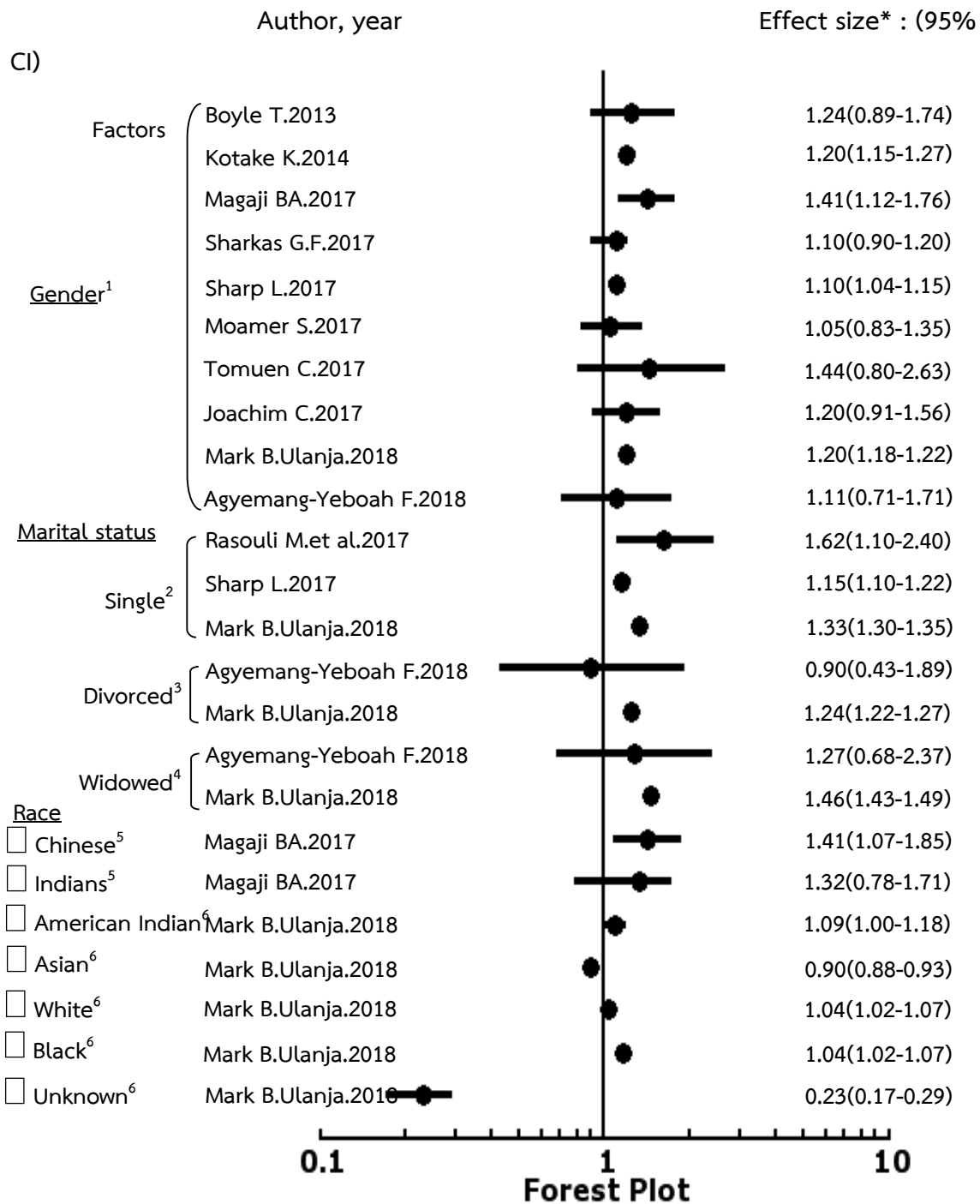
12. Laohavinij S, Maneechavakajorn J & Techatanol P. Prognostic Factors for Survival in Colorectal Cancer Patients. J Med Assoc Thai 2010; 93: 1156-66.
13. Rasouli MA, Moradi G, Roshani D, Nikkhoo B, Ghaderi E & Ghaytasi B. Prognostic factors and survival of colorectal cancer in Kurdistan province, Iran. Medicine 2017; 96: e5941. doi: 10.1097/MD.0000000000005941.
14. Zare-Bandamiri M, Khanjani N, Jahani Y & Mohammadianpanah M. Factors Affecting Survival in Patients with Colorectal Cancer in Shiraz, Iran. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2016; 17: 159-63.
15. Joachima C, Godaertb L, Draméc M, Véronique-Baudina J, Macnia J, Smith R.J, Novellac J.L and Mahmoudic R. Overall survival in elderly patients with colorectal cancer: A population-based study in the Caribbean. The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection, and Prevention 2017; 48: 85-91.
16. Sharp L, McDevitt J, Brown C & Comber H. Smoking at diagnosis significantly decreases 5-year cancer-specific survival in a population-based cohort of 18166 colon cancer patients. Aliment Pharmacol Ther 2017; 45: 788–800.
17. Magaji B.A, Moy F.M, Roslani A.C & Law C.W. Survival rates and predictors of survival among colorectal cancer patients in a Malaysian tertiary hospital. BMC Cancer 2017; 17:339. doi: 10.1186/s12885-017-3336-z.
18. Boyle T, Fritschi L, Platell C & Heyworth J. Lifestyle factors associated with survival after colorectal cancer diagnosis. British Journal of Cancer 2013; 109: 814–22. doi: 10.1038/bjc.2013.310.
19. Sharkas GF, Arqoub KH, Khader YS, Tarawneh MR, Nimri OF, Al-zaghal MJ & Subih Hadil S. Colorectal Cancer in Jordan: Survival Rate and Its Related Factors. Hindawi Journal of Oncology 2017. doi: 10.1155/2017/3180762.
20. Moamer S, Baghestani A, Pourhoseingholi M A, Hajizadeh N, Ahmadi F & Norouzinia M. Evaluation of prognostic factors effect on survival time in patients with colorectal cancer; based on Weibull Competing-Risks Model. Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2017; 10: 54–59.
21. ชิตเขต โตเหมือน, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, ณรงค์ชัย สังชา, ไพบุญย์ เพ็ญสุวรรณ, วงษ์กลาง กุศลวงษาและ พงษ์เดช สารการ. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหลังได้รับ การรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 10: 39-50.
22. Seow-En I, Tan WJ, Dorajoo SR, Hui Ling Soh S, Law YC, Park SY, Choi G-S, Tan WS, Tang CL & Chew MH. Prediction of overall survival following colorectal cancer surgery in elderly patients. World J Gastrointest Surg 2019; 11: 247-260. doi:

- 10.4240/wjgs.v11.i5.247 ISSN 1948-9366.
23. Phimha S, Promthet S, Suwanrungruang K, Chindapasirt J, Bouphan P, Santong C & Vatanasapt P. Health Insurance and Colorectal Cancer Survival in Khon Kaen Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2019; 20: 1797-1802.
24. Lee C.H, Cheng S.C, Tung H-Y, Chang S.C, Ching C.Y & Wu S.F. The Risk Factors affecting Survival in Colorectal Cancer in Taiwan. *Iran J Public Health* 2018; 47: 519-30.
25. Madadzadeh F, Ghanbarnejad A, Ghavami V, Bandamiri M Z & Mohammadianpanah M. Applying Additive Hazards Models for Analyzing Survival in Patients with Colorectal Cancer in Fars Province. *Southern Iran;Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2017; 18:1077-83.
26. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, เกรียงไกร โกวิททางกูร, ณรงค์ชัย สังขา, ชิตเขต โตเหมือน, วงษ์กลาง กุดวงษาและพงษ์เดช สารการ. อัตรารอดชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2560; 31: 243-55.
27. Abu Hassan M R, Mohd Suan M A, Soelar S A, Mohammed N S, Ismail I & Ahmad F. Survival Analysis and Prognostic Factors for Colorectal Cancer Patients in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2016; 17: 3575-81.



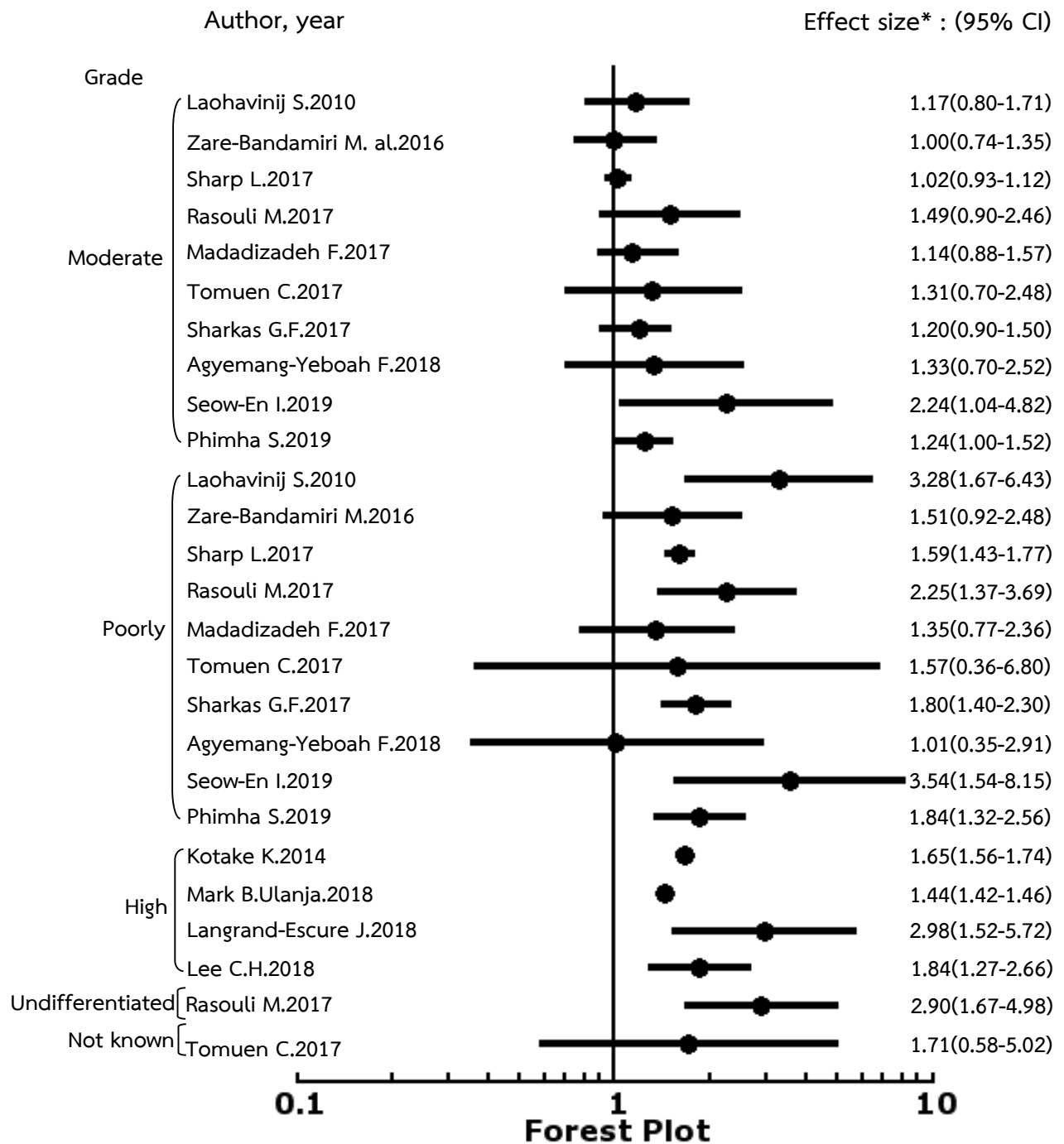
Note : Effect size* = Hazard Ratio (HR), 95% CI = 95 percent confidence interval

ภาพที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรด้านอายุที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง



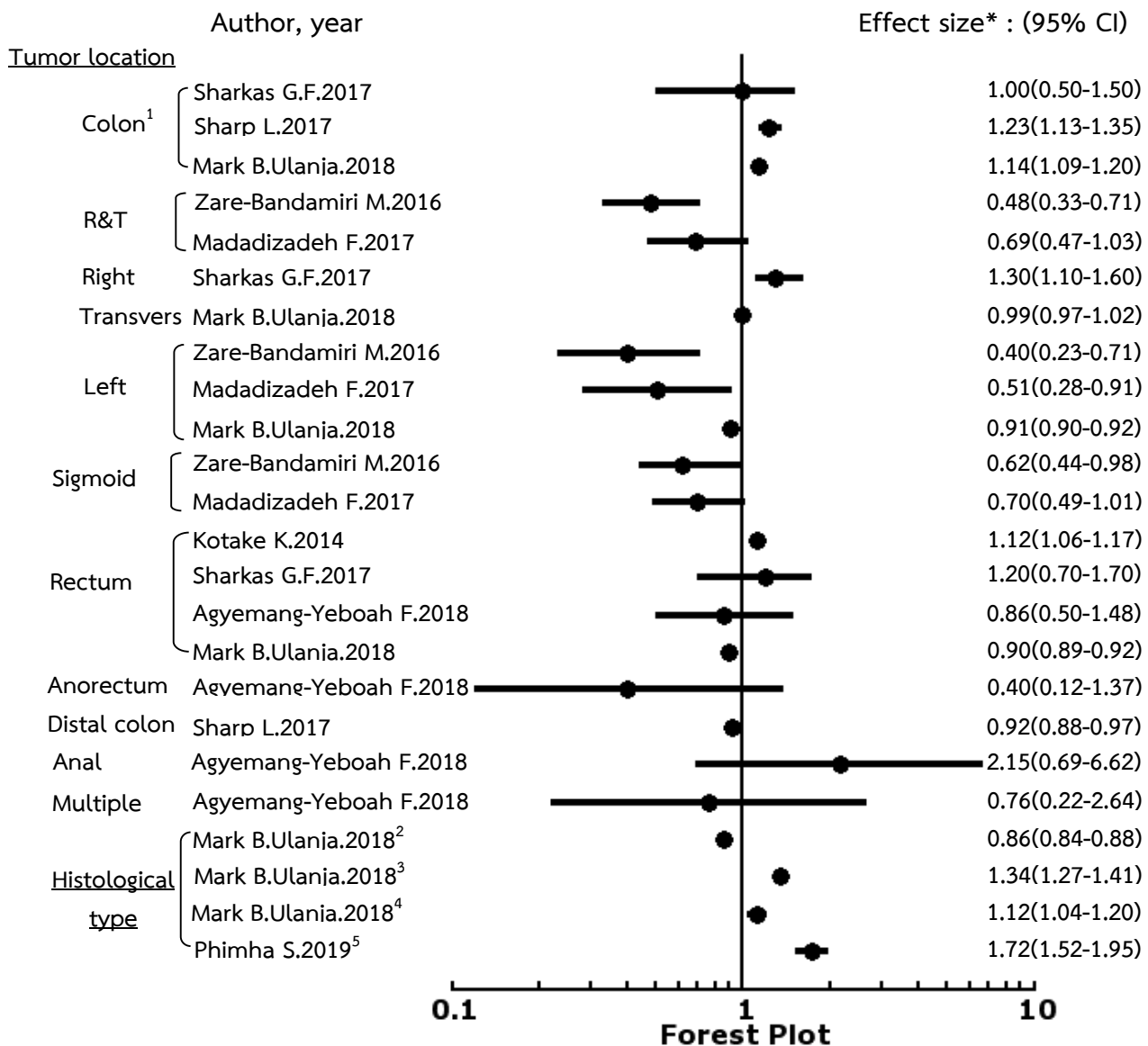
Note : Effect size* = Hazard Ratio (HR), 95% CI = 95 percent confidence interval,
 1 = Male vs Female, 2 = Single vs Married, 3 = Divorced vs Married or Single, 4 = Widowed vs Married or Single, 5 = Chinese, Indians vs Malays,
 6 = American Indian, Asian, White, Black, Unknown vs Hispanic

ภาพที่ 2 คุณลักษณะทางประชากรด้านเพศ สถานะภาพ และเชื้อชาติที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง



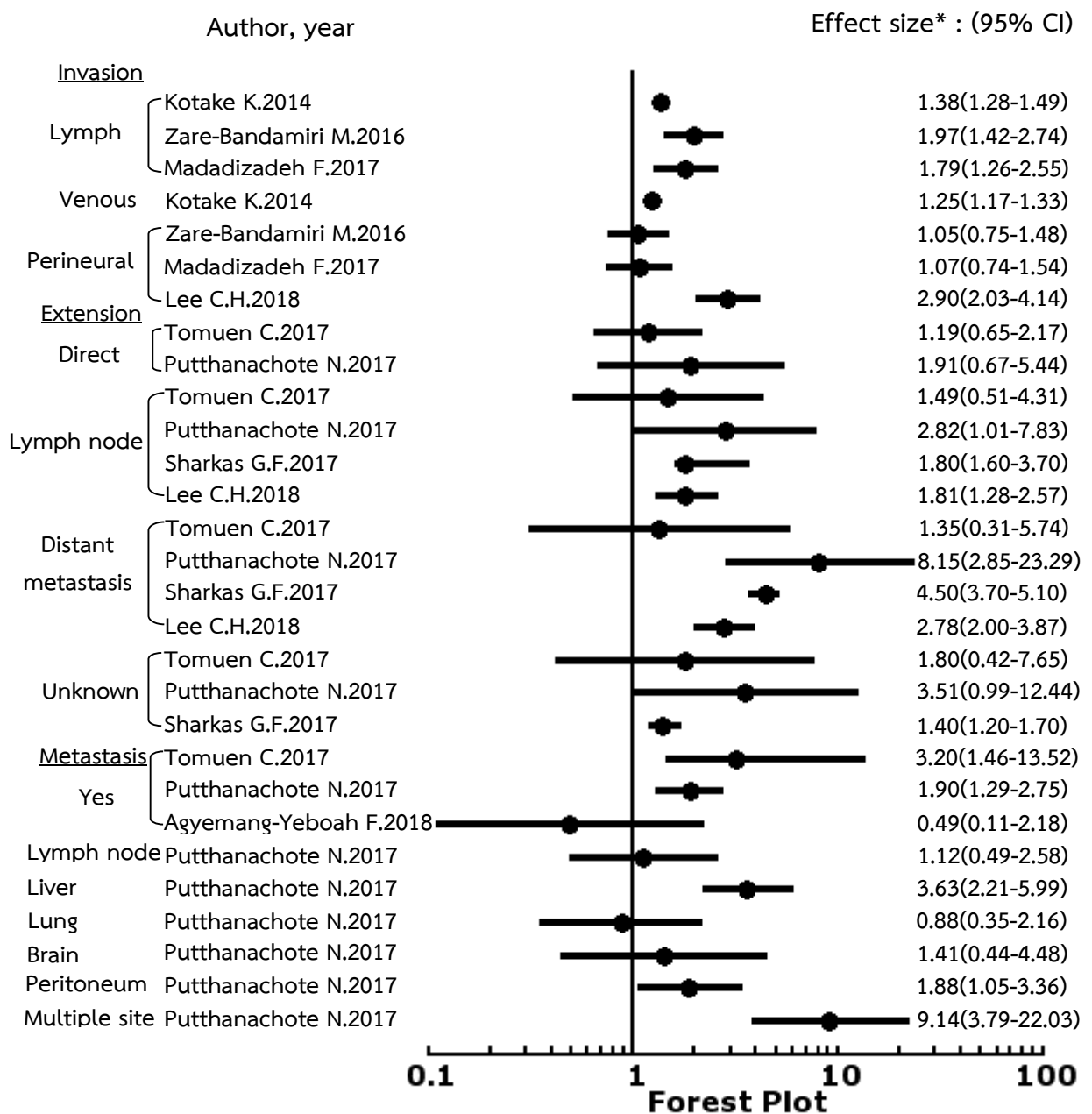
Note : Effect size* = Hazard Ratio (HR), 95% CI = 95 percent confidence interval

ภาพที่ 3 ผลพยาธิวิทยาของระดับความรุนแรงของชิ้นเนื้อ (Grade differentiated) ที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง



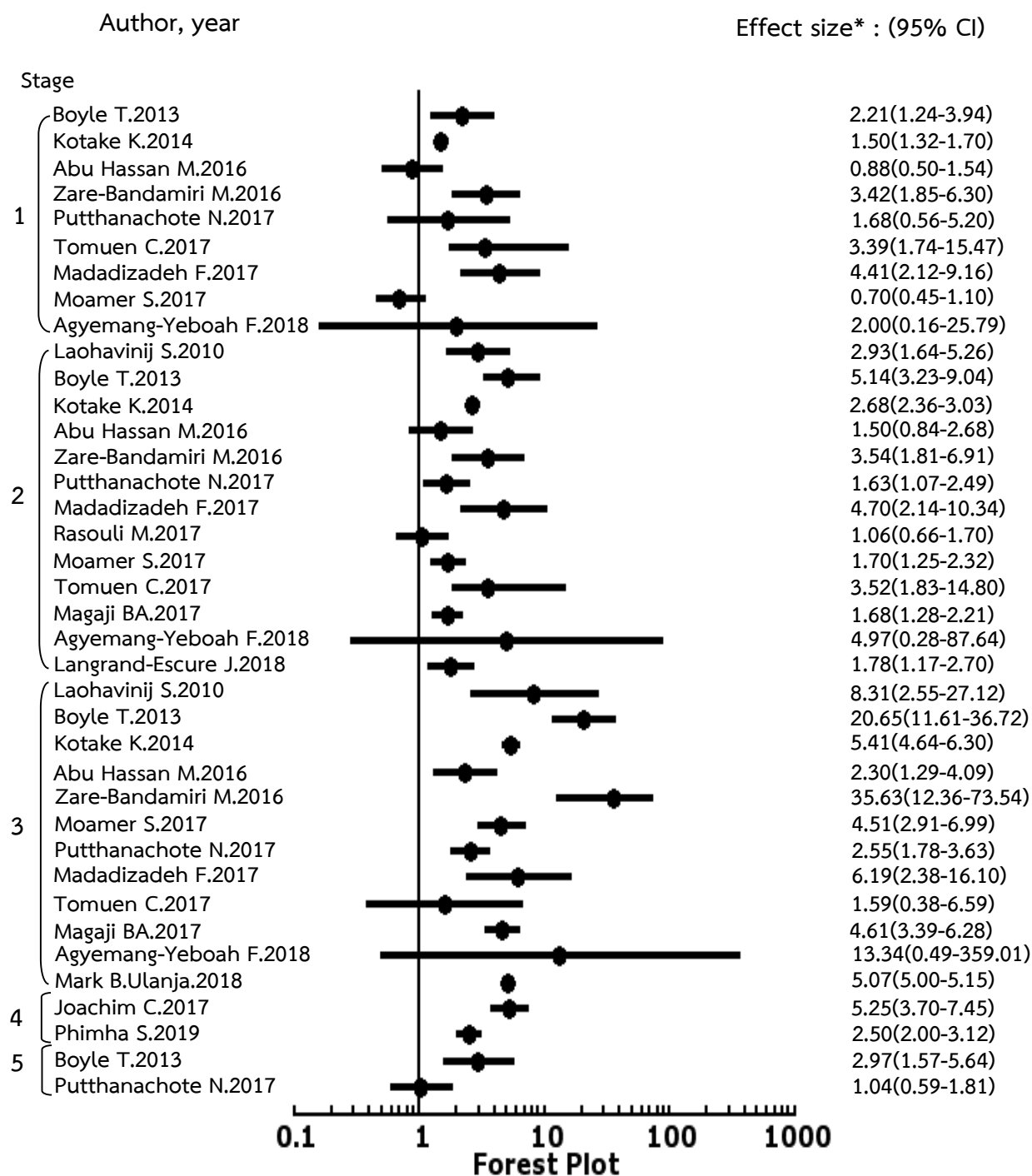
Note : Effect size* = Hazard Ratio (HR), 95% CI = 95 percent confidence interval,
 1 = Colon NOS, 2 = Adenocarcinoma, 3 = Signet ring cell
 adenocarcinoma, 4 = Other (mixed, medullary, adenosquamous), 5 =
 Non adenocarcinoma

ภาพที่ 4 ปัจจัยผลพยาวิธยาของตำแหน่งที่เป็นโรค (Tumor location) ที่มีความสัมพันธ์ต่อ
 การเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง



Note : Effect size* = Hazard Ratio (HR), 95% CI = 95 percent confidence interval

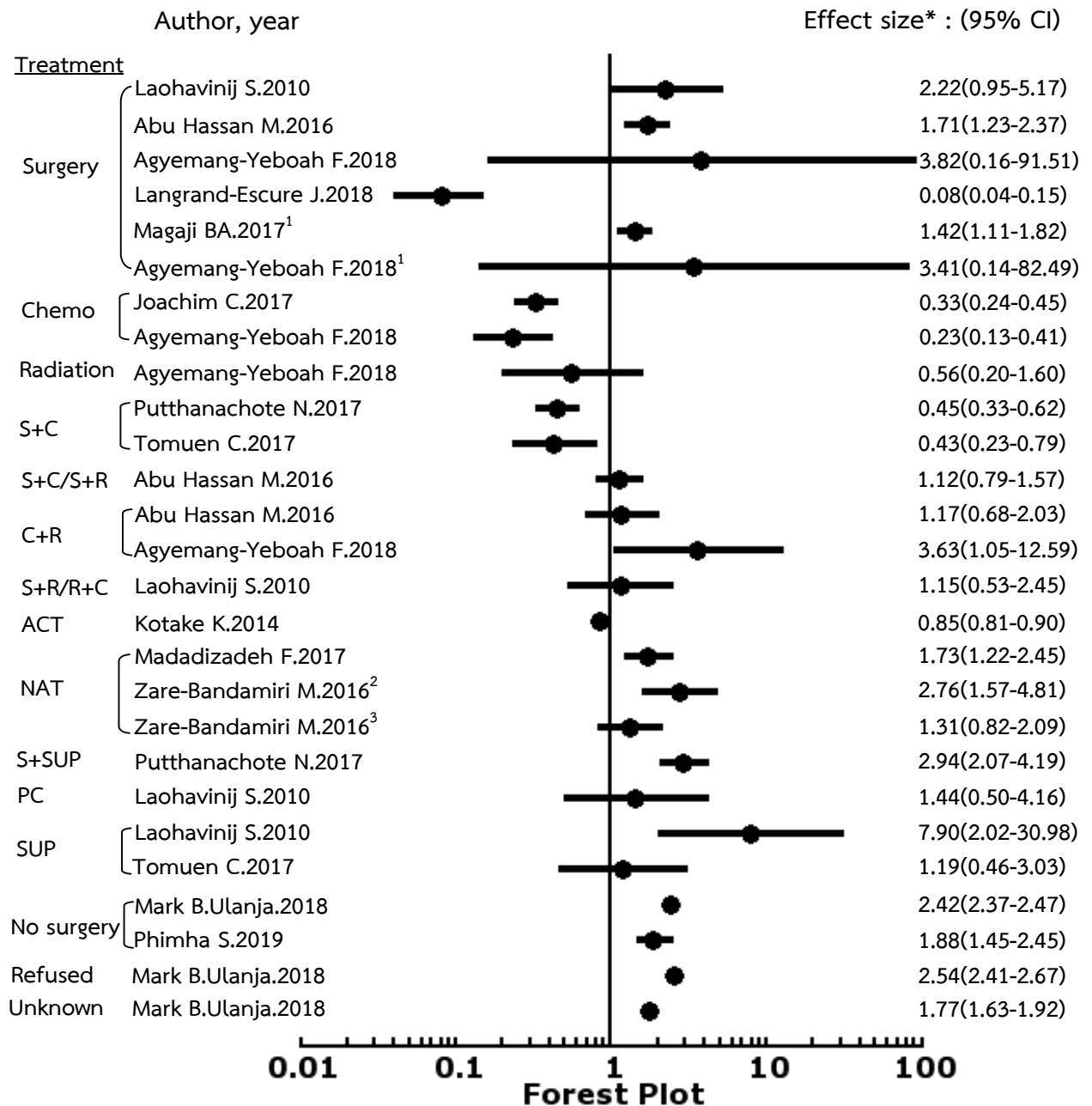
ภาพที่ 5 ปัจจัยผลพยาธิวิทยาของการกระจายของโรค (Invasion, Extension and Metastasis) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง



Note : Effect size* = Hazard Ratio (HR), 95% CI = 95 percent confidence interval,

1 = Stage II, 2 = Stage III, 3 = Stage IV, 4 = Stage III-IV, 5 = Unknown

ภาพที่ 6 ปัจจัยผลพยากรณ์ของระยะของโรค (Staging) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง



Note : Effect size* = Hazard Ratio (HR), 95% CI = 95 percent confidence interval,
 1 = Emergency Surgery, 2 = Colon site, 3 = Rectum site, S = surgery
 treatment, C = chemotherapy, R = Radiotherapy, ACT = adjuvant
 chemotherapy, NAT = neoadjuvant therapy, SUP = supportive treatment,
 PC = palliative chemotherapy

ภาพที่ 7 ปัจจัยด้านวิธีการรักษาที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง

Received: 3 Mar 2020, Revised: 20 Apr 2020,

Accepted: 15 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ธราดล โพธิษา¹ น้ำเงิน จันทรมณี^{2,*} ทวีวรรณ ศรีสุขคำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาที่ได้รับ การวินิจฉัยจากแพทย์ มีประชากร จำนวน 1,431 คน ได้รับการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น จำนวน 303 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบไค สแควร์ (Chi-Square test) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64.42 ± 11.64 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา มีระยะเป็นโรคเฉลี่ย 7.62 ± 5.69 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.62) มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.49) และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ การประกอบอาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรค ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้นควรนำผลการศึกษาไปจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ประกอบอาชีพประจำ

คำสำคัญ การจัดการตนเอง ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author: namngern.ch@up.ac.th

*Original Article***Factors Related to Self-management for Surveillance Prevent and Control of Hypertension in Mae Ka Sub-district, Phayao Province**Tharadon Pothisa¹, NamNgern Jantaramanee^{2,*}, Taweewun Srisookkum²**Abstract**

The Cross- sectional descriptive study aimed to study factors related to self-management for surveillance, prevent and control of hypertension in Mae Ka sub-district, Phayao province among patient with hypertension, who were diagnosed by the physician. The population in the study included 1,431 hypertensive patients. The total numbers of 303 participants were selected by non-probability stratified sampling. Data were collected using interview technique and self-administered questionnaire on knowledge and self-management behavior. The Cronbach's alpha coefficient was 0.82. Data analysis included descriptive statistics and Chi-Square test. The results showed that most of respondents were educated male with an average age of 64.42 ± 11.64 years and 7.62 ± 5.69 years of duration of hypertension. The sample almost has high level of knowledge in hypertension (71.62%) and moderate level of self-management for surveillance, prevent and control of hypertension (51.49%). The result found that age, occupation, smoking behavior, alcohol drinking behavior and knowledge in hypertension were related to Self-management for surveillance prevent and control of hypertension (p -value < 0.05). Therefore, the result should program designing which is appropriate for self-management in patient with hypertension The results of this study should be applied to promote as healthy behavior in hypertensive patient especially elderly patient and regular income worker

Keyword: Self-management, Hypertension, Health behavior¹ Master of Public Health student, School of Medicine, University of Phayao² Assistant Professor, Master of Public Health Program, School of Medicine University of Phayao

*Corresponding author: namngern.ch@up.ac.th

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกชีวิตก่อนวัยอันควรและยังเป็นปัญหาสุขภาพที่กำลังทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลก 7.5 ล้านคน มีผลสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) 57 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะโดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแล้วมากกว่าพันล้านคน ทั้งยังพบว่าในกลุ่มประเทศอนุภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในปีคริสต์ศักราช 2025 (พ.ศ. 2568) จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน ทั้งนี้โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ คิดเป็นร้อยละ 18 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และพบภาวะความดันโลหิตสูง 4 ใน 10 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี และพบภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (Prehypertension) ถึง 1 ใน 5 ของประชากรในหลายประเทศ²

ในประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงพบเป็นสาเหตุหลักที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายระยะสุดท้าย จอประสาทตาเสื่อม สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในรอบ 5 ปี เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) ใน พ.ศ. 2556 เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) ใน พ.ศ. 2560 อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรพบแนวโน้มสูงขึ้นเพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน)

ใน พ.ศ. 2558 เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) ใน พ.ศ. 2560 และอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 11.00 (จำนวน 7,115 คน) ใน พ.ศ. 2557 เป็น 13.10 (จำนวน 8,590 คน) ใน พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ พ.ศ. 2561 ภาคเหนือมีอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร 20.60 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นของประเทศไทย³

ข้อมูลสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา⁴ รายงานอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจาก 19.22 ใน พ.ศ. 2559 เป็น 23.23 ใน พ.ศ. 2561 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 61,195 คน ใน พ.ศ. 2559 เป็น 63,002 คน ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีอัตราการตายที่สูง รายงานอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ระหว่างตุลาคม พ.ศ.2561 ถึงกันยายน พ.ศ. 2562 พบว่ามีระดับความดันโลหิตในการวัดครั้งสุดท้ายอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 78.25 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กว่าร้อยละ 25 ที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายได้ อีกทั้งพบว่าผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 2.82 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จากสถานการณ์ข้างต้น แนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ อายุที่มากขึ้น กรรมพันธุ์ ส่วนปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด⁵ จากข้อมูลการ

ดำเนินงานด้านสาธารณสุขในจังหวัดพะเยา เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงพบว่ายังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้เท่าที่ควรโดยจะเห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ นำไปสู่น้ำหนักที่ จะ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การจัดการตนเองจึงอาจเป็นสิ่งสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวได้ ซึ่งผู้ป่วยจะเห็นความสำคัญและลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม (lifestyle modification) ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมการรับประทานอาหาร การจำกัดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ร่วมกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและทานยาอย่างสม่ำเสมอ^{6,7}

การจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer LT^{8,9} เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ด้วยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ ซึ่งได้พัฒนานำมาใช้ในงานทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยความสามารถของผู้ป่วยเองในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรทางสุขภาพในปัจจุบัน ภายใต้ความเชื่อที่ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำ และแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพและคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข โดยมีลักษณะการดำเนินกิจกรรมเป็นกระบวนการประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาประมวลและประเมินเพื่อหาแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหา การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่และการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด มีการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงและจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำ¹⁰ และพบว่าการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีจะลดโอกาสการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ไม่ดีได้ด้วย¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบการศึกษาในระดับชุมชนในเขตภาคเหนือตอนบนจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงศึกษาความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้า

ระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างและพัฒนาแบบแผนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายและเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study) ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุมากกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า 6 เดือน พักอาศัยในพื้นที่ตำบลแม่กา อำเภอมือง จังหวัดพะเยาที่มีรายชื่อในฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความสามารถในการรับรู้ได้ตามปกติ สามารถให้ข้อมูลได้ และสมัครใจและยินยอมให้ข้อมูล มีจำนวนทั้งสิ้น 1,431 คน⁴ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจและทางร่างกาย เช่น ภาวะสมองเสื่อมในวัยชราหรืออัมพาตหรือผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ จะถูกคัดออกจากการเข้าร่วมการวิจัย ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan¹² โดยกำหนดค่าสัดส่วน

ความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 303 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการสุ่มจากรายชื่อในฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาแบบแบ่งชั้นภูมิโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (non-probability stratified sampling) ตามสัดส่วนประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่ศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นคำตอบในลักษณะให้เลือกตอบ สำหรับข้อมูลโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง จำนวนชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความสามารถในการเข้าใจความหมายสาเหตุ อาการ อาการแทรกซ้อน และการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดและมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ การประเมินคะแนนแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ตามแนวคิดของ Bloom BS¹³ คือ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 12-15 คะแนน หรือร้อยละ 80-100 ของคะแนนเต็ม หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูงระดับสูง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 9-11 คะแนน หรือร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปานกลาง และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 59 ของคะแนนเต็ม หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ข้อ ประยุกต์จากงานของชลการชายกุล¹⁴ โดยปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ข้อคำถามมีเป้าหมายเพื่อสอบถามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในการกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เกิดการประเมินเพื่อตัดสินใจกระทำพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ มีคำตอบให้เลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ความถี่ในการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ “ทำเป็นประจำ (6-7 วันใน 1 สัปดาห์)” “ทำบ่อยครั้ง (4-5 วันใน 1 สัปดาห์)” “ทำพอ ๆ กับไม่ทำ (3 วันใน 1 สัปดาห์)” “ทำนาน ๆ ครั้ง (1-2 วันใน 1 สัปดาห์)” “ไม่ทำเลย” ผู้ที่ได้คะแนน 80-100 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่มีการจัดการตนเองเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงดี ผู้ที่ได้คะแนน 60-79 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่มีการจัดการตนเองเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีจัดการตนเองเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับไม่ดี

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและสาธารณสุขศาสตร์จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบ (try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลท่าจำปี อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามที่มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่านำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยพะเยา (เลขที่โครงการ 2/162/62) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประสานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพื้นที่ดำเนินการวิจัย ประกาศรับสมัครผู้ช่วยนักวิจัย คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 18 คน ที่มีประวัติเคยคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี และเข้าใจบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี มีการจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยโดยผู้วิจัยแปลภาษาทางการเป็นภาษาท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเทคนิคขั้นตอนในการทำแบบสอบถาม การนัดหมายเวลาในการสอบถามและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และได้ดำเนินการประเมินความเข้าใจโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าใจทั้งสอง ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมโดยการให้ข้อมูลคำอธิบาย วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยง ตลอดจนตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจโดยให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนลงนามให้ความยินยอมโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทำการวิจัย และสามารถออกจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา

ใด ๆ ตามปกติ และคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้ ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น การสอบถามกลุ่มตัวอย่างดำเนินการที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่สะดวก ในแต่ละครั้งใช้เวลาในการทำการสอบถาม ประมาณ 30 นาที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อามาตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนโดยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยระหว่าง เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง โรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง จำนวนชนิดการใช้ยาที่ใช้ในการรักษา และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติทดสอบไค สแควร์ (Chi-Square test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะประชากร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 303 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ

37.62 (114 คน) และเพศหญิง ร้อยละ 62.38 (189 คน) มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 64.42 ± 11.64 ปี ร้อยละ 64.36 มีสถานภาพสมรสคู่ มีรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน $2,494.73 \pm 3,391.40$ บาท ร้อยละ 85.48 ได้รับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 75.58 มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง พบมากที่สุด ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 63.30) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 22.60) และโรคไต (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 7.62 ± 5.69 ปี มากกว่าร้อยละ 60 ใช้ยาเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 2 ชนิด ร้อยละ 64.69 ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.99 ไม่ได้สูบบุหรี่

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 12.40 ± 2.02 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระดับสูง ร้อยละ 71.62 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.08 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 3.30 และการจัดการตนเอง ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 61.29 ± 9.45 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่มีการจัดการตนเองระดับดี ร้อยละ 3.96 ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.49 และระดับไม่ดี ร้อยละ 44.55 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ตัวแปร	จำนวน (คน) (n=303)	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย (SD)
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			12.40 (2.02)
ต่ำ (≤ 8 คะแนน)	10	3.30	7.00 (1.05)
ปานกลาง (9-10 คะแนน)	76	25.08	10.03 (0.89)
สูง (11-15 คะแนน)	217	71.62	13.48 (0.03)

ตัวแปร	จำนวน (คน) (n=303)	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย (SD)
การจัดการตนเอง			61.29 (9.45)
ไม่ดี (≤ 59 คะแนน)	135	44.55	52.81 (4.35)
ปานกลาง (60-79 คะแนน)	156	51.49	67.09 (5.52)
ดี (80-100 คะแนน)	12	3.96	81.17 (1.53)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จำนวน 12 ตัวแปร แบ่งเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วย จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ และปัจจัยภาวะสุขภาพ จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง จำนวนชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรค

ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีปัจจัยจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การประกอบอาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	ระดับการจัดการตนเอง (ร้อยละ)			Chi- Square (p-value)
	ไม่ดี (n=135)	ปานกลาง (n=156)	ดี (n=12)	
อายุ				
< 60 ปี	48.15	31.41	16.67	13.430
60-69 ปี	26.67	38.46	41.67	(0.037)
70-79 ปี	13.33	18.59	33.33	
≥ 80 ปี	11.85	11.54	8.33	
การประกอบอาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36.30	49.36	75.00	9.687
ประกอบอาชีพ	63.70	50.64	25.00	(0.008)
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	58.52	75.00	83.33	10.384
สูบ	41.48	25.00	16.67	(0.006)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	50.37	75.64	83.33	22.134
ดื่ม	49.63	24.36	16.67	(<0.001)
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง				
ต่ำ-ปานกลาง	37.04	20.51	33.33	9.872
สูง	62.96	79.49	66.67	(0.007)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระดับสูง (ร้อยละ 71.62) มีการจัดการตนเองในระดับดี (ร้อยละ 41.67) มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุตอนต้นนี้เป็นผู้ที่เคยประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั้งของตนเอง อีกทั้งได้รับประสบการณ์ถ่ายทอดจากผู้อื่น จึงทำให้มีการปรับตัวด้วยการจัดการตนเองให้เข้ากับสภาวะของโรคควบคุมไปกับการดำเนินชีวิตประจำวันในปกติได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่น ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี เป็นวัยที่ต้องทำงานทำให้มีเวลาในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่น้อยกว่า และกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายที่มีอายุ 70-79 ปี และมากกว่า 80 ปี ตามลำดับพบว่ามีการจัดการตนเองในสัดส่วนที่ลดลง ทั้งนี้เป็นเพราะสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงและอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นในปฏิบัติการกิจชีวิตประจำวันซึ่งรวมถึงการดูแลสุขภาพด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี อร่ามศิลป์และคณะ¹⁵ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ศศิธร ตันติเอกรัตน์และคณะ¹⁶ และการศึกษาของพนิดา จันทรแก้วสกุลและคณะ¹⁷ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพมีระดับการจัดการตนเองในระดับดี (ร้อยละ 75.00) ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเป็นเพราะผู้ที่ประกอบอาชีพต้องทำงานเป็นประจำตามเวลา ส่งผลให้การวางแผนและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการจัดการตนเองทำได้ยากขึ้น ต่างจากกลุ่มที่

ไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีเวลาในการวางแผนและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้มากกว่า ทั้งผู้ประกอบอาชีพยังต้องให้ความสนใจต่องานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งภาระงานนั้นทำให้การเอาใจใส่ต่อการจัดการตนเองมีระดับน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรียา สีห์จักร์และคณะ¹⁸ และสุมาพร สุจำนงค์และคณะ¹⁹ ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาปัจจัยการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษานี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้สูบบุหรี่หรือไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีการจัดการตนเองในระดับดีในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย⁶ ที่แนะนำให้เลิกบุหรี่เนื่องจากสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ และยังไม่นำให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่ไม่ได้ดื่มอยู่แล้วหรือจำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่ดื่ม ทั้งนี้เนื่องจากการงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภัสราวลัย ศีตีสารและคณะ²⁰ ซึ่งพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

การศึกษานี้พบว่าความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ตามแบบจำลองทางพฤติกรรมศาสตร์ (KAP) ซึ่งถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ แบบจำลอง

ดังกล่าว มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ (knowledge) ทศนคติ (attitude) และการปฏิบัติ (practice) ซึ่งได้อธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบไว้ 4 แนวทาง คือ (1) ความรู้ส่งผลให้เกิดทศนคติ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีทศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (2) ความรู้และทศนคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม (3) ความรู้และทศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมโดยที่ความรู้และทศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน และ (4) ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีทศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้ นั้น ซึ่งสรุปได้ว่า ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันในหลากหลายรูปแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่าทศนคติที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมที่ดี หรือสรุปได้ว่าความรู้ ทศนคติ การปฏิบัติพฤติกรรม มีผลต่อเนื่องกัน²¹ จากผลการวิจัยการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดีจะมีระดับการจัดการตนเองที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้ในระดับปานกลางหรือต่ำกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัสราวลัย ศีตีสารและคณะ²⁰ ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งหากพิจารณาถึงประเภทของการจัดการตนเองในการศึกษานี้พบว่าความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีและการศึกษาของสุมาพร สุจำนงค์และคณะ¹⁹

อย่างไรก็ตามการศึกษามีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองอาจมีอคติในการรายงานผลที่โน้มเอียงของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถาม มีความสะดวกสำหรับ

ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและในบริบทของชุมชน เนื่องจากมีข้อคำถามไม่มาก ใช้เวลาในการประเมินไม่นาน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาที่ได้ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเองและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีประกอบอาชีพประจำ

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมให้เกิดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการจัดการตนเอง โดยเน้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น อันได้แก่ การงดการสูบบุหรี่ การงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการส่งเสริม ให้มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรค โดยเน้นจัดกิจกรรมในแต่ละช่วงวัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุตอนปลายซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการจัดการตนเองต่ำ

3. การศึกษาในอนาคตควรศึกษาตัวแปรทางจิตวิทยาที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model)²² เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฬว้า นายแพทย์สรวิศ บุญญฐี และคุณสุภาพร เครือสุภา ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยเคียน และ

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ให้ความ
อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global health observatory (GHO) data: raised blood pressure [online]. 2016. [cited 2020 Jan 27]. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/
2. World hypertension league organization. (2017). Hypertension globally [online]. 2017. [cited 2020 Jan 27]. Available from: <http://www.whleague.org/index.php/j-stuff/hypertension-globally>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา. (2019). ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อ จังหวัดพะเยา[online]. 2016. [cited 2020 Jan 27]. Available from: <http://203.209.96.247/chronic/>
5. นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, ขวัญเมืองดำเกิง. ความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม 2557; 30(1): 45-56.
6. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
7. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison HC, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. Circulation. 2017; 138(17): e426-83.
8. Creer LT. Self-management of chronic illness. In Boekaerts M, Prinrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego: Academic Press; 2000. p. 601-29.
9. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558; 28(suppl 1): 117-27.
10. พนิดา จันทรดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนา, นันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลศาสตร์ 2561; 36(1): 31-43.
11. Qu Z, Parry M, Liu F, Wen X, Li J, Zhang Y, et al. Self-management and blood pressure control in China: a community-based multicentre cross-sectional study. BMJ Open 2019; 9(3): e025819.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970; 30(3): 607-10.

13. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
14. ชลการ ชายกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
15. ราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร, วรณศิริ ประจันโน. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2561; 29(1): 68-71.
16. ศศิธร ตันติเอกรัตน์, อภิชัย คุณิพงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำคำ อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิชาการ Veridian E-journal Silpakorn University 2019; 12(6): 2542-56.
17. พนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนา, นันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลศาสตร์. 2561; 36(1): 31-43.
18. พัชรียา สีห์จักร, มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, มันทนา ประทีปะเสน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสุขศึกษา. 2556; 36: 17-29.
19. สุมาพร สุจันงค์, มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขัว จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2556; 29(2): 20-30.
20. ภัสราวัลย์ ศีตสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, จารุวรรณ ใจลังกา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2556; 9(2): 12-136.
21. ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอ็ดส์ ของคนประจำเรือไทย. วารสารวิชาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. 2556; 8(2): 85-102.
22. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น และขวัญใจ อำนางสัยชัยเชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: คลังนาโนวิทยา; 2554

Received: 1 May 2020, Revised: 8 May 2020,

Accepted: 13 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ในพื้นที่ตำบลคลองข่อย
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

นิตยา เพ็ญศิริินภา^{1*} ธีระวุธ ธรรมกุล¹ ขวัญทิพย์ เฮงไป³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม และประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว วิธีการศึกษามี 2 ระยะ ระยะแรก ใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 18 คน เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระยะที่สอง เป็นเชิงกึ่งทดลอง เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบฯ นาน 3 เดือน กับผู้สูงอายุเป้าหมาย 52 คน วัดความเชื่อในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียน ใช้สถิติเชิงพรรณนา paired samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยระยะแรกได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ที่ใช้การอบรม 2 วัน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมพลัง และติดตามอีก 2 ครั้ง การประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในระยะที่สอง พบว่าผู้สูงอายุมีความเชื่อในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และน้ำตาลในเลือดดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ส่วนดัชนีมวลกายและความดันโลหิตไม่แตกต่างกันทางสถิติ การถอดบทเรียนพบว่าชุมชนได้เรียนรู้การบูรณาการในการทำงาน กระบวนการตั้งศักยภาพบุคคลจากกิจกรรมหรือเกมการเรียนรู้ที่น่าสนใจและสนุกสนาน รวมถึงการนำรูปแบบไปต่อยอด

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วม

¹สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

*Corresponding author: pensirinapa@gmail.com

*Original Article***Development and Evaluation of Participatory Health Promotion Model for Diabetes and Hypertension Elderly Patients in Khlong Khoi Sub-district, Pak Kret District, Nonthaburi Province**Nittaya Pensirinapa^{1,*}, Theerawut Thammakun¹, Khwanthib Hengpai²**Abstract**

The purpose of this study was to develop participatory health promotion model for diabetes and hypertension elderly patients, and to evaluate the model implementation. Two phases of the study, the first phase: qualitative method was used by focus group discussion for health promotion model designing among 18 community stakeholders in Khlong Khoi sub-district, Pak Kret district, Nonthaburi province. The second phase, a quasi-experimental, was used to evaluate the model implementation for 3 months among 52 purposive selected of the target elderly. Measurement of self-efficacy, self-care behaviors and health outcome, then lesson learned by focus group discussion were done. Data was analyzed by descriptive statistics, paired samples t-test and content analysis. The first phase results, the health promotion model developed by stakeholders using 2 days of participatory learning for empowering the elderly, and self-care follow up twice during 2 months. The second phase, the model evaluation found better improvement of self-efficacy, self-care behaviors and fasting blood sugar with significant difference of mean scores (p-value <0.001); body mass index and blood pressure decreased at posttest but no significant difference; lesson-learned showed all stakeholders learnt an integrative work, process of elderly potential raising by interesting and fun learning activities and games, and continue application of the model.

Keywords: elderly, diabetes, hypertension, health promotion, participation¹ School of Science, Sukhothai Thammathirat Open University² Ban Mai Sub-district Health Promoting Hospital, Pak Kret Sub-district, Nonthaburi Province

*Corresponding author: pensirinapa@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั่วโลกยืนยาวมากขึ้น สืบเนื่องจากการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดของประชากรกลับลดลง โครงสร้างประชากรจึงมีการเปลี่ยนแปลงโดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างก้าวกระโดด โดยในปี 2553 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 7.02 ล้านคน (ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวม) ในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 8.3 ล้านคน (ร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม) และในปี 2559 พบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 15.2 ของประชากรรวม) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 และปี 2574 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 28 ตามลำดับ¹ นั้นแสดงว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในปี 2557 พบว่าโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต โดยมากกว่าร้อยละ 60 และร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานตามลำดับ และจากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ.2558 พบว่าประมาณร้อยละ 56 ของผู้สูงอายุ ที่รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 37 และ 42 ตามลำดับ ที่รายงานว่ามิโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ซึ่งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญคือ จำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาโรคเบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง หกล้ม และสุขภาพจิต มีการเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อตามบริบทของพื้นที่² ปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการการพัฒนาในพื้นที่ท้องถิ่นตามระเบียบราชการส่วนท้องถิ่น โดยมีอำนาจหน้าที่ที่ต้องทำในการส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้มีการมอบอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุนและรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับภารกิจบริการสาธารณะ ซึ่งหนึ่งในหกด้าน คือ ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต นอกจากนี้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ซึ่งเป็นที่มาของ “ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” ภายใต้การดำเนินงานของ อบต. โดยงบประมาณการดำเนินงานจะได้จาก 4 แหล่ง คือ 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด 2) เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจาก อบต.ในอัตราส่วนมากน้อยแล้วแต่ขนาดของ อบต. 3) เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน และ 4) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน ทั้งนี้กองทุนหลักประกัน

สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีวัตถุประสงค์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุคือ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการ และเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างน้อยตามชุดสิทธิประโยชน์ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด³

จังหวัดนนทบุรีจัดเป็นพื้นที่ในเขตปริมณฑลที่มีประชากรหนาแน่นที่สุดเป็นอันดับที่ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร จากการที่อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีมีเขตการปกครอง 12 ตำบล ประชากร 48,663 คน มีผู้สูงอายุ 2,637 คน สำหรับตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่ภายใต้ความรับผิดชอบของ อบต.คลองข่อย มีจำนวน 12 หมู่บ้าน ประชากร 8,049 คน มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง ทั้งนี้มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ให้บริการสุขภาพประชาชนจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.คลองข่อย ที่รับผิดชอบหมู่ 1-6 มีผู้สูงอายุจำนวน 538 คน และ รพ.สต.วัดศรีเขตนันทาราม ที่รับผิดชอบหมู่ 7-12 มีผู้สูงอายุ จำนวน 587 คน รวมผู้สูงอายุ 1,125 คน คิดเป็น ร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด⁴ จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงในตำบลคลองข่อยจำนวน 104 คน พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 89 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 56 โรคเบาหวาน ร้อยละ 39 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31 รับการรักษาที่ รพ.สต.ร้อยละ 71 เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 34 พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด มัน และเค็ม ปรึบลดขนาดยาด้วยตนเอง รับประทานยาอื่นๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง และมีกิจกรรม

ทางกาย อยู่ในระดับต่ำถึง ร้อยละ 55.8⁵ เมื่อพิจารณาลักษณะของพื้นที่ พบว่าหมู่ที่ 1-6 ความเป็นเมืองมากกว่า ในขณะที่หมู่ที่ 7-12 มีความเป็นชนบทมากกว่า และมีเศรษฐกิจต่ำกว่า การศึกษาค้นคว้าจึงสนใจกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 7-12 ตำบลคลองข่อย ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านความรู้ และการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดย อบต. รพ.สต. และชุมชน ต้องมีส่วนร่วมในการออกแบบ วางแผน ดำเนินการ ติดตาม และประเมินผลร่วมกัน ที่ผ่านมามีส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นบทบาทหลักของ รพ.สต. โดยยังขาดการมีส่วนร่วมในการคิด วางแผนและดำเนินงานร่วมกันของ อบต. ชุมชน และผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรร่วมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องส่งเสริมการมีวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพที่เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากร ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการวิจัยทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามแนวโน้มต่อไปจำเป็นต้องคำนึงถึงการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ได้จริงในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจ ให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการใช้ทรัพยากรเพื่อการพัฒนาสุขภาพกับการพัฒนาด้านอื่นๆ การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มักมีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองโดยช่วยเหลือตนเองได้ มีความแข็งแรง และมีความพึง

พอใจในชีวิตให้ได้มากที่สุด การส่งเสริมสุขภาพนับเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี⁶ ซึ่งนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อปี 2560 ของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า การจะให้บรรลุเป้าหมายลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรายใหม่ ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต้องสามารถควบคุมโรคได้นั้น มาตรการสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้เป้าหมายดังกล่าวบรรลุคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นกลยุทธ์พัฒนาภาคีให้ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของประชาชนและชุมชน⁷ ซึ่งสามารถนำแนวคิดการการพัฒนาร่วมกันมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) มาประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยง กำหนดทางเลือกและวางแผนการดูแลตนเอง เรียนรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเพิ่มความเชื่อในความสามารถดูแลตนเอง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์^{8,9} ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes self-management education: DSME) ที่เป็นกระบวนการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ การมีพฤติกรรมดูแลตนเอง การแก้ปัญหา และการร่วมมือกับทีมดูแลสุขภาพ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผลลัพธ์ทางคลินิก ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน¹⁰

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในทำโครงการบริการวิชาการสู่สังคมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะชุมชนในพื้นที่จังหวัดนนทบุรีตามนโยบายของมหาวิทยาลัย ทีมวิจัยจึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ อบต. รพ.สต. ชุมชน และผู้สูงอายุ และมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นบทเรียนแก่ อบต. รพ.สต. และชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในด้านความเชื่อในความสามารถดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และผลลัพธ์สุขภาพ รวมทั้งบทเรียนที่เกิดขึ้น ในตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้วิธีการเชิงคุณภาพและเชิงกึ่งทดลอง โดยสามารถแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนย่อย คือ ขั้นศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ขั้นสร้างรูปแบบขั้นหาคุณภาพ ขั้นทดลองใช้ และขั้นประเมินรูปแบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอน มีรายละเอียด กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและวิธีการ ดังนี้

1. **ขั้นศึกษาข้อมูลพื้นฐาน** เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ในขั้นนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้แทนผู้สูงอายุและครอบครัว (4 คน) ผู้นำชุมชน (2 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (4 คน) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3 คน) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ อบต. (5 คน) รวมทั้งสิ้น 18 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ประเด็นการสนทนากลุ่มย่อยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ โดยใช้วิธีการประชุมสนทนากลุ่มเป็นเวลา 3 ชั่วโมง ซึ่งในการประชุมมีการนำเสนอข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมวิจัย และแลกเปลี่ยนความต้องการและความคิดเห็นในการส่งเสริมสุขภาพ ออกแบบกิจกรรมและระดมการสนับสนุนในการดำเนินงาน

2. **ขั้นสร้างรูปแบบ** ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และจากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้แนวคิดการเสริมพลังที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และปรึกษาหารือกับผู้บริหาร อบต. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ถึงการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและทรัพยากรในพื้นที่ มีการจัดทำเป็น ร่าง คู่มือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน รวมทั้งพัฒนาแบบประเมินก่อนและหลังดำเนินงาน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ความเชื่อในความสามารถดูแลตนเอง ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา เป็นแบบมาตราประมาณค่า 1-10

คะแนน ตั้งแต่เชื่อว่าทำไม่ได้แน่นอน (1 คะแนน) ถึงเชื่อมั่นว่าทำได้แน่นอน (10 คะแนน) และ 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา ที่จะส่งผลดีต่อสภาวะโรคทำให้สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ประเมินโดยให้ผู้สูงอายุรายงานการปฏิบัติของตนเอง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตามความถี่ ไม่ทำเลย ทำ 1-2 วัน ทำ 3-4 วัน ทำ 5-7 วัน ค่าคะแนน 0-3 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ของ รพ.สต.วัดศรีเขตนันทาราม

3. **ขั้นหาคุณภาพ** ร่าง คู่มือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุฯ และแบบสัมภาษณ์ความเชื่อในความสามารถ และพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเอง ได้รับการพิจารณาความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ย 0.92 มีการปรับปรุงแก้ไขคู่มือและแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะ และนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของครอนบาคแอลฟา ในส่วนของความเชื่อในความสามารถ 0.85 และพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพ 0.65

4. **ขั้นทดลองใช้** การนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ไปใช้กับอาสาสมัคร ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในหมู่ที่ 7-12 ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่เลือกแบบเจาะจง จำนวน 52 คน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

- 1) อายุ 60-80 ปี
- 2) เป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาที่ รพ.สต.วัดศรี

เขตนันทาราม หรือโรงพยาบาลปากเกร็ด และที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนอันตราย

- 3) ไม่มีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้
- 4) สามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้
- 5) สนใจเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยจากการวิจัย

- 1) มีปัญหาสุขภาพ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
 - 2) มาร่วมกิจกรรมไม่ครบหรือไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบ
 - 3) ขอถอนตัวจากการร่วมโครงการ
- การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้พัฒนารูปแบบจากการมีส่วนร่วม เน้นการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการกินยา ตามแนวคิดการเสริมพลัง กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายจำนวน 52 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยจัดกิจกรรมที่ห้องประชุม อบต. คลองข่อย จำนวน 2 วัน รวม 10 ชั่วโมง และติดตามอีก 2 ครั้ง ๆ ละ 2-3 ชั่วโมง ห่างกันทุก 1 เดือน และประเมินผลในอีก 1 เดือน ต่อมา รวมระยะเวลา 3 เดือน การประเมินผลด้วยการวัดความเชื่อในความสามารถดูแลตนเอง พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ก่อนและหลังร่วมโครงการ หลังจากนั้นมีการถอดบทเรียนในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อปรับปรุงรูปแบบสำหรับการนำสู่การขยายผลต่อไป

- 1) **ขั้นประเมิน** การประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ใช้วิธีการวัดความเชื่อในความสามารถดูแลตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และ

น้ำตาลในเลือด ก่อนจัดกิจกรรมและหลังการจัดกิจกรรมตามรูปแบบเป็นเวลา 3 เดือน เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อ พฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และมีการประชุมถอดบทเรียนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

คณะกรรมการจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการทํารายงานในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี พิจารณาให้การรับรองในการประชุมครั้งที่ 3/2560 โดยทีมวิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามให้คำยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired samples t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการมีส่วนร่วมออกแบบกิจกรรมและการถอดบทเรียนด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ผลการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และผลการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการ ได้รูปแบบและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบการจัดอบรมแบบมีส่วนร่วม โดยครั้งแรกจัดอบรม 2 วัน รวม 10 ชั่วโมง เพื่อความต่อเนื่องในการเรียนรู้ กิจกรรมเน้นสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง เชื่อมโยงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับการควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติมความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองเรื่อง

โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การกินยาและรู้เท่าทันการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ตั้งเป้าหมายสุขภาพและกำหนดทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของตน หลังจากนั้นนัดประชุมติดตามการดูแลสุขภาพตนเอง อีก 2 ครั้งๆ ละ 2-3 ชั่วโมง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน และประเมินผลในเดือนที่ 3 เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวัดภาวะสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัจจัยความสำเร็จและการเอาชนะอุปสรรคให้รางวัลกับคนต้นแบบ ทั้งนี้ อบต.พร้อมให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น สถานที่อบรม การจัดการบริการรับส่งผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม รพ.สต.และอสม.จะเป็นผู้ค้นหากลุ่มเป้าหมายโดยคำนึงถึงการเข้าร่วมที่ต่อเนื่องเพื่อสามารถประเมินผลได้

การประเมินผลการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกำหนดรูปแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.3%) อายุเฉลี่ย 70.7 ปี (SD.=7.5) การศึกษาสูงสุดระดับ

ประถมศึกษา (86.3%) ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน (67.3%) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 88.5 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 38.5 โดยผู้ที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 30.7 รับการรักษาที่ รพ.สต.ร้อยละ 71.2 อยู่อาศัยกับสามีหรือภรรยา และลูก หลาน ญาติ ร้อยละ 82.7 และอยู่ตามลำพังคนเดียว ร้อยละ 5.8

การเปรียบเทียบ ความเชื่อในความสามารถดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการมีคะแนนความเชื่อในความสามารถในระดับดี ร้อยละ 75.0 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.8 ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ คะแนนความเชื่อในความสามารถ ระดับดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.6 ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับต่ำทั้งหมด ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 23.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความเชื่อในความสามารถและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=52)

ระดับความเชื่อในความสามารถและ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อในความสามารถ				
ดี (≥80%)	39	75.0	47	90.4
ปานกลาง (≥60% ถึง <80%)	10	19.2	5	9.6
ต่ำ (<60%)	3	5.8	0	0.0
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง				
ดี (≥80%)	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง (≥60% ถึง <80%)	0	0.0	40	76.9
ต่ำ (<60%)	52	100.0	12	23.1

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการพบว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถก่อนเข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 98.4 (SD.=14.1) หลังการเข้าร่วมโครงการ ค่าเฉลี่ยเป็น 105.4 (SD.=7.4) เพิ่มขึ้น 7.0 คะแนน โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 22.4 (SD.=4.1) หลังการเข้าร่วมโครงการ ค่าเฉลี่ยเป็น 47.9 (SD.=4.0) เพิ่มขึ้น 25.5 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนเข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 25.4 (SD.=4.7) หลังการเข้าร่วมโครงการ ค่าเฉลี่ยเป็น

25.1 (SD.=2.8) ลดลง 0.3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 133.9 (SD.=30.0) หลังการเข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 107.5 (SD.=15.8) ลดลง 26.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างพบว่ามีแนวโน้มลดลง พบผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวเท่ากับ 4.3 และ 3.5 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ แต่ไม่พบความแตกต่างของเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ (n=52)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	p-value*
	ก่อน	หลัง		
ความเชื่อในความสามารถตนเอง	98.4 ± 14.1	105.4 ± 7.4	-7.0	<0.001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	22.4 ± 4.1	47.9 ± 4.0	-25.5	<0.001
ดัชนีมวลกาย	25.4 ± 4.7	25.1 ± 2.8	0.3	0.082
ระดับน้ำตาลในเลือด	133.9 ± 30.0	107.5 ± 15.8	26.4	<0.001
ความดันโลหิตตัวบน	137.4 ± 20.3	133.1 ± 18.9	4.3	0.234
ความดันโลหิตตัวล่าง	77.6 ± 9.67	74.1 ± 9.50	3.5	0.091

*Paired samples t-test

การถอดบทเรียน จากผลลัพธ์ที่สำคัญภายหลังการเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน ที่พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการในเรื่องคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อสะท้อนผลการประเมินดังกล่าวและสนทนากลุ่มกับผู้เข้าร่วมโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในด้านรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่

เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้แทนผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ อบต.และอาจารย์สถาบันการศึกษา ได้ร่วมกันออกแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลผลการถอดบทเรียน ได้ข้อมูลสำคัญว่าก่อนหน้ากิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลคลองข่อยมีเพียงการทัศนศึกษา การจ่ายเบี้ยยังชีพ แจก

สิ่งของแก่ผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ โครงการนี้ทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลาย และพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุเริ่มดีขึ้น บางคนกลับมาเดินได้คล่องขึ้นจิตใจร่าเริงขึ้น คุยกะกันมากขึ้น กล้าแสดงออกมากขึ้น ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกันเองมากขึ้น เต็มใจมาร่วมกิจกรรมมากขึ้น และมีการกระตุ้นเตือนพฤติกรรมผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่ และ อสม.อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งตำบลได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นอีกครั้งหลังจากเคยหยุดไปเพราะประธานชมรมได้ย้ายไปอาศัยที่อื่น โดยการมีอาจารย์จากสถาบันการศึกษามาเป็นที่ปรึกษาทำให้เกิดมุมมองการทำงานที่แตกต่างจากเดิม ผู้สูงอายุและภาคีที่มีส่วนร่วมได้เรียนรู้ในเรื่องวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากอาจารย์ของสถาบันการศึกษา วิทยากรภายนอก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ได้เรียนรู้การบูรณาการในการทำงาน กระบวนการตั้งศักยภาพบุคคลจากกิจกรรมหรือเกมการเรียนรู้ที่สร้างความสนใจและมีความสุขแก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี แต่บางกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้เขียนเป้าหมายลงสมุดประจำตัว ควรต้องมีผู้ช่วยเขียน จึงควรเตรียมทีม อสม.มาช่วย กลวิธีการโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมที่ดี คือ ให้ อสม.ประชาสัมพันธ์ประโยชน์ที่จะได้รับ การมีรถรับส่งผู้สูงอายุจะช่วยให้กิจกรรมดำเนินได้ตามเป้าหมาย ซึ่ง อบต.ต้องเป็นผู้สนับสนุนในเรื่องนี้

สำหรับมุมมองเกี่ยวกับการดำเนินงานในอนาคต ทาง อบต.และชมรมผู้สูงอายุจะพัฒนาต่อยอดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ จัดทำฐานข้อมูลสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน และประชุมกำหนดกฎระเบียบชมรมฯ ใหม่อีกครั้งเพื่อให้เหมาะสมมากขึ้น การคืนข้อมูลสถานะสุขภาพในเวทีประชาคม หรือที่ประชุมชมรมต่างๆ เพื่อกระตุ้นชุมชนให้ตื่นตัวกับการดูแลสุขภาพ การทำประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของ

ผู้สูงอายุ การประเมินชมรมผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนาชมรมให้มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ การปรับกิจกรรมในแผนงานโครงการกองทุนสุขภาพตำบลให้สอดคล้องกับการใช้งบประมาณ สปสช. จัดกิจกรรมเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ จัดมหกรรมสุขภาพโดยให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น กำหนดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนซึ่งมีไม่เกิน 30 คน ขยายผลโครงการให้ครอบคลุมหมู่บ้านที่เหลือ จัดกิจกรรมอบรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม โดยให้ชมรมผู้สูงอายุเป็นเจ้าภาพจัดกิจกรรมย่อยตามความสนใจของกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้เสนอทักษะภูมิปัญญาที่แต่ละคนเชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดภูมิปัญญาและเกิดการจัดตั้งกลุ่มในชุมชน อาทิ กลุ่มการเกษตร ไฟฟ้า เล่นดนตรี จักสาน ทำปุ๋ยชีวภาพ ปลุกสมุนไพร ฯลฯ ซึ่งบริบทของตำบลคลองข่อยเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จึงมีความเหมาะสมในการจัดตั้งกลุ่มและกิจกรรมดังกล่าว

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของ อบต. รพ.สต. และชุมชน พบว่าจากการนำเสนอข้อมูลสำรวจเบื้องต้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และการสนทนากลุ่ม ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ และการขาดการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ จึงได้เสนอให้มีการจัดกิจกรรมเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมให้ผู้สูงอายุมาร่วมตัวกัน ฝึกทักษะที่จำเป็นเรื่องการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การกินยา มีการติดตามเป็นระยะเพื่อกระตุ้นการดูแลตนเองห่างกันเดือนละครั้ง โดย อบต.ยินดี

สนับสนุนสถานที่และรถรับส่งผู้สูงอายุให้มาร่วมกิจกรรม อสม.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยินดีร่วมมือในการประสานงานกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้เกิดความตระหนักในปัญหา สะท้อนรูปแบบที่ต้องการ และเกิดความร่วมมือในการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้ทุกฝ่ายรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการเสริมพลัง^{8,9} ซึ่งการออกแบบกิจกรรมเรียนรู้ 1 ครั้ง และติดตามอีก 2 ครั้งต่อเนื่องกัน สอดคล้องกับรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทำการศึกษาก่อนในประเทศและต่างประเทศ¹⁰⁻¹² แต่ความถี่ของการจัดกิจกรรมอาจต่างกัน จากสัปดาห์ละครั้ง เป็นเดือนละครั้ง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกายและพาหนะในการเดินทาง ไม่สะดวกที่จะมารวมกลุ่มเรียนรู้ได้บ่อย ๆ

การประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ที่พบว่า ความเชื่อในความสามารถดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนเริ่มโครงการ เนื่องจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ให้ผู้สูงอายุ ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มองเห็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง มีการฝึกทักษะการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และวิเคราะห์สื่อโฆษณา การให้ตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองและติดตามผลเรียนรู้จากคนต้นแบบที่ทำได้ดี จึงทำให้ความเชื่อในความสามารถ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นก่อนการร่วมโครงการ สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลัง⁸⁻¹⁰ และผลการศึกษาของยุวดี รอดจากภัย สมพล กิตติเรืองเกียรติ และประสิทธิ์ กมลพรมงคล¹¹ อุษา ทัศนวิน และคณะ¹³ และดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารัตน์ โสตะ¹⁴

สำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบแนวโน้มที่ดีขึ้นของดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารัตน์ โสตะ¹⁴ และของพินา เพอร์เซลล์ และคณะ¹⁵ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวรรณคูหาสน์ และคณะ¹³ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอนุเรือง¹⁶ และกนิษฐ์ ใจวัศศิริ¹⁷ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายและการเจ็บป่วย อาจต้องติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวนานกว่า 3 เดือน เช่น ในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องจนส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า ผลการวิจัยที่แตกต่างกันเกี่ยวข้องกับกิจกรรมในโปรแกรมทั้งด้านเนื้อหา ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเรียนรู้ จำนวนครั้งของกิจกรรม ระยะห่างของกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมถึงผลลัพธ์ที่ประเมินและวิธีการประเมิน¹⁸ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการบริการวิชาการที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและระยะเวลาในการสรุปผลโครงการตามข้อกำหนดของการให้ทุน ทำให้ไม่สามารถติดตามผลในระยะยาวได้

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เป็นการจัดกิจกรรมในชุมชนใกล้บ้าน มีการอบรม 2 วัน กิจกรรมเน้นสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง เชื่อมโยงพฤติกรรมดูแลตนเองกับการควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เพิ่มทักษะการดูแลตนเองเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ การกินยาและรู้เท่าทันการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ตั้งเป้าหมายสุขภาพและกำหนดทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของตน และติดตามกระตุ้นด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มห่างกัน 1 เดือน รวม 2 ครั้ง การที่ชุมชนร่วมกำหนดรูปแบบทำให้การส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับความต้องการ และเกิดความร่วมมือในการระดมทรัพยากรในการดำเนินงาน สำหรับผลการดำเนินงานในระยะ 3 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของความเชื่อในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การถอดบทเรียนพบว่าทุกฝ่ายได้เรียนรู้การบูรณาการในการทำงาน กระบวนการตั้งศักยภาพบุคคลจากกิจกรรมหรือเกมการเรียนรู้ที่สร้างความสนใจและมีความสุข สนุกสนาน ต้องการนำรูปแบบที่ใช้ไปต่อยอด อีกทั้ง อบต. รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม. ผู้สูงอายุ ได้เกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการทำงานร่วมกัน แบบบูรณาการ การจัดการเรียนรู้เพื่อตั้งศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง การขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง แสดงให้เห็นผลกระทบเชิงบวกกับพื้นที่ และสามารถขยายผลไปสู่ผู้สูงอายุกลุ่มอื่นต่อไป

สำหรับข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการติดตามวัดผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาว 6 เดือน และ 1 ปี อีกทั้ง รพ.สต.และ อบต. ควรสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ชมรมผู้สูงอายุที่จะกลับมารวมตัวกันใหม่ ในการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเสนอของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ สำหรับจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งผู้ที่ยังไม่ป่วยและผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ส่งผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุใน

ระยะยาว อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอื่น จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการสะท้อนข้อมูลปัญหาและหาความต้องการของชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายตระหนักในปัญหา เกิดความร่วมมือในการกำหนดรูปแบบให้สอดคล้องกับความต้องการและทรัพยากรของแต่ละชุมชน และเกิดความร่วมมือในการดำเนินการอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณการสนับสนุนงบประมาณโครงการบริการวิชาการแก่สังคมของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช งบประมาณจาก สสส.และ สปสช.ในโครงการสนับสนุนกลไกเขตสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งการบริหารจัดการ โดยการจัดการสังคมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตสุขภาพที่ 4 รวมทั้งการเอื้ออำนวยทางด้านทรัพยากรในการจัดกิจกรรมจาก อบต. คลองข่อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี รพ.สต.วัดศรีเขตนันทาราม และ รพ.สต.คลองข่อย

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and planning division, Ministry of public health. Health Statistics 2017. Retrieved June 20, 2018, from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf.
2. Foundation of Thai gerontology research and development institute. Thai elderly situation 2016. Prasatkul, P. (ed). Nakon Pathom: Printery; 2017.

3. National health security office. Management system of health security funds at the local or regional level. Retrieved June 22, 2019, from <http://obt.nhso.go.th/obt/about?id=3>.
4. Ministry of public health. Health resources system of primary care unit. 2018. Retrieved August 15, 2018, from <http://gishealth.moph.go.th/pcu/index.php>.
5. Khlong Khoi sub-district administration organization. Preliminary survey results among diabetes and hypertension elderly patients in Khlong Khoi sub-district, document for stakeholders meeting on Feb 21, 2017. Khlong Khoi sub-district administration organization; 2017.
6. Pender NJ, Murdaugh GL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. New Jersey: Parson Education, Inc.; 2006.
7. Office of Thai health strategy, Non-communicable diseases network plan. Document for meeting of policy and direction for non-communicable diseases and policy proposals from non-communicable diseases research on December 19, 2016. Richmond Stylish Convention Hotel, Nonthaburi province; 2016.
8. Pensirinapa N. Community participation development in community public health work, in Community public health work. 3th ed. Nonthaburi: School of health science, Sukhothai Thammathirat Open University; 2019.
9. Pensirinapa N. Empowerment for cardiovascular diseases risk behavior modification, Theory and practice. 5th ed. Bangkok: Charan Sanitwong Printing; 2019.
10. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, Maryniuk MD, Siminerio L, Vivian E. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Clinical Diabetes. 2016; 34(2): 70–80.
11. Rodjarkpai R, Kittilernkrait S, Kamonpornmongkol P. Effect of empowering program for self-protection behavior in people at risk of diabetes Nong Yai district, Chonburi province. The Public Health Journal of Burapha University. 2012; 7(2):117-132.
12. Suwankruhasn N, Pothiban L, Panuthai S, Boonchuang P. Effects of a self-management support program for Thai people diagnosed with metabolic syndrome. The Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 2013; 17(4), 371-383.
13. Tussanawin U, Harnirattisai T, Pinyopasakul W. The Effects of Diabetic Day Camp Participation on Perceived Self-efficacy, Self-care Behaviors and Blood Sugar Level among Patients with Diabetes Mellitus, Type 2. Thai Journal of Nursing Council. 2010; 25(1): 53-66.

14. Niltanon D, Sota C. Health promotion for diabetes patients type 2 using enhancement of self-efficacy, group processes and social support - a study undertaken at the Erawan Hospital, Amphur Erawan, Loei Province. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*. 2010; 10(3): 51-60.
15. Pena-Purcell NC, Bgges MM, Jimenez N. An empowerment-based diabetes self-management education program for Hispanic/Latinos: a quasi-experimental pilot study. *The Diabetes Educator*. 2011; 37(6): 770-9.
16. Anurung S. Community-based intervention to improve hypertension management in Thailand. Dissertation of Doctor of Philosophy. (Doctoral Dessertation), Sydney: University of Technology Sydney; 2015.
17. Ngowsiri K, Karuhadej P, Napapongsa K. Effectiveness of Thai mind-body exercise “Rusie Dutton” on blood pressure and quality of life in older adults in Bangkok. *Thailand Journal of Public Health and Development*. 2018; 16(3): 41-53.
18. Schinckus L, Van den Broucke S, Housiaux M, Diabetes Literacy Consortium. Assessment of implementation fidelity in diabetes self-management education programs: a systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2014; 96(1):13-21.

Received: 17 Mar 2020, Revised: 24 Apr 2020,

Accepted: 15 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

อังคณา วงศ์แสนสี^{1*} อีระวุธ ธรรมกุล² และสมโภช รติโอฬาร³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย (2) เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และสมรรถภาพปอด และ (3) เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จำนวน 72 คน เก็บข้อมูลปี พ.ศ. 2558 และ 2560 เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตรา ความแตกต่างของอัตรา และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้พัฒนาการบริการสุขภาพ และเน้นการสร้างเครือข่ายในการดูแลรักษาทั้งที่มณฑลการทางแพทย์ ชุมชน และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 72 คน ที่มีประวัติเข้ารับรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ระหว่างปี 2558 - 2560 มีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจากจำนวนคนที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p = 0.73$) และอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจากจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินสูงขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p = 0.15$) แต่เมื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดจากค่าเฉลี่ย $FEV_1(\% \text{Predicted})$ พบว่ารูปแบบพัฒนาแล้วสูงกว่ารูปแบบเดิมแสดงถึงผู้ป่วยสมรรถภาพปอดดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) และ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบพัฒนาแล้วมีแนวโน้มสูงขึ้น

คำสำคัญ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการกำเริบเฉียบพลัน ความร่วมมือในการใช้ยา

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Corresponding author: Angpoy79@gmail.com

Original Article

Care Model for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
at Denchai Crown Prince HospitalAngkana Wongsensee^{1,*}, Theerawut Thammakun², Sompoch Rattoran³

Abstract

The objectives of this research and development were to study (1) care model for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) at Denchai Crown Prince Hospital; (2) the effectiveness of the model developed for the care of COPD patients admitted to the emergency room(ER) based on acute exacerbations rates and spirometry or lung function test; and (3) medication adherence among COPD patients at Denchai Crown Prince Hospital, in Phrae Province. The study was conducted in a sample of 72 COPD patients who received treatment at Denchai Crown Prince Hospital and could be followed up in 2015 and 2017. Data were collected using a data recording and then analyzed to determine frequencies, percentages, means, standard deviations, rates, rate differences and t-test. The results demonstrated that, among the 72 COPD patients under medical attention at Denchai Crown Prince Hospital in 2015 to 2017; after the care model has been developed being healthcare services, focus on creating a network of medical personnel care team, communities and family, the acute exacerbation rate among ER-COPD patients decreased insignificantly ($p = 0.73$) and the acute exacerbation rate based on the number of ER-COPD visits increased insignificantly ($p = 0.15$), but based on their spirometric value comparison, the average FEV₁ (% predicted) was higher than the previous model, indicating patients' significantly improved lung function ($p < 0.05$); and their medication adherence had a rising trend.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, acute exacerbation, medication adherence

¹ Student of M.P.H. Sukhothai Thammathirat Open University

² Assistant professor of School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

³ Associate professor of School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*Corresponding author: Angpoy79@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคที่มีการเกิดอาการอักเสบของทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง และเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ โดยจะเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปเรื่อย ๆ (Progressive) ทำให้ระบบทางเดินหายใจ และ/หรือถุงลมปอดเกิดพยาธิสภาพและไม่สามารถทำการแก้ไขให้คืนสู่สภาพปกติได้ โรคดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ซึ่งพบว่าการกำเริบรุนแรงเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลก โดยในปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตจาก COPD มากกว่า 3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.00 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก¹ ปี 2558 ในประชากรไทยพบมีอัตราป่วยของผู้ป่วยใน 582.99 ต่อแสนประชากร² เป็นโรคที่มีอัตราตายสูงเป็นลำดับที่ 8 และมีแนวโน้มอัตราตายจากเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2557 - 2559 เท่ากับ 12.1 13.5 และ 15.3 ต่อแสนประชากรตามลำดับ³ พบอัตราตายก่อนวัยอันควรในช่วงอายุ 30-69 ปี เพิ่มขึ้นจาก 3.8 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น 5.2 ต่อแสนประชากร ในปี 2559⁴ โดยเฉพาะพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ในปี 2559 พบว่ามีอัตราตายจากโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง สูงถึง 34.7 ต่อแสนประชากร และอัตราตายก่อนวัยอันควร อายุ 30-69 ปี เท่ากับ 12.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งมากกว่าภาพรวมประเทศ และพื้นที่เขตสุขภาพอื่น ๆ⁴

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย (รพ.เด่นชัย) เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1⁴ จากรายงานประจำปีพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคอันดับที่ 1 ของผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาไว้ในอนในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2556 - 2559⁵ ในปี 2556 - 2558 มีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 3.7, 2.9 และ 3.2 ตามลำดับ และปี 2558 ถึง 50

2559 มีอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินคิดเป็น 889, 643 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามลำดับ⁵ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่รุนแรงของอำเภอเด่นชัยและเกินกว่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้⁵ ซึ่งตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) กำหนดเป้าหมายให้อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 130 ครั้ง/แสนประชากร⁶

เริ่มจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2557 กำหนดให้มี แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัดประจำคลินิก โดยมีอายุรแพทย์เป็นที่ปรึกษา⁷ นำไปสู่การตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) เพื่อยืนยันการวินิจฉัย แบ่งระดับความรุนแรง และติดตามผลการรักษา และเพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยโดยเพิ่มรายการยาสูดสูตรผสม คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Inhaled Corticosteroid: ICS) / ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์นาน (Long-Acting β_2 -Agonist :LABA) ในบัญชียาของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย⁽⁸⁾ ยาสูดเป็นยาหลักในการรักษาโรค COPD ซึ่งยาดังกล่าวเป็นยาที่มีวิธีการใช้ยาที่มีเทคนิคพิเศษเพื่อให้ได้ขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง ปัญหาที่พบในการใช้ยาของผู้ป่วย COPD เช่น ใช้ยาไม่ถูกต้องตามข้อบ่งใช้ ลืมเขย่ายา ผู้ป่วยไม่มีแรงกดยา ไม่มีแรงสูดยา สูดยาได้ไม่ลึกและยาว หรือสูดยาได้ไม่เร็วและแรง เป็นต้น⁹ และในปี 2559 ยาสูดดังกล่าว เป็นยาที่มีมูลค่าสูงเป็นอันดับที่ 10 ของยาทั้งหมดของ รพ.เด่นชัย⁵ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงสำคัญมาก นอกจากผู้ป่วย COPD ใช้ยาถูกต้องตามที่แพทย์สั่งแล้ว ผู้ป่วยต้องใช้ยาสูดให้ถูกต้องตามข้อแนะนำวิธีการใช้ยา เพื่อสนับสนุนให้การรักษามีประสิทธิภาพ ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบและผลของการการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนยังมี

ค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย รพร.เด่นชัย ซึ่งพัฒนา ปี 2559 ตามแนวทางเวชปฏิบัติรักษาโรค COPD และ จากการพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัยในพื้นที่ โดยพัฒนาการบริการสุขภาพทุกด้านพัฒนาศูนย์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ครบวงจร และเน้นการสร้างเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งในส่วนของบุคลากรทางแพทย์ องค์กรในชุมชน เครือข่ายผู้ดูแล ครอบครัว ให้ชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการพัฒนาแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD นั้นได้พัฒนาตามแนวทางเวชปฏิบัติรักษาโรค COPD และจากสาเหตุปัจจัยต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วย COPD เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การได้รับสิ่งกระตุ้นจากฝุ่นและควัน มีค่าดัชนีมวลกายต่ำ มีโรคร่วม^{1,6} ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพ ชีวิตที่ไม่ดี⁽⁷⁾ ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่งหรือใช้ยาไม่ถูกต้องตามเทคนิควิธีการใช้ยา เป็นต้น

การศึกษาและพัฒนารูปแบบนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และสมรรถภาพปอด และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการวิจัยนี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้โรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียง รพร.เด่นชัย ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสม ภายใต้ทรัพยากรจำกัด และนำไปสู่การจัดทำและพัฒนาคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีขั้นตอนการพัฒนา 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษา พัฒนา และจัดทำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการระบบริการสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับอำเภอเด่นชัย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD 2) สืบเสาะการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ที่วางไว้ผ่านคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คปสอ.เด่นชัย โดยการประชุมชี้แจง 3) นำรูปแบบการดูแลรักษาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วย COPD 4) กำกับติดตามผลทางคลินิกของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รพร.เด่นชัย และ 5) ประเมินผลโดยการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ในการติดตามผู้ป่วย ซึ่งเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาจากอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย รูปแบบเดิม กับรูปแบบที่พัฒนาแล้ว และทบทวนปัญหาอุปสรรคร่วมกับทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นของ รพร.เด่นชัย ตั้งแต่ปี 2558 และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องถึงปี 2560 จำนวน 208 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบของ รพร.เด่นชัย ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2558 ถึง 2560 ทั้งหมด 71 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ

Schlesselman (1982) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหลือติดตามได้ทั้งหมดในปี 2560 จำนวน 72 คน จากจำนวนขึ้นทะเบียนในปี 2558 ทั้งสิ้น 208 คน ที่ จึงจะเก็บข้อมูลทั้ง 72 คน

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

ปี 2557

- จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รพ.เด่นชัย

- จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยโรค COPD รพ.เด่นชัย

- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน คปสอ.เด่นชัย

- ตรวจสมรรถภาพปอด (Lung function test) ประเมิน CAT score, mMRC คัดกรองสุขภาพจิต

- บูรณาการแพทย์แผนไทยช่วยเหลือผู้ป่วย COPD เลิกบุหรี่ เช่น ใช้น้ำชงหญ้าดอกขาว

- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเพิ่มรายการยาสูด ICS/LABA ในบัญชียา รพ.เด่นชัย

- จัดทำโครงการออกซิเจนเอื้ออาทรสำหรับผู้ป่วย COPD

- ให้บริการผู้ป่วยที่คลินิก COPD โดยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด

- ประเมิน และทบทวนการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โดยเภสัชกร

- บริการเชิงรุก เยี่ยมบ้านผู้ป่วย COPD โดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยที่อาการกำเริบเฉียบพลัน และเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) และผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

ปี 2558

- จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, ทดสอบการเดิน six minute walk test (6MWT)

- พัฒนาทักษะระบบการดูแลตนเอง เฉพาะกลุ่มโรค โดยใช้แบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วย, แบบประเมิน 6MWT กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน ให้ความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน

- เพิ่มศักยภาพพยาบาลและนักกายภาพบำบัดโดยผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะโรค COPD

ปี 2559

- ทบทวนและจัดทำระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ จากแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมโรคปอด และระบบทางเดินหายใจ จากโรงพยาบาลจังหวัด

- กำหนดผู้ป่วย COPD เป็นเป้าหมายระดับอำเภอในการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และให้บริการที่คลินิก COPD และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)

- ประเมินการใช้ยาสูดกำหนดขนาด (MDI) ของผู้ป่วยแบบ Triple check โดยพยาบาลแพทย์ และเภสัชกร

- จัดทำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วย COPD

- แนวทางคัดกรองผู้ป่วย COPD รายใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

- สร้างระบบในการกำกับติดตาม และส่งต่อผู้ป่วย

- คัดกรองผู้ป่วยโรค COPD ในชุมชน และ กลุ่มที่มีอาชีพเสี่ยง

- ตรวจสุขภาพประจำปี ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม, เอกซเรย์ปอดปีละ 1 ครั้ง, คัดกรองโรคหัวใจ

- ปรับเกณฑ์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย COPD เพิ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคร่วม ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาด้านการใช้ยา ประสานการ

ดูแลร่วมกับศูนย์การดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ (Continuous of Community: COC) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care)

- สร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย COPD ในชุมชน รวมถึงผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วย ปี 2560 - ดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาแล้วในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รพ.เด่นชัย

2. ขั้นตอนการประเมินประสิทธิผลรูปแบบ โดยการเก็บข้อมูลการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล รพ.เด่นชัย ซึ่งจะสามารถแสดงถึงประสิทธิผลรูปแบบในการรักษาผู้ป่วย COPD ที่ชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินประสิทธิผล คือแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบาดวิทยา และด้านคลินิกในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน เพื่อรวบรวมข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

ส่วนที่ 3 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รพ.เด่นชัย โดยประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD วัดเชิงปริมาณจากอัตราของจำนวนครั้งการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย และสมรรถภาพปอดโดยใช้ค่า $FEV_1(\% \text{Predicted})$

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังย้อนหลังจากฐานข้อมูลทุติยภูมิตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2558 และ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2560 จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรม HosXP) รพ.เด่นชัย และข้อมูลจากระบบบันทึกคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกรมการแพทย์

2) ข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของ รพ.เด่นชัย(โปรแกรม HosXP) และใช้ข้อมูลจากการวินิจฉัยของแพทย์ร่วมพิจารณา ซึ่งใช้รหัสจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD10) ได้แก่รหัส J440 J441 J448 และ J449

3) ความร่วมมือในการใช้ยา รวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินอาการและการใช้ยาของผู้ป่วย COPD รพ.เด่นชัย ที่ได้บันทึกไว้ และประเมินความร่วมมือในการใช้ยาทางอ้อมจากข้อมูลในโปรแกรมเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HosXP) ของ รพ.เด่นชัย จากข้อมูลจำนวนยาที่แพทย์สั่ง ข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือมาตรวจตามที่แพทย์นัด

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่รวบรวมได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ และมีการใช้สถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการดูแลรักษา ใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบข้อมูลการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย COPD และเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และค่าสมรรถภาพปอดจากค่า FEV₁ (% predicted) ในช่วงที่ทำการศึกษา ใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ อัตราค่าความแตกต่างของอัตรา (Rate difference) ค่าเฉลี่ย (Mean) และการทดสอบค่าที (t-test)

3) เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา ใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

เด่นชัยตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปี 2560 ซึ่งผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ใน รพ.เด่นชัย ได้มีการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเน้นการสร้างเครือข่ายของบุคลากรทางการแพทย์ สร้างแนวทางการให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วย กับแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมโรคปอดและระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลประจำจังหวัด และสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชุมชน ผู้ดูแล และครอบครัว เป็นต้น โดยภาพที่ 1 ได้แสดงการเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วย COPD ระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบพัฒนาแล้ว ดังนี้

รูปแบบเดิม ในการดูแลผู้ป่วย COPD	รูปแบบการดูแลผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาแล้ว
การรักษา - แพทย์ตรวจวินิจฉัย ประเมินรักษาตาม GOLD guideline 2015 และตามแนวดูแลผู้ป่วย COPD ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน รพ.เด่นชัย - ให้บริการตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยหรือประเมินติดตามอาการ - ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย COPD ชักประวัติและค้นหาปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อย (mMRC dyspnea score) และประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วย (CAT score) ให้ผู้ศึกษา ทำกิจกรรมกลุ่ม ติดตามผู้ป่วยขาดนัด, การคัดกรองสุขภาพจิต - พัฒนาการสังเกตตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลจากแบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วยและแบบประเมิน 6MWT - ให้บริการคลินิกเลิกบุหรีโดยแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย - ประเมินความถูกต้อง เหมาะสมในการสั่งยา ให้คำแนะนำ และประเมินการใช้ยาผู้ป่วย COPD โดยเฉพาะการใช้ยาสูด DPI/MDI หรือ ให้คำแนะนำการใช้ออกซิเจน การพ่นยาฝอยละอองที่บ้านโดยเภสัชกร - ให้คำแนะนำด้านอาหารและโภชนาการ - บริการเชิงรุก เยี่ยมบ้านผู้ป่วย COPD ที่กลับเข้ามารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำด้วยโรคเดิม และอาการเดิมภายใน 28 วัน(re-admit) การส่งเสริมสุขภาพ - จัดบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) การฟื้นฟูสภาพ - ให้คำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด - ประเมิน 6 minute walk test (6MWT) ซึ่งเป็นการทดสอบความสามารถในการเดินของผู้ป่วยระยะเวลา 6 นาที	การดูแลผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาแล้ว การรักษาที่พัฒนาจากรูปแบบเดิม ดังนี้ - จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ระดับอำเภอ - จัดตั้งเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD ในระดับอำเภอ รวมถึงเครือข่ายผู้ดูแล (Caregiver) ผู้ป่วย COPD - ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยแบบ Triple check โดยพยาบาล แพทย์ และเภสัชกร รวมถึงการประยุกต์การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในผู้ป่วยนอก - ทบทวนและจัดทำระบบการให้คำปรึกษา และส่งต่อ ผู้ป่วย COPD กับอายุรแพทย์เฉพาะทางโรคปอด โรงพยาบาลจังหวัด - ปรับเกณฑ์เยี่ยมบ้านผู้ป่วย COPD โดยเพิ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคร่วม ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาการใช้ยา ร่วมกับศูนย์การดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ - การดูแลผู้ป่วย COPD ระยะสุดท้าย (Palliative care) ในโรงพยาบาลและบ้านของผู้ป่วย - จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย COPD ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ - เพิ่มศักยภาพพยาบาลประจำคลินิกและนักกายภาพบำบัดด้วยหลักสูตรเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD การส่งเสริมสุขภาพ - กำหนดผู้ป่วย COPD เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักและจัดบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่คลินิก COPD ของโรงพยาบาล และรพ.สต. - การคัดกรองหาผู้ป่วย COPD ในชุมชน การป้องกันโรค - คัดกรองผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ตรวจสุขภาพประจำปี - เอกซเรย์ปอดปีละครั้ง คัดกรองวัณโรค การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) การฟื้นฟูสภาพ - จัดบริการโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

จากการประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD รูปแบบพัฒนาแล้วในผู้ป่วย COPD ทั้งหมด 72 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.7 กลุ่มอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 45.8 อายุเฉลี่ย 73.4 ปี (SD= 7.58) กลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 กิโลกรัม/เมตร มากที่สุดร้อยละ 43.1 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 19.24 กิโลกรัม/เมตร² (SD = 3.748) มีโรคร่วม ร้อยละ 66.7 ซึ่งในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมนี้โรคร่วม

ที่มากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.4 ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 95.8 โดยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบแล้วมีปริมาณการสูบบุหรี่กลุ่มที่มากที่สุดอยู่ในช่วง 10 ถึง 19 pack-year ร้อยละ 44.9 มีอาชีพหรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิด COPD ร้อยละ 66.7 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีกลุ่มบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 18.1 ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการมีผู้ดูแลร้อยละ 87.5 และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผู้ดูแลร้อยละ 95.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n= 72)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ประวัติการสูบบุหรี่		
ชาย	43	59.7	ไม่สูบบุหรี่	3	4.2
หญิง	29	40.3	สูบบุหรี่	8	11.1
กลุ่มอายุ			เลิกสูบบุหรี่	61	84.7
55 – 65 ปี	13	18.1	ปริมาณบุหรี่ (n=69)		
66 – 75 ปี	26	36.1	จำนวนที่สูบ <10	19	27.5
> 75 ปี ขึ้นไป	33	45.8	จำนวนที่สูบ 10 - 19	31	44.9
ค่าเฉลี่ย (SD.)	73.4 (7.58)		จำนวนที่สูบ 20 - 29	12	17.4
ค่ามัธยฐาน (Min, Max)	74 (57, 88)		จำนวนที่สูบ >30	7	10.1
ค่าดัชนีมวลกาย			อาชีพหรือสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการเกิดโรค		
< 18.5 (น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน)	29	40.3	ไม่มีอาชีพหรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรค	24	33.3
18.5 - 22.9 (น้ำหนักมาตรฐาน)	31	43.1	มีอาชีพหรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรค	48	66.7
≥ 23.0 (อ้วน)	12	16.6			
ค่าเฉลี่ย (SD.)	19.2(3.75)		ในกรณีที่มีอาชีพหรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรค(n=48)		
ค่ามัธยฐาน (Min, Max)	19.3(13.33, 29.74)		บุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่	13	18.1
โรคร่วม			อาชีพเผาถ่าน	11	15.3
ไม่มีโรคร่วม	25	34.7	อาชีพช่างก่อสร้าง ย้อมผ้า	8	11.1
มีโรคร่วม	47	65.3	เฟอร์นิเจอร์ ช่างเสริมสวย		
ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคร่วม			อาชีพประกอบอาหาร	4	5.6
โรคความดันโลหิตสูง(n=72)	37	51.4	ช่างทำไม้กวาด	9	12.5
โรคไขมันในเลือดสูง(n=72)	18	25.0	ฝุ่น ควัน สารเคมีใกล้ที่อยู่อาศัย	3	4.2
โรคไตเรื้อรัง(n=72)	12	16.7			
โรคเบาหวาน(n=72)	7	9.7	ความจำเป็นในการมีผู้ดูแล		
โรคซึมเศร้า (n=72)	5	6.9	ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล	9	12.5
โรคหัวใจ หรือมีพยาธิสภาพที่ปอดจากเคยเป็นวัณโรค(n=72)	6	8.3	ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล	63	87.5
โรคอื่นๆ	2	2.8			

ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วย COPD ทั้งหมด 72 คน มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) มากที่สุดร้อยละ 66.7 การดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 91.7 การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 88.9 และมีค่าเฉลี่ย FEV_1 (% predicted) 69.38 (SD = 14.11) ดังตารางที่ 2

ประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อพิจารณาจากการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ารูปแบบเดิมของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมากกว่ารูปแบบที่พัฒนาแล้วคิดเป็นอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 48.6 (95%CI : 37.07 ถึง 60.15) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n= 72)

ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
ระดับที่ 1 เล็กน้อย (Mild) ($FEV_1 \geq 80$ % ของค่ามาตรฐาน)	14	19.5
ระดับที่ 2 ปานกลาง (Moderate) ($50\% < FEV_1 < 80\%$ ของค่ามาตรฐาน)	48	66.7
ระดับที่ 3 รุนแรง (Severe) ($30\% < FEV_1 < 50\%$ ของค่ามาตรฐาน)	5	6.9
ระดับที่ 4 รุนแรงมาก (Very Severe) ($FEV_1 \leq 30$ % ของค่ามาตรฐาน)	5	6.9
การดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
ได้รับการดูแลรักษาตาม CPG โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	66	91.7
ไม่ได้รับการดูแลรักษาตาม CPG โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	6	8.3
การรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่		
ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	64	88.9
ไม่ได้วัคซีนไข้หวัดใหญ่	8	11.1
สมรรถภาพปอด (n=55)		
FEV_1 (% predicted) ค่าเฉลี่ย (SD.)	69.38(14.11)	

ตารางที่ 3 อัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD	จำนวน (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (คน)	อัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน	95%CI
รูปแบบเดิม	72	35	48.6	37.07, 60.15
รูปแบบพัฒนาแล้ว	72	32	44.4	33.00, 56.10

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ารูปแบบการดูแลรักษาเดิมผู้ป่วยมีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันมากกว่ารูปแบบที่พัฒนาแล้วร้อยละ 4.2 (95%CI : -19.7 ถึง 28.1, p-value = 0.73) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ความแตกต่างของอัตราการเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ารูปแบบการดูแลรักษาเดิมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันน้อยกว่ารูปแบบที่พัฒนาแล้วร้อยละ 7.8 (95%CI : -2.3 ถึง 18.3, p-value = 0.15) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ค่า FEV₁ (% predicted) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเปรียบเทียบผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบเดิมกับรูปแบบพัฒนาแล้วของผู้ป่วย 55 คน พบว่าค่าสถิติทดสอบ $t(54) = 5.66, p < 0.05$ โดยค่า FEV₁ (% predicted) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รูปแบบเดิม (ค่าเฉลี่ย = 57.47, SD = 15.66) ต่ำกว่าค่า FEV₁ (% predicted) ของรูปแบบที่พัฒนาแล้ว (ค่าเฉลี่ย = 69.38, SD = 14.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาแล้วกับรูปแบบเดิมผู้ป่วยมีค่า FEV₁ (% predicted) ที่แตกต่างกันซึ่งรูปแบบที่พัฒนาแล้วผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดดีกว่ารูปแบบเดิม ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจากจำนวนคนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับรูปแบบพัฒนาแล้ว

รูปแบบ	จำนวน(คน)	อัตรา(Rate)	Rate difference	95%CI	p-value
รูปแบบเดิม	35	48.6	0		
รูปแบบพัฒนาแล้ว	32	44.4	4.2	-19.7, 28.1	0.73

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจากจำนวนครั้งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับรูปแบบพัฒนาแล้ว

รูปแบบ	จำนวน(ครั้ง)	อัตรา(Rate)	Rate difference	95%CI	p-value
รูปแบบเดิม	81	14.4	0		
รูปแบบพัฒนาแล้ว	134	22.2	7.8	-2.3, 18.3	0.15

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพปอดจากค่า FEV₁ (% predicted) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาแล้ว(n=55)

FEV ₁ (% predicted)	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean difference	95%CI	p-value
รูปแบบเดิม	57.47	15.66	0		
รูปแบบพัฒนาแล้ว	69.38	14.11	11.91	7.69, 16.13	<0.001

ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรูปแบบพัฒนาแล้วผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา (Compliance) มากขึ้น ร้อยละ 81.9 และใช้ยาถูกต้องตามเทคนิคร้อยละ 77.8 แต่เนื่องด้วยยาสูดที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป็นยาเทคนิคพิเศษนอกจากใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่งแล้วจำเป็นต้องใช้ยาให้ถูกต้องตามเทคนิคการใช้ยาดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ถูกต้อง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบที่พัฒนาแล้วให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) มากขึ้นเป็นร้อยละ 66.7 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วย COPD (n=72)

ข้อมูลการใช้ยา	รูปแบบเดิม		รูปแบบพัฒนาแล้ว	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความร่วมมือในการใช้ยา(Compliance)				
ใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง	37	51.4	59	81.9
ใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง	35	48.6	13	18.1
เทคนิคการใช้สูดยาDPI/ MDI				
ถูกต้อง	50	69.4	56	77.8
ไม่ถูกต้อง	22	30.6	16	22.2
ความร่วมมือในการใช้ยา(Compliance) + เทคนิคการใช้สูดยาDPI/ MDI				
มี Adherence	34	47.2	48	66.7
ไม่มี Adherence	38	52.8	24	33.3

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน ซึ่งการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของผู้ป่วย COPD ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ปี 2558 และ 2560 เท่ากับ 81 และ 134 ครั้ง ตามลำดับ สอดคล้องกับการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วย COPD ทั่วโลกจะเพิ่มขึ้น จากการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรค และประชากรสูงอายุที่มีมากขึ้น¹

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ในการศึกษาผู้ป่วย COPD มักเป็นเพศชาย¹²⁻¹⁷ มี

อายุเฉลี่ย 73.4 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผู้ป่วยจะมีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี^{13,15,16,17} ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 95.8 สอดคล้องกับการศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีผู้ป่วยสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 92.8¹³

ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย เมื่อพิจารณาจากอัตราผู้ป่วย COPD ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาแล้ว พบว่าอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

ของโรงพยาบาลลดลง โดยรูปแบบการดูแลรักษาเดิมผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันมากกว่ารูปแบบที่พัฒนาแล้วร้อยละ 4.2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.75$ ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรูปแบบพัฒนาแล้วได้พัฒนาการดูแลเพิ่มในด้านต่าง ๆ เช่น การปรับเกณฑ์เยี่ยมบ้านผู้ป่วย จากผู้ป่วยที่กลับมาอนการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วย COPD หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 28 วัน เพิ่มกลุ่มของเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคร่วม หรือปัญหาสุขภาพจิต หรือปัญหาการใช้ยา เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสามารถจัดการอาการหอบด้วยตนเองที่บ้าน และสร้างเครือข่ายให้หน่วยงานองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้สนับสนุนให้อัตราการเกิดอาการกำเริบลดลงเมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการรักษาผู้ป่วย COPD ซ้ำซ้อน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ในการจัดโปรแกรมจากการซักประวัติหาปัจจัยเสี่ยง แนะนำการเลิกบุหรี่ ประเมินการใช้ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โภชนาการ ประเมินสุขภาพจิต และมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ป่วย COPD ที่ผ่านโปรแกรมหากล่าวสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในหัตถ์ฉุกเฉินลดลง⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลลัพธ์การจัดคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้า COPD Clinic เป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าการมารักษาที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลงจาก 1.96 ครั้ง/ปี เป็น 0.65 ครั้ง/ปี¹⁴

แต่เมื่อพิจารณาจากจำนวนครั้งของผู้ป่วย COPD ที่มีการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาทันทีในหัตถ์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพบว่าไม่มีอัตราที่สูงขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p = 0.15$ เนื่องจากผู้ป่วย COPD ที่มีอาการอยู่ใน

ระดับรุนแรงมาก (Very Severe) เกินศักยภาพในการรักษาของโรงพยาบาลชุมชนปฏิเสธการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือผู้ป่วยบางรายที่เกิดโรคแทรกซ้อนที่ปอดเช่นโรควัณโรค หรือผู้ป่วยที่สูบบุหรี่แล้วมีอาการกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาทันทีในหัตถ์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ๆ

จากการวิเคราะห์ค่า FEV₁ (% predicted) ของผู้ป่วย COPD จำนวน 55 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการดูแลด้วยรูปแบบที่พัฒนาแล้วมีสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้นค่า FEV₁ (% predicted) เฉลี่ยสูงกว่ารูปแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การจัดคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง 141 คน พบว่าค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลัง เข้า COPD Clinic เป็นระยะเวลา 1 ปี ค่าการตรวจ PEF หรือ FEV1 เพิ่มขึ้นเช่นกัน¹⁴

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาผู้ป่วย COPD รูปแบบพัฒนาแล้วซึ่งได้มีการทบทวนการใช้ยาผู้ป่วยแบบ Triple check โดยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ดำเนินงานการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วย COPD ผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์การดำเนินงานร่วมกับพยาบาล มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) ของผู้ป่วย COPD สูงขึ้น จากร้อยละ 47.2 เป็นร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลลัพธ์ในการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย COPD ในโรงพยาบาลชุมชนประเทศไทย ซึ่งพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วย COPD ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ดีขึ้น ลดปัญหาในการใช้ มีค่า PEF เพิ่มขึ้น¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยาฟันและสมรรถภาพปอด โดยประเมินหลังติดตามครบ 1 ปี ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาล

บุรีรัมย์ พบว่ารูปแบบการบริการแบบเบ็ดเสร็จ โดยให้เภสัชกรให้บริการทางเภสัชกรรม โดยแนะนำวิธีการใช้ยาพ่น ให้ความรู้เรื่องโรค ความสำคัญในการใช้ยา เพื่อแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดปัญหาการใช้ยา และสมรรถภาพปอด ซึ่งวัดค่า FEV₁ เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 56.36 (SD= 20.93) เป็น 61.30 (SD= 22.65) ($p < 0.001$)¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าควรมีการคัดกรองผู้ป่วย COPD ในชุมชน และจัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย COPD ให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายจะช่วยให้ผู้ป่วย COPD ได้รับการดูแลรักษาที่เร็วขึ้น และควรพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย COPD เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค COPD การใช้ยา และการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งยาสูดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย COPD เป็นยาที่วิธีการใช้ยามีเทคนิคพิเศษ และยากลุ่มดังกล่าวเป็นยาที่มีมูลค่าสูงของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจากการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ อาจนำการประเมินและทบทวนการใช้ยาในผู้ป่วย COPD ในรูปแบบที่พัฒนาแบบ Triple check ประกอบด้วย 3 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร รวมถึงการให้บริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วย COPD ผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์การดำเนินงานร่วมกับพยาบาล และปรับเกณฑ์การเยี่ยมบ้านโดยเพิ่มกลุ่มผู้ป่วย COPD ที่มีปัญหาด้านยา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้น

3. ควรทำการศึกษาเชิงทดลองโดยมีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันอยู่ในช่วงระยะเวลาเดียวกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

4. ควรออกแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ซึ่งการศึกษาแบบนี้ย้อนหลังนี้อาจยังไม่สามารถทราบได้แน่ชัดว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในรูปแบบการดูแลรักษาที่พัฒนานั้นกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการดูแลตามรูปแบบที่วางไว้ในทุกระบวนการหรือไม่

5. ควรศึกษาเชิงคุณภาพต่อยอดในปัจจัยที่มีผลการอาการกำเริบเฉียบพลันที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เช่น การสูบบุหรี่ ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาคือครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พลฤทธิโยธิน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และอาจารย์ ดร.สุรางรัตน์ พ้องพาน อาจารย์ทิพย์รัตน์ ธรรมกุล และอาจารย์ประกายวรรณ ใจชอบ ที่ช่วยให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง งานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยที่อนุญาตให้ใช้เป็นพื้นที่ในการศึกษา และขอขอบคุณทุกท่าน ที่สนับสนุนเป็นกำลังใจ ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [online]. 2017. [cited 2017 Dec 2]. Available from: URL: <https://goldcopd.org/guidelineitem.asp>
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559; 2560.

3. กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ; 2560.
4. คณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ ปี 2560. รายงานประจำปี 2560. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดส์ดีไซน์; [ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์].
5. งานแผนงานและประเมินผล. รายงานประจำปี 2559 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย.แพร่; 2560.
6. Hunter et al. Patient characteristics associated with risk of first hospital admission and readmission for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease(COPD) following primary care COPD diagnosis: a cohort study using linked electronic patient records. BMJ Journals. 2015;4(12):1-9
7. จเร บุญเรือง, จอม สุวรรณโณ, เจนเนตร พลเพชร, เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์, และลัดดา เลี่ยมวงศ์. ปัจจัยทำนายการกำเริบฉับพลันรุนแรงในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. (2560); 28(1): 111-128.
8. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักตรวจและประเมินผล. แผนตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560; 2559. หน้า 173-182.
9. รายงานการประชุมคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient care team) ครั้งที่ 2/2557.แพร่. คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก; 2557.
10. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย. บัญชีรายการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ปีงบประมาณ 2557.แพร่; 2557.
11. รายงานการประชุมคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับอำเภอเด่นชัย ครั้งที่ 1/2560.แพร่. คณะกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับอำเภอเด่นชัย; 2560.
12. จุฬาลักษณ์ โรจนวิภาต. ผลของโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซับซ้อน โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน. ลำปางเวชสาร. 2559;37(2):33-45.
13. จิราพร รักษายศ, ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักข่อด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556;22(6):973-978.
14. ชาญชัย จันทรรชัยกุล, เตือนใจ ภูสระแก้ว, แสงเดือน ศุภอุตร. ผลลัพธ์การจัดคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2556; 28(4): 524-529.
15. พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ. การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลนครนายก. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2551; 3(1): 73- 79.
16. ปิยะวรรณ กุลยรัตน์, ภารดี มยาเศส, อนูทองแดง. การประเมินผลลัพธ์ในการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนประเทศไทย. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2557; 10(1): 80-92.
17. พนมพร จันละอ, นรินทร์ จินดาเวช, วิสาขา บุญทศ. ผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยาพ่นและสมรรถภาพปอด ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารวิมโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. 2559; 36(2): 45-51.

Received: 18 Feb 2020, Revised: 13 Mar 2020,

Accepted: 14 Apr 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ชนกพร ภูมิการีย์^{1,*} วรพจน์ พรหมสัตยพรต² ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 169 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการดำเนินงานครั้งนี้ ทำให้ได้กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมใหม่ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ทันเวลา และครบถ้วน โดยจากการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ พบว่า อัตราความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการผู้ป่วยในเท่ากับร้อยละ 93.33 สามารถส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในได้ทันเวลาที่กำหนดร้อยละ 100.00 และหลังจากการพัฒนาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งจากกระบวนการพัฒนาส่งผลให้การเบิกชดเชยและขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินงานไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

*Corresponding author: rio5@hotmail.co.th

*Original Article***The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of Prasimahabhodi Psychiatric Hospital Ubonratchathani Province**Chanokporn Pumkaree^{1,*}, Vorapoj Promasatayapot², Phadoongsit Chumanaborirak³**Abstract**

This study action research to develop a medical service reimbursement in diagnosis related group of prasimahabhodi psychiatric hospital ubonratchathani Province. The target population of this study are 169 people. Qualitative and quantitative data analysis. Knowledge, work methods, satisfaction and participation using the program. Descriptive statistics frequency, percentage, mean, and standard deviation. And qualitative data analysis by content analysis. The results revealed to new method of medical service reimbursement in diagnosis related group, and develop a data quality. Data is accuracy, timeliness and completeness. Disease coding accuracy rate is 93.33% . The reimbursement processing was timely in 100% . After development, target population have more knowledge, work methods, participation and satisfaction about medical service reimbursement in diagnosis related group in statistical significant, and development result in for reducing in medical service reimbursement to be effective and sustainable.

Keyword: Medical Service Reimbursement Diagnosis Related Group¹ 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: rio5@hotmail.co.th

บทนำ

ระบบการเงินการคลังเป็นกลไกที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนพัฒนาบริการสุขภาพของประชาชน รายได้ส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลมาจากส่วนกลางผ่านกลไกการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการ ใช้กลไกการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการรักษาผู้ป่วยใน โดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) เป็นระบบกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพโดยการเหมาจ่ายตามรายป่วย ซึ่งคำนึงถึงความหนักเบาของแต่ละโรคที่แตกต่างกัน จึงเหมาตามความรุนแรงของผู้ป่วยที่มาในแต่ละครั้ง¹ ปัจจุบันประเทศไทย ใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเครื่องมือสำคัญในการพิจารณาจ่ายเงินให้สถานพยาบาลกรณีรักษาผู้ป่วยใน ในระบบประกันสุขภาพรัฐสามารถหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้ง 3 ระบบจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาสำหรับบริการผู้ป่วยในโดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight : RW) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมคูณด้วยอัตราฐาน (Base rate) ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์จึงเป็นชุดตัวเลขที่สถานพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ความสนใจมากเพราะหมายถึงจำนวนเงินที่สถานพยาบาลจะได้รับตามข้อตกลงกับกองทุนประกันสุขภาพ²

จากข้อมูลต้นทุนในการรักษายาบาลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วย 1 รายมีต้นทุนในการรักษาสูงมากโดยเฉพาะค่ายาและต้นทุนในการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน³ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต ได้มีการดำเนินการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ซึ่งจัดทำข้อมูลตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข

การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอนนานสูงสุดเท่ากับ 1,337 วัน ซึ่งเป็นผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีจำนวนวันนอนนานและไม่สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้ ในระยะวันนอนที่นานเกินเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴ อีกทั้งยังพบว่าข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระยะเวลา 6 เดือนย้อนหลัง ในเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 สามารถเบิกได้เฉลี่ยร้อยละ 52.89 ซึ่งพบว่ามีส่วนต่างจากค่าใช้จ่ายจริงที่ไม่สามารถเบิกได้มากถึงร้อยละ 47.11 การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยการพัฒนาข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนภายในโรงพยาบาล และการดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้ทันเวลาและถูกต้อง แต่ในการจัดทำข้อมูลนั้นยังมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อปริมาณเงินที่สามารถเบิกชดเชยคืนมาได้ โดยจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานพบว่า การจัดทำข้อมูลยังขาดความครบถ้วนของข้อมูล เนื่องจากยังไม่ได้มีกระบวนการตรวจสอบ ทั้งในเรื่องของการให้รหัสทางแพทย์ ซึ่งจากการสุ่มตรวจการให้รหัสทางการแพทย์ในส่วนของผู้ป่วยใน พบว่าร้อยละของการให้รหัสถูกต้องในปีงบประมาณ 2559 เท่ากับ 79.80 และยังขาดกระบวนการตรวจสอบข้อมูลของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนการส่งข้อมูล อีกทั้งระยะเวลาของการส่งข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการจัดทำข้อมูลก็พบว่ายังมีความล่าช้า โดยในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ

กรมบัญชีกลางที่มีการส่งเบิกข้อมูลช้ากว่าวันที่กำหนด ซึ่งในกรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะลดอัตราการจัดจ่ายชดเชย และพบปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้องในระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินการต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

จากการทบทวนข้อมูลกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและปัญหาที่พบจากกระบวนการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาการเบิกชดเชยให้ได้มากยิ่งขึ้น และนำทรัพยากรด้านการเงินมาบริหารโรงพยาบาลในการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน⁵ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษา ร่วมกันค้นหาปัญหาทำให้เข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้ ได้กำหนดบุคลากรในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มี

ส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข สุข เป็น ผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ฝ้ายศูนย์ประกันสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในเจ้าหน้าที่เวชสถิติ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นกลุ่มคณะดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย และส่วนที่ 2 เป็นผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม รวมทั้งสิ้น 169 คน

เครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามโดยการสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาและประเด็นคำถามที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ดังนี้

2.1) แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มคณะดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย ครอบคลุมเนื้อหา ลักษณะทางประชากร การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

2.2) แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ครอบคลุมเนื้อหา ลักษณะทางประชากร ความรู้และการปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

คุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำและทดลองใช้ (Try Out) นำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอ

นบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.76 ส่วนข้อคำถามด้านความรู้นำมาวิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder – Richardson (KR-20) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการประมวลผลข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและจัดหมวดหมู่ตามประเด็น

จริยธรรมงานวิจัย ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ออกหนังสือใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 140/256 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2562

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

ข้อมูลบริบทและการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลขนาด 600 เตียง จำนวนเตียงใช้จริงทั้งหมด 390 เตียง การดำเนินงานภายในโรงพยาบาลมีกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมและนโยบายในหลายด้าน ซึ่งในแต่ละด้านนั้นต้องดำเนินการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ จึงต้องมีระบบการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง ทางโรงพยาบาลได้มีการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จัดทำการเบิกชดเชยในกรณีผู้ป่วย

ใน หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent Date) การจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อขอรับการชดเชย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2560 การดำเนินงานพบว่า มีการส่งเบิกข้อมูลช้ากว่าวันที่กำหนด ซึ่งในกรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะลดอัตราการจ่ายชดเชย ซึ่งพบว่าในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 276 ราย ที่ส่งเบิกช้ากว่ากำหนดเกิน 30 วัน และถูกหักการเบิกจ่ายชดเชย จำนวน 5% อีกทั้งยังพบปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้องในระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินการต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จากข้อมูลบริบทและการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม นำไปสู่วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การวางแผน (Planning) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลศึกษาบริบทและสถานการณ์ และเตรียมผู้ดำเนินงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องและแต่งตั้งคณะทำงาน และประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงาน

2) การปฏิบัติการตามแผน (Action) โดยนำแผนการดำเนินงานไปสู่การปฏิบัติ

3) การสังเกตผล (Observation) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม และการประเมินผลการดำเนินการพัฒนา

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยสะท้อนผลเพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาแต่ละ แผนงาน โครงการ และกิจกรรมต่าง ๆ โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติ และการถอดบทเรียนด้วยการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR)

จากการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้ได้กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และได้จัดทำแผนการดำเนินงาน ภายใต้อำนาจประกอบของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ดังนี้ 1) ความถูกต้อง (Accuracy) โดยจัดทำโครงการอบรมแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10 และการพัฒนาความรู้ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และดำเนินการตรวจสอบ Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสเหตุการณ์) 2) ความทันเวลา (Timeliness) เพื่อการส่งข้อมูลให้ทันตามเวลาที่กำหนด มีการพัฒนากระบวนการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน และวางแผนการพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถดึงรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim) และ 3) ความครบถ้วน (Completeness) โดยมีการทบทวนต้นทุนและ

ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมผู้ป่วยใน และการตรวจสอบข้อมูลในโปรแกรม DRGIndex เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องก่อนการส่งต่อข้อมูล เพื่อป้องกันการไม่ผ่านการตรวจสอบขั้นต้นของ สปสช. (ติด C)

ผลการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ผู้วิจัยได้ติดตามผลการดำเนินงาน โดยได้ประเมินผลการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ความรู้ และการปฏิบัติงาน โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม การวิจัยครั้งนี้ได้ผลการประเมินตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 กลุ่มคณะดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย ประเมินผลการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หลังการพัฒนาโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.90$, $SD = 0.11$) ดังตารางที่ 1 และความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) หลังการพัฒนาโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.82$, $SD = 0.12$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกรายด้าน

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านการตัดสินใจและวางแผน	2.42	0.34	มาก	2.80	0.18	มาก
2. ด้านการปฏิบัติการ	2.24	0.41	ปานกลาง	2.74	0.20	มาก
3. ด้านการรับผลประโยชน์	2.36	0.56	มาก	2.78	0.17	มาก
4. ด้านการประเมินผล	2.19	0.42	ปานกลาง	2.68	0.26	มาก
การมีส่วนร่วมในภาพรวม	2.30	0.37	ปานกลาง	2.90	0.11	มาก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกรายด้าน

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านโครงสร้าง	2.40	0.44	มาก	2.91	0.15	มาก
2. ด้านกระบวนการ	2.35	0.24	มาก	2.82	0.21	มาก
3. ด้านความพึงพอใจทั่วไป	2.31	0.19	ปานกลาง	2.77	0.20	มาก
4. ด้านความสะดวกสบาย	2.29	0.43	ปานกลาง	2.80	0.21	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวม	2.34	0.24	มาก	2.82	0.12	มาก

ส่วนที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยได้ประเมินผลความรู้และการปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมซึ่งพบว่า หลังการพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น โดยหลังการพัฒนาข้อที่ได้คะแนนสูงที่สุดคือ กรณีส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา ไม่มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล ตอบถูกจำนวน 162 คน (ร้อยละ 95.86) รองลงมาคือ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีผลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขหน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ตอบถูกจำนวน

161 คน (ร้อยละ 95.27) และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีเลขประจำตัวประชาชนก็สามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าได้ ตอบถูกจำนวน 138 คน (ร้อยละ 81.66) และหลังการพัฒนามีระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง จำนวน 140 คน (ร้อยละ 82.84) รองลงมาคือระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 17.16) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ดังตารางที่ 3 และการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หลังการพัฒนาโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.70, SD = 0.16) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความทันเวลาใน

กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ($\bar{X}$ = 2.74, SD = 0.17) รองลงมาได้แก่ ด้านความครบถ้วนในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ($\bar{X}$ = 2.73, SD = 0.21) ส่วนด้าน

ความถูกต้องในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 2.63, SD = 0.25) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติงานมาก	131	77.50	167	98.82
ระดับการปฏิบัติงานปานกลาง	38	22.50	2	1.18

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายด้าน

การปฏิบัติงาน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านความครบถ้วน	2.69	0.26	มาก	2.73	0.21	มาก
2. ด้านความถูกต้อง	2.60	0.33	มาก	2.63	0.25	มาก
3. ด้านความทันเวลา	2.43	0.39	มาก	2.74	0.17	มาก
การปฏิบัติงานในภาพรวม	2.58	0.27	มาก	2.70	0.16	มาก

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

1) การให้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและบุคลากรภายในโรงพยาบาล เข้าใจบทบาทหน้าที่ และเห็นถึงความสำคัญในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

2) การร่วมกันวางแผนการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ เพื่อเป็นไปตามหลักเกณฑ์การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

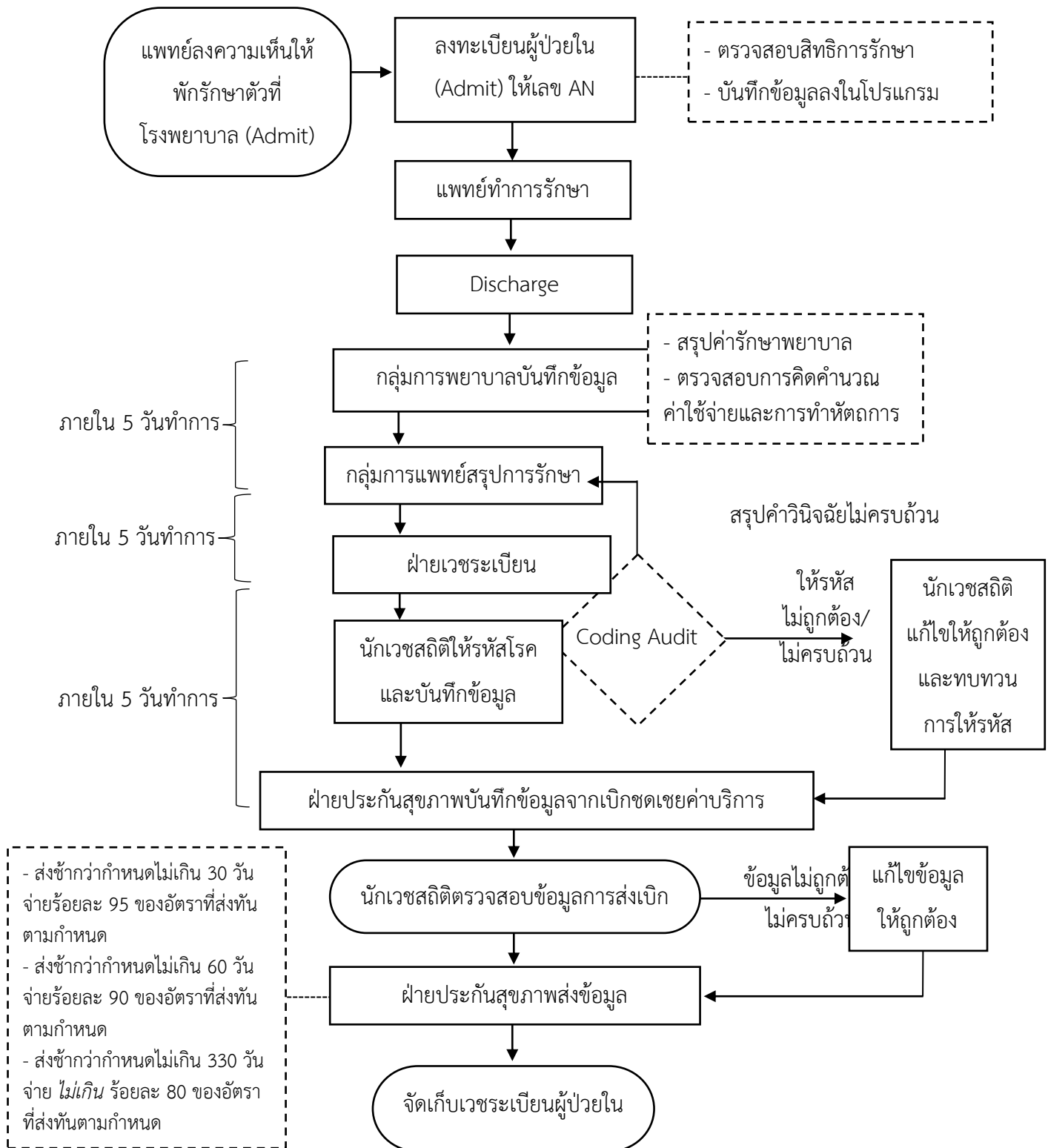
3) มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้เบิกชดเชยค่าบริการ

สาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลามากขึ้น

4) มีกระบวนการติดตามข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อนำมาจัดทำข้อมูลในการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลามากยิ่งขึ้น

5) มีการติดตาม ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จากการดำเนินงานตามกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนของกระบวนการ โดยอธิบายดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการดำเนินการในครั้งนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ร่วมกันพัฒนาและ สามารถกำหนดแผนการทำงานและนำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ พบว่าทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข และทำให้สามารถเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขได้เพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สัมพันธ์ ศรีหนูขำ และคณะ⁶ ได้ทำการศึกษาการสรุปรหัสคำวินิจฉัยโรค หัตถการ และการผ่าตัดของคำรักษาพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม พบว่าการวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์ ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในการสรุป คำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดที่มีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ และทำให้โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บคำรักษาพยาบาลได้ใกล้เคียงตามความเป็นจริงมากขึ้น

ผลจากการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข พบว่า หลังการพัฒนา มีระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิรุฬห์พร แสงแพง⁷ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง โดยพบว่าระดับความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

ผลการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหลังการพัฒนา พบว่าระดับการปฏิบัติงานในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.70, SD = 0.16) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ($\bar{X}$ =

2.74, SD = 0.17) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อีกทั้งจากการพัฒนาทำให้สามารถส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้ทันเวลามากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญประภา พรศรีเมตต์ และกนกรัตน์ ไสยเลิศ⁸ ได้ศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ Diagnosis Related Groups พบว่า ได้ดำเนินการประเมินผลลัพธ์ความทันเวลาของการส่งเวชระเบียนในแต่ละจุดภายหลังการพัฒนา จากการประเมินผลจากเวชระเบียนทั้งหมดพบว่า ความล่าช้าน้อยลงทำให้สามารถส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้ทันเวลามากขึ้น

ส่วนปัจจัยในความสำเร็จจากการถอดบทเรียนพบว่า การดำเนินการตามแผนงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการดำเนินงานบุคลากรภายในโรงพยาบาล มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และเห็นถึงความสำคัญในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และการร่วมกันวางแผนการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากการให้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและบุคลากรภายในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ วิลาสินี จิตตคณ⁹ ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการเวชระเบียนเพื่อลดความสูญเสียในการขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขกองทุนย่อยผู้ป่วยในระดับเขตของโรงพยาบาลคูเมือง อำเภอกูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งพบว่าปัจจัยในความสำเร็จเกิดจากทุกวิชาชีพหรือผู้เกี่ยวข้องมีความตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาร่วมกัน มีเป้าหมายของการแก้ปัญหาไปในแนวทางเดียวกันและมีจุดหมายหรือเห็นผลลัพธ์ภายหลังการแก้ปัญหาแล้วเสร็จร่วมกัน มีความยินดีที่จะร่วมรับการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของวิชาชีพของตนและมีความพร้อมที่จะแก้ไขข้อบกพร่องที่พบอย่างเต็มความสามารถ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) นโยบายจากผู้บริหาร มีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการได้ดียิ่งขึ้น ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญ

รวมทั้งกำหนดนโยบายและการดำเนินงานในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

2) ควรสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถดึงรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim)

3) ควรมีการส่งเสริมอัตรากำลังใจและส่งเสริมความเข้าใจให้แก่บุคลากรในเรื่องของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

4) ควรมีการส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อให้มีความยั่งยืนยิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. วรพจน์ พรหมสัตยพรต. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 13. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์; 2560.
2. ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การเปลี่ยนแปลงสำคัญในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ 6.1. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
3. อรทัย เขียวเจริญ, สุภสิทธิ์ พรณารุณพิทย, ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร, เบ็ญจมาศ พงษ์กานนท์ และนิชนันท์ รอดเนียม. การพัฒนากลุ่มโรค
- ร่วมผู้ป่วยในจิตเวช ฉบับที่ 3. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(1): 95-112.
4. ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Curative Services). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2560.
5. วีระยุทธ์ ชาทะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2558; 2(1): 43-49.
6. สัมแป้น ศรีหนูขำ และคณะ. การศึกษาการสรุปรหัสคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของคำรักษาพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. สังคมศาสตร์บูรณาการ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2557) หน้า 113-131.
7. พิรุฬห์พร แสนแพง. การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2555.
8. เพ็ญประภา พรศรีเมตต์, กนกรัตน์ ไสยเลิศ. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ Diagnosis Related Groups. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2559; 25(5): 15-25.
9. วิลาสินี จิตคตติ. การพัฒนารูปแบบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนย่อยผู้ป่วยในระดับเขตของโรงพยาบาลคูเมือง อำเภอกูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2556; 7(1): 86-92.

Received: 30 Sep 2019, Revised: 2 Mar 2020,

Accepted: 10 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่น

เสาวณีย์ ตรีเดช^{1,*} พาณิ สัตกะสิน² เขาว์ โธณแสง³

บทคัดย่อ

การศึกษาการวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนประสมทางการตลาดบริการตามความคิดเห็นของผู้รับบริการ ระดับความสำคัญของการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ ตามกระบวนการตัดสินใจผู้รับบริการ และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อผลการตัดสินใจใช้บริการ ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่รับบริการทุกวัน เวลา 8.00-20.00 น. จำนวน 34,924 คนต่อปี การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ คำนวณได้จำนวน 380 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนประสมการตลาด และการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ด้วยค่าความตรง 0.83 และความเที่ยง 0.97 สถิติที่ใช้คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 246 คน อายุเฉลี่ย 41.14 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มีรายได้เฉลี่ย 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง เป็นผู้ป่วยเก่า ใช้บริการแผนกอายุรกรรมมากที่สุด ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมการตลาดอยู่ในระดับมาก ระดับความสำคัญของการตัดสินใจใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านการค้นหาข้อมูลอยู่ในระดับมาก ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลในทิศทางเดียวกันต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ คืออาชีพธุรกิจส่วนตัวค้าขาย การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีและประสบการณ์การเข้ารับบริการ และปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดมีอิทธิพลในทิศทางเดียวกันต่อการตัดสินใจใช้บริการประกอบด้วยด้านผลิตภัณฑ์และบริการ ด้านลักษณะทางกายภาพ ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านราคา และด้านการส่งเสริมการตลาด

คำสำคัญ ส่วนประสมทางการตลาด บริการของโรงพยาบาล กระบวนการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาล

¹ ผู้จัดการแผนกผู้ป่วยในชั้น 7 โรงพยาบาลขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Corresponding author: kou_i_narak@hotmail.com

*Original Article***Factors Affecting Decision-Making Process to Use Services of
Khonkaen Ram Hospital**Saowanee Treedach^{1,*} Panee Sitakalin² Chow Rojanasang³**Abstract**

The objectives of this survey research to study: personal factors; the level of Marketing Mix Factor of client's opinions; the level of client's decisions on choosing service; the personal factors, and the factors Marketing Mix that influence client's decisions. The population was 34,924 clients per year who visited the Out Patient Department everyday between 08.00 am. and 08.00 pm. 380 clients were as the systematic random sampling. The administrated questionnaires about personal factor, marketing mix factors, and the decisions on choosing service were used as the instrument. The validity was 0.83, and the reliability was 0.97. Mean, percentage, standard deviation and multiple regression were used to analyze the data. This study showed that: (1) Most clients were female 246 averaged aged was 41.14 years, graduated in bachelor degrees or equivalence, was the owner business or doing business, average salary between 10,001-20,000 baht per month, self-pay, the old patient, and most visited the medicine department. (2) The overall of mix marketing factors were in the highest level excepted place and promotion were at the high level. (3) The overall of client's decisions were in the highest level accepted the area of the information search was in the high level. (4) The personal factors: owner business graduated higher than bachelor degrees and had experiences visit the services are influence client's decisions. and the factors Marketing Mix: product and services, physical evidence, process price and promotion are influence client's decisions.

Keywords: Marketing Mix Factors, Decisions Process, Clients' Decision Making Hospital Services

¹ Inpatient Department Manager of 7th floor, Khonkaen Ram Hospital

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

³ Association Professor, School of Management Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*Corresponding author: kou_i_narak@hotmail.com

บทนำ

จากสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เข้าสู่ยุคข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้ทุกองค์กรต้องตื่นตัวและปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อความอยู่รอดขององค์กร โรงพยาบาลก็เป็นอีกหนึ่งองค์กร ที่นอกจากจะมีภารกิจหลักในการให้บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงแล้ว ยังจำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพไม่ต่างไปจากองค์กรอื่น ๆ มิเช่นนั้น ก็เป็นการยากที่จะส่งมอบบริการที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงได้¹ โดยเฉพาะการบริหารจัดการในโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องแบกรับต้นทุนเองทั้งหมด จะเห็นได้จากจุดเปลี่ยนสำคัญหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจต้มยำกุ้งปี 2540 ที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องมีการปรับตัวอย่างรวดเร็ว โดยนอกจากจะมุ่งเน้นในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องแล้ว การปรับตัวที่ยังคงมีอิทธิพลต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันนั้นก็คือ การเจาะกลุ่มลูกค้าเฉพาะโรคและสร้างความแตกต่างให้กับบริการโดยการเป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่างๆ ด้วยบริการที่ครบวงจรจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการนำเอาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเข้ามามีส่วนร่วมช่วยให้การวินิจฉัยและรักษา รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนาในแต่ละด้านต้องใช้งบประมาณในปริมาณที่มากและมีความเสี่ยงสูง

จากกระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผลักดันให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนก้าวเข้าสู่รูปแบบของธุรกิจสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นรูปแบบธุรกิจที่กำลังมาแรงและเติบโตได้ดี จากภาพรวมสถานการณ์ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ณ ไตรมาส 3 ปี 2560 เติบโตได้ดี สะท้อนจากโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์มีกำไรสุทธิสูงถึงร้อยละ 17.6 ซึ่ง

ในปี 2559 อยู่ที่ร้อยละ 15.3² โดยมีปัจจัยสนับสนุนมาจาก 1) กระแสความนิยมการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น (ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบหรือมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศในปี 2564) ทำให้เกิดความต้องการใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย 2) การสนับสนุนจากนโยบายภาครัฐ เพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ของเอเชีย โดยกำหนดและดำเนินการตามแผนพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) พ.ศ. 2559-2568 3) การเปิดเสรีทางการค้าหรือประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asian Economic Community: AEC) 4) ความมีชื่อเสียงของโรงพยาบาลเอกชนของไทย ซึ่งเป็นที่ยอมรับในเรื่องคุณภาพการรักษา การบริการ และค่ารักษาพยาบาลที่ถูกกว่าประเทศอื่นๆ และยังได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) ถึง 50 แห่ง ซึ่งมากกว่าทุกประเทศในภูมิภาคนี้²

เหตุผลข้างต้น ทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ยังคงเติบโตได้อย่างต่อเนื่องและมีช่องทางในการขยายกลุ่มลูกค้าอีกมาก แต่ในขณะเดียวกันการแข่งขันทั้งในประเทศและต่างประเทศก็สูงตามด้วยเช่นกัน ข้อมูลจากสำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2560 จำนวนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยค้างคืนในประเทศไทย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2555 ที่มีจำนวน 323 แห่ง เป็น 350 แห่ง

ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน สำหรับภาครัฐนั้นประกอบไป

ด้วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งอยู่ระหว่างจัดตั้งศูนย์การแพทย์ชั้นเลิศ เป้าหมายเพื่อเป็น Medical Hub ที่ใหญ่ที่สุดในอาเซียน และโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด ส่วนในภาคเอกชน นอกจากโรงพยาบาลขอนแก่นแล้ว ยังมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ตั้งอยู่ภายในพื้นที่ใกล้เคียงกันอีก 1 แห่ง และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอีก 1 แห่งที่เพิ่งจดทะเบียนเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ โรงพยาบาลขอนแก่น มีวิสัยทัศน์คือเป็นโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีพันธกิจที่สามารถให้การรักษารักษาโรคซับซ้อน ด้วยมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและก่อปรด้วยจรรยาบรรณ มีการพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งการที่ผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจสูงสุดได้นั้น จำเป็นที่จะต้องรับรู้และเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการ โดยในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดเรื่อง ส่วนประสมทางการตลาดเข้ามาใช้ในการบริหารงานธุรกิจบริการมากขึ้น นับเป็นแนวคิดการตลาดสมัยใหม่ ที่เป็นเครื่องมือทางการตลาดเพื่อสร้างความพอใจ ความเชื่อถือศรัทธาในกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย ให้ลูกค้าเลือกใช้บริการ ถือเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำหนดลักษณะของบริการให้มีคุณค่า เพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ³

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา เรื่องอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เสนอแก่ผู้บริหาร ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์บริหารงานของโรงพยาบาล ในแง่ของการกำหนดกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย การกำหนดลักษณะบริการให้ตรงกับความต้องการ

ของผู้รับบริการและการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับบริการโรงพยาบาลขอนแก่นส่วนประสมทางการตลาดบริการตามความคิดเห็นของผู้รับบริการระดับความสำคัญของการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพตามกระบวนการตัดสินใจผู้รับบริการ และอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยการออกแบบแบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขอนแก่น โดยจำนวนประชากรที่นำมาศึกษาได้จากการนำข้อมูลประชากรเป็นจำนวนรายที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2561 จากหน่วยงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลจำนวน 34,924 คนต่อปี

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 380 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบตามช่วงเวลา ตั้งแต่เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาโดยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับบริการตามแนวคิดปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ส่วนที่ 3 ความสำคัญของการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งนี้ในการ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหาซึ่งมีค่าความตรง 0.83 จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการวิจัยจำนวน 30 คน และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า เลขที่ CTIREC 021/62 จากนั้นประชุมเตรียมผู้ช่วยงานวิจัยจำนวน 4 คน แล้วทำการแจกแบบสอบถามและหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรักษาความลับและการทำลายข้อมูลเมื่อทำการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำคู่มือลงรหัส (Code Book) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติที่ใช้ในการพรรณนาข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และใช้พรรณนาข้อมูลปัจจัยส่วน

ประสมการตลาดของธุรกิจบริการและกระบวนการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ส่วนสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (7Ps) ที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาล ขอนแก่น กรม ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้น ตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า 1) ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.7 อายุเฉลี่ย 41.14 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 50.5 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 26.8 รายได้เฉลี่ย 10,001-20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.4 ส่วนใหญ่ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง คิดเป็นร้อยละ 60.3 เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยมาใช้บริการกับทางโรงพยาบาลแล้ว ร้อยละ 69.7 ในจำนวนนี้ มาใช้บริการเป็นครั้งคราวเมื่อยามเจ็บป่วย ร้อยละ 52.4 แผนกที่มาใช้บริการมากที่สุด คือ แผนกอายุกรรมคิดเป็นร้อยละ 40.3 แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (n=380)	ร้อยละ
เพศ	- ชาย	134	35.3
	- หญิง	246	64.7
อายุ	- 20-39 ปี	189	49.7
	- 40-59 ปี	146	38.4
	- มากกว่า 60 ปี	45	11.9

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=380)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.14 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.85 ค่าสูงสุดเท่ากับ 81 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 20		
การศึกษา		
- ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	64	16.8
- มัธยมศึกษา	60	15.8
- ปวช./ ปวส. /อนุปริญญา	47	12.4
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	192	50.5
- สูงกว่าปริญญาตรี	17	4.5
อาชีพ		
- นักเรียน/นักศึกษา	41	10.8
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	49	12.9
- พนักงานหรือลูกจ้างบริษัท	86	22.6
- ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	102	26.8
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	43	11.3
- เกษตรกร	47	12.4
- อื่นๆ (ลูกจ้างในหน่วยงานราชการ ว่างาน)	12	3.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- ไม่เกิน 10,000 บาท	73	19.2
- 10,001 - 20,000 บาท	142	37.4
- 20,001 - 30,000 บาท	71	18.7
- 30,001 - 40,000 บาท	44	11.6
- 40,001 บาท ขึ้นไป	50	13.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ จำแนกตามลักษณะการใช้บริการ

ลักษณะการใช้บริการ	จำนวน (n=380)	ร้อยละ
สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
- ชำระเงินเอง	229	60.3
- ประกันสุขภาพกับบริษัทประกันเอกชน	68	17.9
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	41	10.8
- เบิกสวัสดิการพนักงานบริษัท	30	7.9
- อื่นๆ (ประกันสุขภาพกับบริษัทประกันเอกชน ร่วมกับข้าราชการ)	12	3.2

ลักษณะการใช้บริการ	จำนวน (n=380)	ร้อยละ
ประสบการณ์การเข้ารับบริการ		
- ผู้ป่วยใหม่	115	30.3
- ผู้ป่วยเก่า	265	69.7
☐ เป็นครั้งแรกเมื่อมาเจ็บป่วย	199	52.4
☐ อย่างต่อเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วย กลุ่มอาการหรือโรคเรื้อรัง	66	17.4
แผนกที่มาใช้บริการมากที่สุด		
- สูติ-นรีเวช	15	3.9
- ศัลยกรรม	52	13.7
- ศัลยกรรมกระดูก	80	21.1
- อายุรกรรม	153	40.3
- กุมารเวช	46	12.1
- อื่นๆ (จักษุ หูคอจมูก ทันตกรรม ตรวจสุขภาพ)	34	8.9

2) ระดับความคิดเห็นโดยรวมของผู้รับบริการ แยกตามส่วนประสมทางการตลาด (7 Ps) ผู้รับบริการมีความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.35$, $S.D.=0.37$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านบุคลากร ($\bar{x}=4.72$, $S.D.=0.43$) รองลงมาคือ ด้านผลิตภัณฑ์และ

บริการ ด้านลักษณะทางกายภาพ ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านราคา และด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ($\bar{x}=4.66$, 4.66 , 4.65 , 4.25 , 3.82 , $S.D.=0.40$, 0.45 , 0.47 , 0.60 และ 0.87 ตามลำดับ) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการส่งเสริมการตลาด ($\bar{x}=3.71$, $S.D.=0.79$) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($S.D.$) ตามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดของผู้รับบริการ แยกรายด้าน

ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{x}$	$S.D.$	แปลผล
ด้านบุคลากร	4.72	0.43	มากที่สุด
ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ	4.66	0.40	มากที่สุด
ด้านลักษณะทางกายภาพ	4.66	0.45	มากที่สุด
ด้านกระบวนการให้บริการ	4.65	0.47	มากที่สุด
ด้านราคา	4.25	0.60	มากที่สุด
ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย	3.82	0.87	มาก
ด้านการส่งเสริมการตลาด	3.71	0.79	มาก
รวม	4.35	0.37	มากที่สุด

3) ระดับความสำคัญของการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.41$, $S.D.=0.41$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับรู้ปัญหา ($\bar{x}=4.63$, $S.D.=0.47$) รองลงมา คือ ด้านการประเมินทางเลือก ด้านพฤติกรรมหลังการมาใช้บริการ

และด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ตามลำดับ ($\bar{x}=4.61$, 4.46 , 4.30 , $S.D.=0.51$, 0.56 , 0.56 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและเป็นเพียงด้านเดียวที่มีระดับความสำคัญของการตัดสินใจอยู่ในระดับมากคือ ด้านการค้นหาข้อมูล ($\bar{x}=4.06$, $S.D.=0.68$) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($S.D.$) ของระดับความสำคัญของการตัดสินใจของผู้รับบริการ ตามกระบวนการตัดสินใจ แยกตามรายด้าน

กระบวนการตัดสินใจใช้บริการ	ระดับความสำคัญ		
	$\bar{x}$	$S.D.$	แปลผล
การรับรู้ปัญหา	4.63	0.47	มากที่สุด
การประเมินทางเลือก	4.61	0.51	มากที่สุด
พฤติกรรมหลังการมาใช้บริการ	4.46	0.56	มากที่สุด
การตัดสินใจเลือกใช้บริการ	4.30	0.56	มากที่สุด
การค้นหาข้อมูล	4.06	0.68	มาก
รวม	4.41	0.41	มากที่สุด

4) ตัวแปรด้านอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี และประสบการณ์การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการ โรงพยาบาลขอนแก่นราม ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แสดงดังตารางที่ 5 และสามารถพยากรณ์การตัดสินใจเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลขอนแก่นรามได้ โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ร้อยละ 8.3 นั่นคือ ถ้าเราทราบ

ค่าของ ตัวพยากรณ์หรือตัวแปรทั้ง 3 ตัว จะสามารถคาดคะเนค่าการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลขอนแก่นราม ได้จากสมการถดถอยดังนี้

$$Y = 4.432 + 0.151(\text{คะแนนด้านอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย}) - 0.317(\text{คะแนนด้านศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี}) - 0.137(\text{คะแนนด้านประสบการณ์การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยรายใหม่}); R^2 = 0.083$$

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่นราม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวพยากรณ์	b	S_b	Beta	t	p
1. อาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	.151	.046	.162	3.257	.001
2. การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี	-.317	.099	-.159	-3.208	.001
3. ประสบการณ์การเข้ารับบริการ(ผู้ป่วยรายใหม่)	-.137	.045	-.152	-3.054	.002

$R^2 = 0.083$, ค่าคงที่ = 4.432

5) ตัวแปรด้านผลิตภัณฑ์และบริการ ด้านลักษณะทางกายภาพ ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านราคา และด้านการส่งเสริมการตลาด มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แสดงดังตารางที่ 6 และสามารถใช้พยากรณ์การตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่นได้ โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ร้อยละ 51.5 นั่นคือ ถ้าเราทราบค่าของ ตัวพยากรณ์

หรือตัวแปรทั้ง 5 ตัว จะสามารถคาดคะเนค่าการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลขอนแก่นได้จากสมการถดถอยดังนี้

$$Y = 0.698 + 0.240(\text{คะแนนด้านผลิตภัณฑ์/บริการ}) + 0.198(\text{คะแนนด้านลักษณะทางกายภาพ}) + 0.166(\text{คะแนนด้านกระบวนการให้บริการ}) + 0.120(\text{คะแนนด้านราคา}) + 0.106(\text{คะแนนด้านการส่งเสริมการตลาด}); R^2 = 51.5$$

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่น โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวพยากรณ์	b	S _b	Beta	t	p
1. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดคะแนน ด้านผลิตภัณฑ์/บริการ	.240	.044	.237	5.404	.000
2. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ด้านลักษณะทางกายภาพ	.198	.040	.220	4.974	.000
3. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ด้านกระบวนการให้บริการ	.166	.041	.191	4.055	.000
4. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ด้านราคา	.120	.028	.176	4.234	.000
5. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ด้านการส่งเสริมการตลาด	.106	.020	.203	5.360	.000

$R^2 = 0.515$, ค่าคงที่ = 0.698

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่น (รวมทุกด้าน)

อาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ผู้รับบริการประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.8 อาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษายาบาลอาจทำให้การประกอบอาชีพนั้นหยุดชะงัก ส่งผลต่อรายได้ซึ่งจะ

นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้นในกระบวนการตัดสินใจว่าจะเลือกใช้บริการโรงพยาบาลใดนั้น อาจต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนก่อนการตัดสินใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยมาศ จำรัสธนสาร⁴ ที่ได้ศึกษา ปัจจัยส่วนประสมการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในการเลือกใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อาชีพ และสิทธิการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ

การศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ผู้รับบริการกลุ่มที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีเป็นกลุ่มที่น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.5 แต่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการ โรงพยาบาลขอนแก่นราม (รวมทุกด้าน) เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูง มักจะมีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ หรือการพินิจพิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียค่อนข้างมากก่อนการตัดสินใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของชูชาติ ไชยพิน⁵ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยส่วนประสมการตลาดในการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสถานพยาบาลเอกชนฝั่งธนบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีให้ความสำคัญต่อปัจจัยส่วนประสมการตลาดในการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ สูงกว่าผู้ป่วยที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.

ประสบการณ์การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยใหม่ที่มาใช้บริการเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 30.3 สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการ จึงต้องมีการค้นหาข้อมูลผลิตภัณฑ์และบริการของโรงพยาบาล จากแหล่งข้อมูลอื่นแทน ทำให้ต้องใช้ความละเอียด รอบคอบหรือศึกษาข้อมูลมากเป็นพิเศษก่อนการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ผู้บริโภคกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มสำคัญ ที่ทางโรงพยาบาลต้องสร้างความประทับใจหรือความรู้สึกถึงคุณค่าของบริการให้เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดี และกลับมาใช้บริการซ้ำอีก

2) อิทธิพลของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจใช้บริการ โรงพยาบาลขอนแก่นราม

ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ ระดับความคิดเห็นของผู้รับบริการในด้านผลิตภัณฑ์/บริการ

ทั้งในภาพรวมและการพิจารณารายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ และมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ โรงพยาบาลมีเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการตรวจรักษาและให้บริการ และโรงพยาบาลมีบริการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมความเจ็บป่วยทุกโรคที่ท่านต้องการ อาจเป็นเพราะธรรมชาติของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ย่อมต้องการหายจากการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องการย้ายหรือเปลี่ยนโรงพยาบาลหลายครั้ง จึงเลือกโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในการวินิจฉัยและรักษา ซึ่งโรงพยาบาลขอนแก่นราม เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางหลากหลายสาขา แสดงถึงผลิตภัณฑ์นั้นต้องมีอรรถประโยชน์และคุณค่าในสายตาของลูกค้าจึงจะทำให้ผลิตภัณฑ์นั้นสามารถขายได้³ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yaghubian และคณะ⁶ ได้ศึกษาอิทธิพลของส่วนประสมการตลาดต่อความโน้มเอียงของผู้ป่วยในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลประกันสังคมในเมือง Mazandaran ประเทศอิหร่าน พบว่า ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ปัจจัยด้านกระบวนการและการบริการ มีอิทธิพลต่อความโน้มเอียงของผู้ป่วยในการเลือกใช้บริการแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ร้อยละ 28.7 ปัจจัยการบริการและโปรโมชั่น มีอิทธิพลต่อความโน้มเอียงของผู้ป่วยในการเลือกใช้บริการแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลประกันสังคม โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ร้อยละ 33.3

ด้านลักษณะทางกายภาพ ระดับความคิดเห็นของผู้รับบริการในด้านลักษณะทางกายภาพ ทั้งในภาพรวมและการพิจารณารายข้อ

อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อที่ผู้ให้บริการให้ความสำคัญมากที่สุด คือ โรงพยาบาลมีสถานที่ภายในตัวอาคารที่มีความโล่งโปร่งสบาย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ มีป้ายบอกสถานที่ชัดเจนและรู้สึกปลอดภัยในชีวิต มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานที่นั่งรอตรวจมีเพียงพอ ห้องน้ำสะอาดและเพียงพอ เนื่องจากลักษณะทางกายภาพเป็นสิ่งที่จับต้องได้ เป็นการนำเสนอให้เห็นเป็นรูปธรรม ที่ผู้ให้บริการจะใช้เป็นเครื่องหมายแทนคุณภาพของการให้บริการ เป็นสิ่งที่สร้างความประทับใจให้กับผู้ให้บริการ ประกอบกับเนื่องจากโรงพยาบาลขอนแก่นรามเป็นโรงพยาบาลเอกชน ผู้ใช้บริการจึงให้ความสำคัญกับความสะอาดและสะดวกสบายของสถานที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจมาศ มาพบสุข⁷ ได้ศึกษา กลยุทธ์การตลาดบริการโรงพยาบาลเอกชนที่มีผลต่อผู้ให้บริการ พบว่า ในภาพรวมกลยุทธ์การตลาดบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่ส่งผลต่อผู้ให้บริการมากที่สุด คือ ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ด้านกระบวนการให้บริการ ระดับความคิดเห็นของผู้รับบริการในด้านกระบวนการให้บริการ ทั้งในภาพรวมและการพิจารณารายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อที่ผู้ให้บริการให้ความสำคัญสูงสุด คือโรงพยาบาลมีการบริหารจัดการลำดับขั้นตอนในการเข้ารับบริการที่ดี จะแสดงให้เห็นให้ผู้บริการ รับรู้ได้ถึงความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลลดา บุญมา⁸ ได้ศึกษา พฤติกรรมการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อส่วนประสมทางการตลาดของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อส่วนประสมทางการตลาดด้านกระบวนการให้บริการ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยพึงพอใจสูงสุด 2 อันดับแรก คือ ด้านความถูกต้องแม่นยำของการให้บริการ และความถูกต้องและยุติธรรมในการเรียงลำดับบัตรตามลำดับก่อน-หลัง แต่ไม่สอดคล้อง ในด้านความรวดเร็วในการบริการ และระยะเวลาารอดตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้พบแพทย์ ซึ่งพึงพอใจต่ำสุด โดยมีระดับความพอใจปานกลาง อธิบายได้จากความแตกต่างของปริมาณผู้รับบริการ ซึ่งโรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล มีผู้รับบริการจำนวนมาก จึงอาจมีความล่าช้าและใช้ระยะเวลารอคอยในการให้บริการนานกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชน

ด้านราคา ระดับความคิดเห็นของผู้รับบริการในด้านกระบวนการให้บริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่ผู้ให้บริการให้ความสำคัญสูงสุด คือ ค่ารักษาพยาบาลมีความคุ้มค่ากับเวลาที่เสียไปในการเดินทางมารับบริการ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ ชูชาติ ไชยพิณ⁵ ได้ศึกษา ปัจจัยส่วนประสมการตลาดในการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วย ในสถานพยาบาลเอกชนฝั่งธนบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนประสมการตลาดด้านราคา มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วย ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยให้ความสำคัญสูงสุด คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมเหมาะสมกับการรักษาพยาบาล แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยมาศ จำรัสธนสาร⁴ ที่ได้ศึกษา ปัจจัยส่วนประสมการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในการเลือกใช้บริการสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยส่วนประสมการตลาดด้านราคา ไม่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการ อาจ

เนื่องจากโรงพยาบาลขอนแก่นราม เป็นโรงพยาบาลเอกชนจึงมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าโรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล ผู้รับบริการจึงให้ความสำคัญหรือต้องใช้เวลาในการพิจารณานานก่อนการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

ด้านการส่งเสริมการตลาด ระดับความคิดเห็นของผู้รับบริการในด้านการส่งเสริมการตลาด ทั้งในภาพรวมและการพิจารณารายข้ออยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่ผู้ให้บริการให้ความสำคัญสูงสุด คือ โรงพยาบาลมีการจัดโปรโมชั่นหรือแพ็คเกจราคาพิเศษในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เช่น แพ็คเกจคลอดหรือผ่าตัดคลอดเหมาจ่าย แพ็คเกจตรวจสุขภาพประจำปี สอดคล้องกับ งานวิจัยของ ชูชาติ ไชยพิณ⁵ ได้ศึกษา ปัจจัยส่วนประสมการตลาดในการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วย ในสถานพยาบาลเอกชนฝั่งธนบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนประสมการตลาดด้านการส่งเสริมการตลาด มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้ความสำคัญสูงสุด คือ มีการจัดโปรโมชั่นหรือแพ็คเกจต่าง ๆ อยู่เสมอ เช่น โปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีน แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะมาศ จำรัสธนสาร⁴ ที่ได้ศึกษา ปัจจัยส่วนประสมการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการในการเลือกใช้บริการสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยส่วนประสมการตลาดด้านการส่งเสริมการตลาด ไม่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการ อาจเนื่องจากโรงพยาบาลให้บริการด้านสุขภาพต่างจากงานบริการด้านอื่น ๆ ที่ต้องคำนึงถึงประเด็นจริยธรรม และการจัดดำเนินการประชาสัมพันธ์ใด ๆ ต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐบาลซึ่งผู้ให้บริการมักจะมีอคติหวาดหวั่นว่าต้องให้บริการโดยไม่มุ่งเน้นหวังผลกำไร

3) การนำผลการวิจัยไปใช้

3.1 นำผลการศึกษาที่ได้เสนอแก่ผู้บริหาร เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างสูง คือ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่มากเพียงพอต่อการตัดสินใจใช้บริการและการลดระยะเวลาการรอคอยในการเข้ารับบริการ เพื่อมิให้มีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพหรือมีผลกระทบน้อยที่สุดจึงเป็นเรื่องสำคัญ แต่จากผลการศึกษา ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดด้านการส่งเสริมการตลาดและด้านช่องทางการจัดจำหน่ายมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้รับบริการกับทางโรงพยาบาลในช่องทางอื่น ๆ นอกเหนือจากโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตให้ทันยุคสมัยและหลากหลายช่องทางมากยิ่งขึ้น เช่น แอปพลิเคชันต่าง ๆ เป็นการตัดขั้นตอนหรือลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการบางส่วนที่ไม่จำเป็นต้องออกไป อีกทั้งควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ โปรโมชั่นหรือแพ็คเกจสุขภาพอย่างสม่ำเสมออีกด้วย

3.2 ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดด้านบุคลากร มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อคำถาม แต่จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมพบว่า ผู้รับบริการได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล ในเรื่องของการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านหรืออาการผิดปกติที่ควรรีบกลับมาพบแพทย์ ยังไม่ครบถ้วน โดยผู้รับบริการบางรายไม่กล้าซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรวางแผนทางปฏิบัติสำหรับแพทย์และพยาบาลในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น นอกจากการให้ข้อมูลแล้ว ควรมีการทวนสอบถาม

ความเข้าใจของผู้รับบริการ และการเปิดโอกาสให้
ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความ
อนุเคราะห์อย่างยิ่งจากท่านอาจารย์ ศาสตราจารย์
ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ประธานกรรมการสอบ
วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีตกะสิน
และรองศาสตราจารย์ ดร.เชาว์ โรจนแสง กรรมการ
ควบคุมวิทยานิพนธ์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาให้
คำแนะนำในการศึกษา ตลอดจนชี้แนะแนวทางแก้ไข
และปรับปรุงจนวิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ จึงขอ
กราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง อีกทั้ง
ต้องขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่
พันเอกหญิง เกสัชกรหญิงทรงสุตา ขวัญประชา คุณ
ภรณ์ ภวจิตรกุล และอาจารย์ณิชาอร ศิริสงค์ ที่
ได้กรุณาตรวจแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการ
ทำวิจัยครั้งนี้ ทำยที่สุดนี้ขอขอบพระคุณ บิดา
มารดา สามี ครอบครัว และเพื่อนนักศึกษาทุก
ท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจและเป็นแรงผลักดัน ตลอด
ระยะเวลาที่ทำการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุชาติ ณ หนองคาย. ธรรมาภิบาลการกำกับ
ดูแลตนเองที่ดี. ใน: อารมย์ ฤกษ์นัย,
บรรณาธิการผู้ช่วย. ประมวลสาระชุดวิชาการ
จัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.
พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554. หน้า
27.
2. ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ ธุรกิจและเศรษฐกิจฐานราก
ธนาคารออมสิน. [อินเทอร์เน็ต]. 2560.
[เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:
[https://www.gsb.or.th/getattachment/34b1fbf3-5b50-472a-9551-](https://www.gsb.or.th/getattachment/34b1fbf3-5b50-472a-9551-9b86f8f57bab/IN_hospital_61_detail.aspx)
3. วิชาญ เกิดวิชัย. กลยุทธ์การจัดการด้านลูกค้า.
ใน: ฝ่ายวิชาการ, บรรณาธิการผู้ช่วย. ประมวล
สาระชุดวิชาการจัดการเชิงกลยุทธ์ในการ
บริหารโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554. หน้า
70.
4. ปิยะมาศ จำรัสธนสาร. ปัจจัยส่วนประสม
การตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจของ
ผู้รับบริการในการเลือกใช้บริการสุขภาพแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรี
สะเกษ [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
5. ชูชาติ ไชยพิณ. ปัจจัยส่วนประสมทาง
การตลาดในการตัดสินใจใช้บริการทาง
การแพทย์ของผู้ป่วยในสถานพยาบาลเอกชน
ฝั่งธนบุรี [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2552.
6. Yaghubian S, Mahmoudi G, Tiji MJ.
Effect of marketing mix (7Ps) on
patients' tendency to University and
social security hospitals in Mazandaran.
BBRC [Internet]. 2016. [cited 2018 Dec
15]. Available from: <http://www.bbrc.in/>
7. เบญจมาศ มาพบสุข. กลยุทธ์การตลาดบริการ
โรงพยาบาลเอกชนที่มีผลต่อผู้ใช้บริการ
[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏ
สวนดุสิต; 2550
8. ชลลดา บุญมา. พฤติกรรมการใช้บริการและ
ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อส่วนประสม
ทางการตลาดของโรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[การศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

Received: 24 Apr 2020, Revised: 19 May 2020,

Accepted: 24 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดสุพรรณบุรี

สุทธิศา อาภาเกสัช^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ระดับการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี และปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดสุพรรณบุรี เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการสาธารณสุข จำนวน 174 แห่ง ๆ ละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 348 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.2 อายุเฉลี่ย 42.09 ปี (SD=11.072) สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาปริญญาตรี อายุราชการเฉลี่ย 21.24 ปี (SD=11.006) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 18.35 ปี (SD=11.230) และมีรายได้มากกว่า 40,000 บาท 2) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากองค์กร และการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี คือ อายุราชการ การบริหารจัดการ แรงจูงใจด้านการยอมรับ ความมั่นคงในงาน และงบประมาณ สามารถร่วมกันทำนายการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 53.3 4) ปัญหาอุปสรรค คือ ภาระงานเพิ่ม บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ได้รับค่าตอบแทนน้อย เครือข่ายอินเทอร์เน็ตล่าช้า ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารควรใช้กระบวนการบริหาร แรงจูงใจ เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทาง เช่น เพิ่มบุคลากรให้เพียงพอ การจ่ายค่าตอบแทน พัฒนาระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพข้อมูล บริหารจัดการในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ และสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

*Corresponding author: boss300405@gmail.com

*Original Article***Factors Affecting the Development of Services System in Sub- District Health Promoting Hospitals, Suphan Buri Province**Sutisa Apapesuch^{1,*}**Absract**

The purpose of this survey research is to study and to find reliable personal information in the performance of the organization's support that affects the development of the service system in Sub- District Health Promoting Hospitals. Problems and Obstacles in in Sub- District Health Promoting Hospitals of Suphan Buri Province. Tools used Is a questionnaire that has been verified for content validity by experts and tested for confidence, with a Cronbach's alpha coefficient equal to 0.97. Sample The specific selection method was used among the director in Sub- District Health Promoting Hospitals and the officers responsible for public health services, 2 persons, 2 persons, a total of 348 persons. The statistics used for data analysis were descriptive statistics and multiple regression analysis statistics. Step he results of the research revealed that 1) the personal characteristics of the sample group were mostly female, 61.2%, age received 42.09 years (SD= 11.072), amazing place, bachelor's degree partner, civil service age 21.24 years (SD= 11.006), work experience 18.35 years(SD= 11.230) and have an income of more than 40,000 Baht. 2) Accumulated driving force in implementing the recommendations from the organization and system development in Sub- District Health Promoting Hospitals of Suphan Buri Province. Found that the overall picture is at a high level. 3) The factors affecting the service system development in Sub- District Health Promoting Hospitals of Suphan Buri Province are age, government administration and Acceptance motivation Job security and budget, we're able to predict 53.3% of service system development in Sub-district Health Promotion Hospital of Suphan Buri Province 4) Problems and obstacles are insufficient workload, increasing personnel, budget, and equipment. Receive less compensation Suggestions that management should use incentive management processes as information on formulating guidelines, such as adding enough personnel. Compensation Develop an internet network system to increase data efficiency Management of budget allocation and supporting equipment for efficient operation.

Keyword: The development of service systems in the Tambon Health Promotion Hospital.

¹ Public Health Office Suphan Buri province

*Corresponding author: boss300405@gmail.com

บทนำ

สังคมไทยในยุคโลกาภิวัตน์ ที่โลกแคบลงจากการสื่อสารและการคมนาคมที่รวดเร็ว สุขภาพของประชาชนกลับเสื่อมลงนั่นคือนำพาโรคใหม่ ๆ มาสู่ประเทศไทยได้อย่างรวดเร็ว ปัญหาของผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลของรัฐ นับวันจะยังเป็นภาระของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องทบทวนยุทธศาสตร์เชิงบริหาร เป็นบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ มุ่งเน้นพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการเน้นการรักษา โดยมองว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในระยะยาว ดังจะเห็นได้จาก ในปี พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิโดยยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั่วประเทศ เพราะเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นด่านหน้าของกระทรวงสาธารณสุขและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกระดับ เพราะอยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และชุมชนมากที่สุด โดยมีเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการ ประกอบด้วยพัฒนาฐานข้อมูลบริการ การจัดการบริการในสถานบริการ จัดบริการในชุมชนและการพัฒนาการจัดการที่บ้าน¹

จังหวัดสุพรรณบุรี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 174 แห่ง มีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีดาว (5 ดาว 5 ดี คือการบริหารที่ดี การบริการที่ดี การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานงาน ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ และด้านสุขภาพ ประชาชนที่ดี) มีการควบคุมและติดตามคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องและผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประกาศเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดีดาว ร้อยละ 100.00 ในปี 2561 แต่ก็ยังพบว่า มีบุคลากรเฉลี่ย 4.34 คน/แห่ง การเข้าถึงบริการ

ของประชาชนเพียง ร้อยละ 67.26 (เกณฑ์ ร้อยละ 80.00) สัดส่วนผู้ใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ: ทดียบภูมิ ตติยภูมิ = 41:59 (เกณฑ์ 60:40) พบรายงานการตายของมารดา ในระหว่างปี 2546-2549 ปีละ 1-2 ราย ต่อเนื่องมาโดยตลอด พบสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี คือ 1.ความดันโลหิตสูง 2.เบาหวาน ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า พบปัญหาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เป็นเรื่องราวะชืด การขาดไอโอดีนได้รับยาเสริมไอโอดีน ร้อยละ 76.27 และ 73.05 (ปี 2561 และ 2562 ตามลำดับ) การคลอดก่อนกำหนดและการให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อย ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.02 และ 6.53 (ปี 2561 และ ปี 2562 ตามลำดับ) ค่าตามเกณฑ์คือไม่เกินร้อยละ 7 กรณีของหญิงตั้งครรภ์ พบปัญหาเชิงระบบในการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ พบหญิงตั้งครรภ์ที่ปกปิดไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ ไม่มีเวลาฝากครรภ์ ไม่อยากรอนานเนื่องจากคลินิก ANC ในโรงพยาบาลแออัด หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ล่าช้า ไม่มาฝากครรภ์ ร้อยละ 0.88 และมักพบภาวะแทรกซ้อน²

จังหวัดสุพรรณบุรีได้มีการพัฒนาระบบบริการไปได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังพบปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี จึงมีความสำคัญในการนำผลของการศึกษามาใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการระบบ เพื่อส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนา การจัดระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพสามารถจัดการบริการให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ในการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจและค่านิยม ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลต่อพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี
4. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรค และนำไปแก้ไขการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ทั้ง 174 แห่ง แห่งละ 2 คน รวมเป็น 348 คน โดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามวัตถุประสงค์โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นผู้อำนวยการและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) มีความประสงค์ขอยกออกจากโครงการและไม่สะดวกให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน

- 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 3) การสนับสนุนจากองค์กร 4) การพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 5) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.2 อายุเฉลี่ย 42.09 ปี (SD= 11.072) สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อายุราชการเฉลี่ย 21.24 (SD=11.006) ประสบการทำงานเฉลี่ย 18.35 ปี (SD= 11.230) และมีรายได้มากกว่า 40,000 บาท

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.93, SD=0.413) ประกอบด้วย 1) ด้านปัจจัยจูงใจ มีแรงจูงใจในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.90, SD=0.452) เมื่อพิจารณาปัจจัยจูงใจรายด้าน พบว่ามีแรงจูงใจระดับสูงใน 4 ด้าน ได้แก่ ความสำเร็จของงาน ($\bar{X}$ = 4.11, SD= 0.482) การยอมรับนับถือ ($\bar{X}$ = 4.02, SD= 0.467) ความรับผิดชอบ ($\bar{X}$ = 3.97, SD=0.479) และลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ($\bar{X}$ = 3.94, SD=0.553) และระดับปานกลางในด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ($\bar{X}$ = 3.47,

SD=0.682) 2) ปัจจัยคำจูน มีแรงจูงใจในระดับสูง ($\bar{X}$ =4.15, SD=0.527) การบังคับบัญชา ($\bar{X}$ =3.93, SD=0.608) และสภาพการทำงาน ($\bar{X}$ =3.89, SD=0.574) และระดับปานกลาง ในด้านเงินเดือน และค่าตอบแทน ($\bar{X}$ =3.63, SD=0.625) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามรายด้านและภาพรวม (n=348)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.ปัจจัยจูงใจ			
1.1 ด้านความสำเร็จของงาน	4.11	0.482	สูง
1.2 ด้านการยอมรับนับถือ	4.02	0.467	สูง
1.3 ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	3.94	0.553	สูง
1.4 ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	3.47	0.682	ปานกลาง
1.5 ด้านความรับผิดชอบ	3.97	0.479	สูง
ปัจจัยจูงใจภาพรวม	3.90	0.452	สูง
2. ปัจจัยคำจูน			
2.1 ด้านความมั่นคงในงาน	4.15	0.527	สูง
2.2 ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	4.21	0.566	สูง
2.3 ด้านการบังคับบัญชา	3.93	0.608	สูง
2.4 ด้านสภาพการทำงาน	3.89	0.574	สูง
2.5 ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	3.63	0.625	ปานกลาง
ปัจจัยคำจูนภาพรวม	3.96	0.492	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวม	3.93	0.413	สูง

3. ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.82, SD=0.411) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีระดับสูง 2 ด้าน โดยเรียงลำดับดังนี้ คือ ด้านการบริหารจัดการ ($\bar{X}$ =4.05, SD=0.453) และด้านวัสดุอุปกรณ์ ($\bar{X}$ =3.84 SD=0.511) และระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านงบประมาณ ($\bar{X}$ =3.76, SD=0.547) และบุคลากร ($\bar{X}$ =3.67, SD=0.514) ดังตารางที่ 2

4. การพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =4.06, SD=0.423) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การพัฒนาระบบบริการในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลบริการ ($\bar{X}$ =4.13, SD=0.454) ด้านการจัดบริการในบ้าน ($\bar{X}$ =4.07, SD=0.484) ด้านการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\bar{X}$ =4.06, SD=0.479) และด้านการจัดบริการในชุมชน ($\bar{X}$ =4.00, SD=0.485) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนจากองค์กรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี (n=348)

การสนับสนุนจากองค์กร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ด้านบุคลากร	3.67	0.514	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	3.76	0.547	สูง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.84	0.511	สูง
4. ด้านการบริหารจัดการ	4.05	0.453	สูง
การสนับสนุนจากองค์กรภาพรวม	3.82	0.411	สูง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการพัฒนากระบวนการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=348)

การพัฒนากระบวนการบริการ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ด้านการพัฒนาข้อมูลบริการ	4.13	.454	สูง
2. ด้านการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	4.06	.479	สูง
3. ด้านการจัดบริการในชุมชน	4.00	.485	สูง
4. ด้านการจัดบริการในบ้าน	4.07	.484	สูง
การพัฒนากระบวนการบริการภาพรวม	4.06	.423	สูง

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ($\beta=.430$) แรงจูงใจด้านการยอมรับ ($\beta=.234$) อายุราชการ ($\beta=.131$) ปัจจัยด้านความมั่นคงในงาน ($\beta=.129$) และปัจจัยด้านงบประมาณ สามารถร่วมกันทำนายการพัฒนากระบวนการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 53.3 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี (n=348)

ตัวแปรอิสระ(ตัวพยากรณ์)	b	Std Error	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	0.993	.169	-	5.871	<0.0001
การบริหารจัดการ	0.401	.046	.430	8.753	0.000
การยอมรับนับถือ	0.212	.041	.234	5.196	0.000
อายุราชการ	-0.064	.018	-.131	-3.494	0.001
ความมั่นคงในงาน	0.103	.037	.129	2.790	0.006
งบประมาณ	0.084	.037	.109	2.263	0.024

R=.0730 R²=0.533 R²adj =0.526 F= 78.140 Std error 0.2908 p<0.05

5) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ มีผู้ให้ข้อคิดเห็น จำนวน 49 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 348 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.80 จำแนกเป็นปัญหา ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 64.58 พบว่า ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจากการที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้ปริมาณงานไม่สมดุล การปริมาณบุคลากร การพิจารณาความดีความชอบไม่ได้ประเมินจากผลการดำเนินงาน ค่าเบี้ยเลี้ยงค่าตอบแทน สวัสดิการน้อยทำให้บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจ และด้านการสนับสนุนจากองค์กร ร้อยละ 35.42 พบว่า การจัดสรรบุคลากรน้อยกว่ากรอบโครงสร้างที่กำหนด เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับหน้าที่ตามภารกิจ ภาระงานด้านเอกสารและงานด้านบัญชีมีมาก เป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการด้านสาธารณสุขทำให้งานไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ควรกระจายอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการบริหารงบประมาณในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ การสนับสนุนงบประมาณเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน ควรพิจารณาร่วมกันระหว่างจำนวนประชากรและต้นทุนที่ต้องใช้กิจกรรมสุขภาพที่ต้องดำเนินการ จึงจะทำให้เกิดความเพียงพอและเหมาะสม ควรมีการตรวจเยี่ยมประเมินในพื้นที่เนื่องจากบางพื้นที่ อินเทอร์เน็ตมีความล่าช้า เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าสามารถอภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุน

จากองค์กรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี

1.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 42.09 ปี (SD=11.072) ภาพรวมสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงาน 20 ปี ขึ้นไป ถึงร้อยละ 48.00 พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านอายุราชการมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีอายุราชการมาก อาจกล่าวได้ว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากจึงมีผลต่อการพัฒนาการดำเนินงาน เป็นไปตามหลักการแนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอร์นและคณะ ScherMerhorn et al.³ ประกอบด้วย ลักษณะบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติของบุคคล นำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ต้องการ สอดคล้องกับงานวิจัยของยังยุทธ เอี่ยมฤทธิ์⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชนของบุคลากรจังหวัดลพบุรี พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ อายุราชการ มิติมุ่งความสำเร็จและมิติเห็นพ้องด้วยร่วมกัน สอดคล้องกับเสาวนีย์ ประลองกิจ⁵ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมที่กับการดำเนินงานคือ อายุราชการ อัตราเงินเดือน การฝึกอบรมความรู้

1.2 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การจูงใจมีความสำคัญในการที่จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลทำ

พฤติกรรมต่าง ๆ ที่พึงประสงค์ด้วยความเต็มใจและพอใจ ยิ่งในสถานการณ์ที่ภาระงานมากก็จะต้องกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เป็นไปตามหลักการแนวคิดของเฮิร์ทซ์เบิร์ก Herzberg, Frederick, et al.⁶ ประกอบด้วยสองปัจจัยคือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน สอดคล้องกับงานวิจัยของฐิติวรดา อัครภาณุวัฒน์⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในทุกด้าน มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรีสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประชาภรณ์ ทัพโพธิ์⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจ ได้แก่ ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สอดคล้องกับรุ่งนภา แสงมณี⁹ ศึกษาแรงจูงใจการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่สำนักงานสรรพากรพื้นที่ ในสังกัดภาค 6 พบว่า แรงจูงใจที่ส่งผลต่อการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ มี 6 ด้าน คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นโยบายและการบริหาร ความมั่นคงในการปฏิบัติงานความก้าวหน้า สภาพการปฏิบัติงาน และลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจเนื่องมาจากการพัฒนางานที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องอาศัยเป้าหมายที่ชัดเจน นโยบายที่แน่ชัด และการที่จะไปถึงเป้าหมายได้นั้น จะต้องมี

ทรัพยากรในการสนับสนุน ได้แก่ คน เงิน ของ และการบริหารจัดการที่ดี หากองค์กรนั้น ๆ ผู้บริหารมีนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน มีการสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสมและมีการบริหารจัดการที่ดี องค์กรนั้น ๆ ก็มีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปในแนวทางที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ วิจารณ์ อริยานนท์ และคณะ¹⁰ กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารผู้นำในองค์กรซึ่งเป็นผู้มีอิทธิพลต่อความสำเร็จขององค์กร เป็นผู้ที่มิมีบทบาทในการกำหนดนโยบายทิศทางการปฏิบัติงานและการวางแผนในเรื่องปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรนั้น ผู้บริหารจึงเป็นบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรปัจจัยหนึ่งในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพผู้บริหารจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านบริหารจัดการ สอดคล้องกับประชาภรณ์ ทัพโพธิ์⁸ ที่พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณกับด้านวัสดุ อุปกรณ์มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม สอดคล้องกับงานวิจัยของฐิติวรดา อัครภาณุวัฒน์⁷ พบว่า ปัจจัยกระบวนการบริหารองค์กรมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดแม่ฮ่องสอน

1.4 ผลการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้บริหารมีนโยบาย กำหนดแนวทางการที่ชัดเจน ในการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผลทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินงานตามกรอบแนวทางที่กำหนด ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ทำให้ผลการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล ตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดดาว) กระทรวงสาธารณสุข¹¹ ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการจัดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถ คุณภาพบริการ สาธารณสุขของหน่วยบริการเกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่อง¹² และให้ความสำคัญสูงสุดในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชน ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้เข้าถึงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (กาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม) เพื่อนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี (คู่มือการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) สอดคล้องกับงานวิจัยของประชากรณ์ ทัพโพธิ์ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ความรับผิดชอบ ความมั่นคงในการทำงาน กระบวนการบริหาร มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า บางด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา สามารถนำไปพิจารณา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

1. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยแรงจูงใจ ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.47$, $SD=0.682$) ในประเด็นการได้รับโอกาสในการเลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงานที่สูงขึ้นและการได้รับการสนับสนุนด้านการศึกษา ส่วนปัจจัยด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.625$) ในประเด็นเรื่องการได้รับการพิจารณาความดีความชอบที่สอดคล้องกับผลการปฏิบัติงาน สวัสดิการและค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้บริหารควรวางแผนทางการพิจารณาบุคลากรในสังกัดอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่ การพิจารณาความดีความชอบ ดูแลเรื่องสวัสดิการให้กับเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนการศึกษาต่อและการสนับสนุนการจ่ายค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงาน

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร

ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.67$, $SD=0.514$) ในประเด็นความเพียงพอของบุคลากร การมอบอำนาจการบริหารงบประมาณ การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยี ดังนั้น ผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัดควรวางแผนและวางแผนทางการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ ให้เต็มศักยภาพ และจัดกำลังคนให้เต็มโครงสร้างเพื่อแบ่งเบาภาระ มอบอำนาจการบังคับบัญชาอำนาจในการอนุมัติจ่ายในวงเงินตามอำนาจที่กำหนด เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และตอบ

แบบสอบถาม และขอขอบคุณ ดร.เพ็ชรน้อย ศรี
ผดผ่อง คุณธีรารัตน์ อาภาเกสัช ที่ให้คำปรึกษา
และให้ข้อคิดเห็นในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชูชัย ศุภวงศ์และคณะ. คู่มือการให้บริการของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. บริษัท ที คิว
พี จำกัด, 2556.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.
รายงานประจำปี 2562. สุพรรณบุรี: สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด; 2562.
- Schermerhorn,R.,Hurt,G.,and
Osborn,N.Organization Behavior. New
York:John Wiley & Sons. 2003.
- ยงยุทธ เอี่ยมฤทธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน
ของบุคลากรจังหวัดลพบุรี. มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม, 2552.
- เสาวนีย์ ประลองกิจ. การมีส่วนร่วมของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานพัฒนา
คุณภาพ ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน
ด้านการให้บริการในชุมชน จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา . มหาวิทยาลัยขอนแก่น/
ขอนแก่น, 2552.
- Herzberg,Frederick,et al.,The
Motivation to Work.New York:John
Wiley and Sons, 1959.
- ฐิติวรดา อัครภาณุวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการ
พัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2554.
- ประชากรณ์ ทัพโพธิ์.ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม
ของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของ
โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
นครปฐม . มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2557.
- รุ่งนภา แสงมณี. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่
ส่งผลต่อการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ
ของเจ้าหน้าที่สำนักงานสรรพากรพื้นที่ในสังกัด
ภาค 6. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราช
ภัฏเพชรบุรี, 2552.
- วิภาวรรณ อริยานนท์ และ คณะ. หลัก
บริหารเบื้องต้น .กระทรวงสาธารณสุข:
วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข, 2554.
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักสนับสนุนระบบ
สุขภาพปฐมภูมิ.คู่มือแนวทางการพัฒนา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.ติด
ดาว).ม.ป.ท.,ม.ป.ป., 2563.
- กระทรวงสาธารณสุข,สำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์.คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล.ม.ป.ท.,ม.ป.ป. ,2552.

Received: 20 Feb 2020, Revised: 12 Mar 2020,

Accepted: 10 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

**การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ
องค์การบริหารส่วนตำบลกุดไล่จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม**

พัชรพร นิลนวล^{1,*}, วรพจน์ พรหมสัตยพรต², นันทวรรณ ทิพนเนตร³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ศึกษาบริบทสภาพปัญหาด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) ศึกษากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4) ศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ 5) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มเป้าหมายจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มวิชาการ 2) กลุ่มภาคการเมือง และ 3) กลุ่มตัวแทนภาคประชาชน รวมทั้ง 115 คน มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2562 เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวแทนภาคประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนในกลุ่มวิชาการก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง ร้อยละ 50.00 และ 83.33 ตามลำดับ และในกลุ่มภาคการเมืองก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 66.67 และ 100.00 ตามลำดับ การวัดระดับการมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มวิชาการก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และ 66.67 ตามลำดับ และกลุ่มภาคการเมืองก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.00 และ 66.67 ตามลำดับ ส่วนระดับความคิดเห็นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มภาคการเมืองก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การให้ความสนใจในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ยั่งยืน โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในตำบลเข้ามาเป็นผู้ปฏิบัติงาน และการที่ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สะท้อนปัญหา และแก้ไขปัญหา ร่วมกัน

คำสำคัญ การวิจัยปฏิบัติการ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบล

1 นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2 รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3 อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author : jib.pony@gmail.com

Original Article

The Development of Emergency Medical Service System of Emergency Operation Division in Kutsaicho Subdistrict Administrative Organization, Kantharawichai District, Maha Sarakham Province

Padcharaporn Nilnuan^{1,*} Vorapoj Promasatayaprot², Nantawan Tippayanate³

Abstract

The purposes of this action research were to 1) study to development of emergency medical service system, 2) study to context problem 3) study to emergency medical service system 4) study to the result after development and 5) study to successful factors. The target groups are have 3 groups which are 1) a population representative group 2) an academic group and 3) a political group. The total is 115 people. This research was conducted during April - August 2019. The data were collected by using quantitative and quality. The findings indicated that the population representative group has knowledge of emergency medical service system. The development between before and after development showed the difference of statistical significance at p -value <0.05 . The development of an academic group between before and after development had a high level of knowledge. The before development was 50.00 percent and after development was 83.33 percent. And a apolitical group between before and after development was medium. The before development was 66.67 percent and after development was 100.00 percent. The participation level of an academic group between before and after development was medium. The before development was 50.00 percent and after development was 66.67 percent. The participation level of a political group between before and after development was high. The before development was 66.67 percent and after development was 66.67 percent. And the opinion of a political group between before and after development was high. The opinion of emergency medical service system was 100.00 percent. In additions the successful factors are the attention to the sustainable development emergency medical service system by encouraging the member of Kutsaicho subdistrict to join and become the part of emergency medical operator and all member of emergency medical service system will join to find the problem, report the problem and solve the problem together.

Keyword: Action research, Emergency medical service system, Emergency operation division of subdistrict administrative organization

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

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Lecturer, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

*Corresponding author: jib.pony@gmail.com

บทนำ

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยนั้น ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยเฉพาะหลังจากมีการจัดทำและประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา จากผลการดำเนินงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ผ่านมา⁶ พบว่าประชาชนยังไม่ได้รับถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี เพราะด้านนโยบายไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การออกปฏิบัติงานยังทำได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ ขาดแคลนอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย ขาดการประชาสัมพันธ์ และการช่วยเหลือ และนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังขาดกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดำเนินการน้อยมาก⁶

จากข้อมูลผลการประเมินคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้จ่อ 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2558-2560⁷ จะเห็นได้ว่าผลการประเมินในด้านการตามพบว่า หน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้จ่อ ติดหนึ่งในสามของหน่วยปฏิบัติการในจังหวัดมหาสารคามที่มีอุบัติการณ์การเกิดปัญหาในด้านการตามมากที่สุด โดยมีอุบัติการณ์การเกิดปัญหาในด้านการตาม ในปี 2558, 2559 และ 2560 ร้อยละ 5.88, 3.59 และ 5.76 ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินในด้านการห้ามเลือดพบว่า ในปี 2558 และในปี 2559 หน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้จ่อ ติดหนึ่งในสามของหน่วยปฏิบัติการในจังหวัดมหาสารคามที่มีอุบัติการณ์การเกิดปัญหาในด้านการห้ามเลือดมากที่สุด โดยมีอุบัติการณ์การเกิดปัญหาในด้านการห้ามเลือดในปี 2558, 2559 และ 2560 ร้อยละ 5.88, 2.39 และ 2.56 ตามลำดับ และผลการประเมินในด้านการดูแลทางเดินหายใจพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดปัญหา

ในด้านการดูแลทางเดินหายใจในปี 2558, 2559 และ 2560 ร้อยละ 0.00, 2.39 และ 1.92 ตามลำดับ⁷

ในปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้จ่อได้ก่อตั้งเป็นหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพในระดับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นอย่างเป็นทางการเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน ปี 2558 โดยมีรพพยาบาลที่ไว้ใช้ออกปฏิบัติการฉุกเฉินจำนวน 1 คัน และมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลกันทรวิชัย ประมาณ 7 ถึง 10 กิโลเมตร แต่จากการดำเนินงานยังพบว่า ประชาชนยังคงเรียกใช้บริการจ้างเหมารถตู้สาธารณะประจำหมู่บ้าน และยังคงเดินทางไปยังโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในภาวะฉุกเฉินด้วยตัวเอง¹⁰

จากแบบบันทึกการตรวจประเมิน นิเทศติดตามการปฏิบัติงานหน่วยกู้ชีพพื้นฐานของหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้จ่อ¹¹ และจากการสัมภาษณ์ การศึกษาบริบทของพื้นที่ และการวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่ พบว่าหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้จ่อมีปัญหาในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านทรัพยากร (2) ด้านคณะกรรมการ (3) ด้านสิ่งแวดล้อม และ (4) ด้านระบบการดำเนินงาน และยังมีประชาสัมพันธ์เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่ครอบคลุมประชาชน ทำให้ประชาชนยังไม่เข้าใจในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าจะมีสื่อในการประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนแล้วก็ตาม จากรายงานผลการดำเนินงานและบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน¹⁰ พบว่าหลังจากการใช้สื่อในการประชาสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นการประกาศเสียงตามสาย การแจกแผ่นพับ การประชุม การลงพื้นที่ และการทำแผ่นป้ายติดตามหมู่บ้านทั้ง 11 หมู่บ้านแล้วนั้น ก็ยังไม่ได้ผล เนื่องจากประชาชนยังคงเรียกใช้บริการจ้างเหมารถตู้สาธารณะประจำหมู่บ้าน และยังคงเดินทางไปยังโรงพยาบาลด้วยตัวเอง ดังนั้นจากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จึง

ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้มีการพัฒนาที่ดีขึ้นจากเดิม มีการบริหารจัดการที่เป็นระบบมากขึ้น และมีแนวทางในการวางแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) แบบ Practical Action Research เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับการประยุกต์ใช้การวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบไปด้วย 3 กลุ่ม รวมจำนวนทั้งหมด 115 คน ได้แก่

1. กลุ่มวิชาการ จำนวน 12 คน

1.1 เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดไผ่จ่อจำนวน 3 คน ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดไผ่จ่อหรือผู้แทน จำนวน 1 คน 2) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน 3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 1 คน

1.2 เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 9 คน ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน 2) เจ้าหน้าที่งานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 1 คน

2. กลุ่มภาคการเมือง จำนวน 6 คน

2.1 ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ จำนวน 6 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 ฝ่าย ได้แก่ 1) ฝ่ายบริหารจัดการระบบ

การแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 2 คน 2) ฝ่ายปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 4 คน

3. กลุ่มตัวแทนภาคประชาชน จำนวน 97 คน

3.1 ผู้ใหญ่บ้านทั้ง 11 หมู่บ้าน จำนวน 11 คน

3.2 ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ตำบลกุดไผ่จ่อ จำนวน 86 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประกอบด้วยเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) เครื่องมือใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ 2) เครื่องมือใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีการวัดค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และมีการวัดค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 และสูตรครอนบาค (Cronbach alpha method) ได้เท่ากับ 0.90, 0.85, 0.75 ตามลำดับ

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้แบ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยข้อมูลเชิงคุณภาพจะทำการวิเคราะห์แบบสรุปผลและนำเสนอข้อมูลในลักษณะการพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนก่อนและหลังการพัฒนา ดำเนินการด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และนำเสนอ

ข้อมูลในลักษณะของการพรรณานำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

จริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการรับรองอนุมัติเลขที่ 056/2562 เมื่อวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีขั้นตอนของการดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทสถานการณ์และปัญหาของพื้นที่ เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ทั้งหมด 4 คน แบ่งระยะเวลาในการปฏิบัติงานออกเป็น 2 ผลัด ผลัดละ 12 ชั่วโมง คือ ผลัดเช้าตั้งแต่ 08.00 ถึง 20.00 น. และผลัดดึกตั้งแต่ 20.00 ถึง 08.00 น. โดยแต่ละครั้งจะมีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินจำนวน 2 คน ส่วนการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสิ่งแวดล้อม

- ประชาชนคิดว่ามีค่าใช้จ่ายจึงไม่เรียกใช้บริการ และมีรถตู้ให้เข้าบริการรับและส่ง

- เมื่อโทรแจ้งเหตุผ่าน 1669 มักจะโทรติดไปยังจังหวัดกาฬสินธุ์

2. ด้านทรัพยากร

- มีผู้ปฏิบัติการไม่เพียงพอ โดยปกติแล้วจะต้องมีผู้ปฏิบัติการออกปฏิบัติการแต่ละครั้งอย่างน้อยจำนวน 3 คน โดยแต่ละครั้งจะมีผู้ออกปฏิบัติการเพียง 2 คน

- ขาดความพร้อมในด้านอุปกรณ์ เมื่ออุปกรณ์เกิดความเสียหาย หากนำส่งซ่อมหรือของประมาณในการซื้ออุปกรณ์ใหม่ค่อนข้างที่จะมีความล่าช้า ทำให้ขาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกปฏิบัติการ

- ผู้ปฏิบัติการขาดความรวดเร็วและความกระตือรือร้น เนื่องจากผู้ปฏิบัติการยังต้องทำหน้าที่อย่างอื่น เมื่อออกปฏิบัติการจึงขาดความรวดเร็วเพราะต้องหยุดงานอย่างอื่นที่ได้ปฏิบัติอยู่แล้วมาออกปฏิบัติการ และต้องนำชุดที่ใช้ออกปฏิบัติการที่ถอดออกมาสวมใส่ และสาเหตุของผู้ปฏิบัติการที่ขาดความกระตือรือร้นเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติการจะต้องขึ้นปฏิบัติหน้าที่ 12 ชั่วโมงต่อวัน และมีค่าตอบแทนวันละ 300 บาท จึงทำให้ผู้ปฏิบัติการขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน

3. คณะกรรมการ

- ขาดผู้นำที่เชี่ยวชาญในด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากมีเพียงนักวิชาการสาธารณสุข 1 คนที่ให้การดูแลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

4. ด้านระบบการดำเนินงาน

- ขาดมาตรฐานในเรื่องจำนวนของผู้ปฏิบัติการ เนื่องจากมีผู้ปฏิบัติการไม่เพียงพอ

- มีปัญหาในเรื่องของคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการตามการดูแลทางเดินหายใจ และการห้ามเลือด เนื่องจากมีการเรียกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย จึงทำให้ผู้ปฏิบัติการขาดความเชี่ยวชาญและชำนาญการ

- ขาดการสร้างความรู้เข้าใจระหว่างชุมชนในการใช้รถในการกิจไม่ฉุกเฉิน โดยมีการประชาสัมพันธ์แล้ว แต่ยังพบว่าประชาชนยังเรียกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย และประชาชนยังคงไปโรงพยาบาลเอง เนื่องจากประชาชนบางคนคิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีค่าใช้จ่าย ก็จะหันไปเลือกใช้บริการรถตู้ให้เข้าบริการรับและส่งไปโรงพยาบาลแทน

กิจกรรมที่ 2 ประสานหน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และแต่งตั้งคณะทำงานวิจัยและประชุมคณะทำงานวิจัย

1. ประสานหน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยมาเข้าร่วมกันประชุม มีการนำเสนอข้อมูลและสะท้อนผล มีการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่และประชาชนในพื้นที่

2. แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย โดยในคณะทำงานวิจัยมี จำนวน 6 คน ได้แก่ นักบริหารงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน เจ้าพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จำนวน 1 คน และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 4 คน

3. ประชุมคณะทำงานวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำวิจัย ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปข้อมูลบริบท สถานการณ์ และปัญหาของพื้นที่ ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของตำบลกุดไผ่จ่อ โดยนำแนวคิดองค์การแห่งการเรียนรู้มาเป็นกรอบในการศึกษา และได้กำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่ร่วมกัน

2. ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน (Action) และ 3. ขั้นตอนสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่

1. โครงการพัฒนาความรู้ด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการดำเนินงานโดยผู้วิจัยได้จัดดำเนินกิจกรรมที่ศาลากิจกรรม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่จ่อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอาโครงการพัฒนาความรู้ด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปเสริมกับการดำเนินโครงการรณรงค์ป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา และการขับชื้อปลอดภัย ที่จัดขึ้นร่วมกับศูนย์

การศึกษาอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่จ่อ

2. โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการดำเนินงานโดยผู้วิจัยได้จัดดำเนินกิจกรรมที่หน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ ในองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ นอกจากการพัฒนาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6 ด้านแล้วนั้น ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการยังได้มีการ นำเอาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข และไขข้อสงสัยต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานร่วมกัน

3. การตรวจสอบและทบทวนการดำเนินงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการดำเนินงานโดยผู้วิจัยได้จัดดำเนินกิจกรรมที่หน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ ในองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ โดยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มภาคการเมืองได้ร่วมกันตรวจสอบและทบทวนการดำเนินงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตาม 6 ขั้นตอน และได้มีการทบทวนมาตรฐานเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามที่ได้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินและองค์การบริหารส่วนจังหวัดกำหนด

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการดำเนินงานโดยผู้วิจัยได้จัดดำเนินกิจกรรมที่ห้องฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย โดยเป็นการสัมภาษณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการพูดคุยและปรึกษาหารือเกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน วิธีแก้ไขปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 4 การติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินงานการแก้ไข้ปัญหาและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่

ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มตัวแทนภาคประชาชน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 39.53 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.84 ปี มีอายุน้อยที่สุด 19 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.56 ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.86 ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักในปัจจุบันเป็นรับจ้างทั่วไป/เกษตรกร/ประมง ร้อยละ 88.81 โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 12,450.50 บาท มีรายได้น้อยที่สุด 3,000 บาท และมีรายได้มากที่สุด 20,980 บาท ส่วนใหญ่ไม่เคยมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้้อย ร้อยละ 82.56 กลุ่มตัวแทนภาคประชาชนเคยได้รับข่าวสารหรือความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินจากหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้้อย ร้อยละ 83.72 โดยมีช่องทางที่ได้รับข่าวสารหรือความรู้มากที่สุดคือการทำแผ่นป้ายติดตามหมู่บ้าน ร้อยละ 34.88 พบว่ากลุ่มตัวแทนภาคประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับประชาชน โดยก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65.11 และหลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.14

หลังจากที่นำผลการวิจัยก่อนและหลังไปเปรียบเทียบกับสถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวแทนภาคประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับประชาชน ก่อนและหลังการพัฒนา โดยมีค่า $t = 9.99$ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวแทนภาคประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับประชาชน ก่อนและหลังการพัฒนามีความสัมพันธ์กันทางนัยสถิติที่ $p\text{-value} = <0.0001^*$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวแทนภาคประชาชน ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (n=86)

ความรู้เกี่ยวกับ ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน สำหรับประชาชน	ก่อนการพัฒนา (n=86)			หลังการพัฒนา (n=86)			t	p-value
	ตอบถูก			ตอบถูก				
	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.		
รวม	51.69	44.47	0.29	60.47	52.00	0.28	9.99	<0.0001*

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05

ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มวิชาการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.58 ปี มีอายุน้อยที่สุด 26 ปี อายุมากที่สุด 54 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.00 ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.30 ส่วน

ใหญ่มีอาชีพหลักเป็นรับราชการ ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานอยู่คือ พยาบาล ร้อยละ 75.00 โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 29,271.67 บาท มีรายได้น้อยที่สุด 12,000 บาท และมีรายได้มากที่สุด 51,800 บาท กลุ่มวิชาการมีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ยเท่ากับ 9.25 ปี มี

ประสบการณ์น้อยที่สุดไม่ถึง 1 ปี และมีประสบการณ์มากที่สุด 20 ปี

ในกลุ่มวิชาการมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง ส่วนในกลุ่มภาคการเมือง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.30 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.33 ปี มีอายุน้อยที่สุด 30 ปี อายุมากที่สุด 42 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.00 โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.30 และระดับอนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า ร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักเป็นรับจ้างทั่วไป/

เกษตรกร/ประมง ร้อยละ 66.70 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 13,983.33 บาท มีรายได้น้อยที่สุด 8,900 บาท และมีรายได้มากที่สุด 30,000 บาท มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ปี มีประสบการณ์น้อยที่สุด 2 ปี และมีประสบการณ์มากที่สุด 4 ปี

กลุ่มภาคการเมืองมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มวิชาการและกลุ่มภาคการเมือง ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มวิชาการ				
ระดับความรู้สูง	6	50.00	10	83.33
ระดับความรู้ปานกลาง	4	33.33	2	16.67
ระดับความรู้ต่ำ	2	16.67	0	0.00
กลุ่มภาคการเมือง				
ระดับความรู้สูง	0	0.00	0	0.00
ระดับความรู้ปานกลาง	4	66.67	6	100.00
ระดับความรู้ต่ำ	2	33.33	0	0.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มวิชาการและกลุ่มภาคการเมือง ด้านระดับการมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตัสี่จ่อ ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มวิชาการ				
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	1	8.33	0	0.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	6	50.00	8	66.67
ระดับการมีส่วนร่วมต่ำ	5	41.67	4	33.33

ระดับการมีส่วนร่วมในระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มภาคการเมือง				
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	3	50.00	4	66.67
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	3	50.00	2	33.33
ระดับการมีส่วนร่วมต่ำ	0	0.00	0	0.00

ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในกลุ่มภาคการเมืองมีระดับการมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 3 และในกลุ่มภาคการเมืองมีระดับความคิดเห็นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00

4. ขั้นตอนการสะท้อนผลและรายงานผล (Reflection)

กิจกรรมที่ 5 การสะท้อนผลและรายงานผลการดำเนินงาน

1. ความต้องการ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่

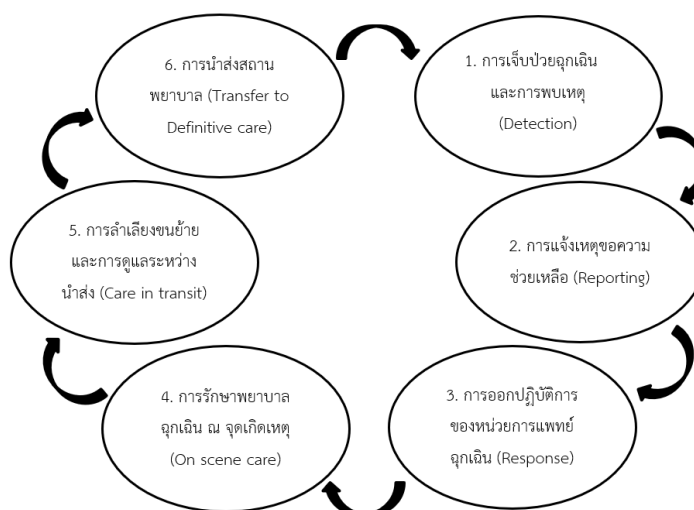
1.1 ประชาชนในตำบลกุดไผ่ต้องการให้มีรถที่ใช้ออกปฏิบัติการเพิ่มอีกจำนวน 1 คัน

1.2 ต้องการผู้ปฏิบัติการที่เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์เพิ่ม

1.3 หน่วยปฏิบัติการอยากให้ประชาชนที่มีความสนใจมาสมัครเข้ามาเป็นผู้ปฏิบัติการในหน่วยปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มอัตรากำลังคนที่ขาดแคลน

1.4 ผู้ปฏิบัติการเสนอให้มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในทุก ๆ ปี เพื่อเป็นการทบทวนและอัปเดตความรู้ใหม่ ๆ

1.5 ประชาชนต้องการที่จะให้เพิ่มช่องทางในการแจ้งเหตุ เนื่องจากเมื่อประชาชนโทรแจ้งเหตุผ่าน 1669 แล้วมักจะโทรไปติดต่อศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการของจังหวัดกาฬสินธุ์



ภาพที่ 1 แผนผังการดำเนินงานตามขั้นตอนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในตำบลกุดไผ่

โดยแผนผังดังภาพ 1 นี้ ซึ่งขั้นตอนที่ 1 จะเป็นขั้นตอนที่ประชาชนหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์และจะดำเนินต่อไปสู่ขั้นตอนที่ 2 โดยจะโทรแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 หรือจะโทรแจ้งเหตุผ่านเบอร์สายตรงของหน่วยปฏิบัติการ หรือประชาชนอาจจะเข้ามาแจ้งเหตุที่หน่วยปฏิบัติการและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่จ่อ เมื่อแจ้งเหตุเสร็จศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจะสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการออกปฏิบัติการ และจะนำไปสู่ขั้นตอนที่ 3 เมื่อชุดปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุก็จะให้การช่วยเหลือแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นขั้นตอนที่ 4 หลังจากชุดปฏิบัติการทำการรักษาพยาบาลที่จุดเกิดเหตุเรียบร้อยแล้ว ก็จะนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไปส่งยังโรงพยาบาลกันทรวิชัย และจะเป็นการดำเนินการต่อไปในขั้นตอนที่ 5 เมื่อถึงโรงพยาบาลกันทรวิชัยแล้วก็จะเป็นการดำเนินการต่อไปในขั้นตอนที่ 6 โดยชุดปฏิบัติการจะนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมาส่งต่อไปให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินประจำโรงพยาบาลกันทรวิชัยทราบและวางแผนการดูแลต่อไป

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีการประยุกต์ใช้การวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁵ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดองค์การแห่งการเรียนรู้ของ Michael J. Marquardt² ประเด็นแรกจะเป็นเรื่องของการทำงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยงานวิจัยชิ้นนี้มีความสอดคล้องกับสูตรเชอร์รี่ คิงคิตติ⁹ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างพลังในบุคลากร ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดองค์การแห่งการเรียนรู้ของ Michael J. Marquardt ซึ่งทั้ง 2 แนวคิดทฤษฎีนี้จะเน้นในการพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยทั้งมีการพัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่ มีการพัฒนาศักยภาพของ

เจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสามารถด้านการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ดีขึ้นจากเดิม และยังทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจขั้นตอนในการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นอีกด้วย และอรรถวิทย์ โสแพทย์¹³ ได้นำทฤษฎีการมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของผู้วิจัยโดยที่มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วย

ส่วนรณฤต จันทรพลงาม³ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ารูปแบบมีการวิเคราะห์สถานการณ์ การศึกษาบริบทของพื้นที่ การวางแผนการดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยนั้นได้พัฒนารูปแบบการดำเนินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรูปแบบเก่าออกมาเป็นแผนผังการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีขั้นตอนการดำเนินงานเป็น 6 ขั้นตอนหมุนเวียนเชื่อมโยงกันเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาและขั้นตอนของการปฏิบัติงานตาม และนุสรินา บินสะแหละหมั่น และคณะ⁴ ได้ศึกษาสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร และมีงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ โดยผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้วิจัยนั้นแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวแทนภาคประชาชน กลุ่มวิชาการ และกลุ่มภาคการเมือง เพื่อที่จะให้เกิดความครอบคลุมในการพัฒนา แต่งานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น^{4,9,13} จะเน้นการพัฒนาที่หน่วยงานหรือผู้ที่ดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยตรง นุสรินา บินสะ

แหล่หมั่น และคณะ⁴ และกนกพร สมพร¹ ได้ศึกษาการประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากระบวนการการประชาสัมพันธ์ การจัดการหน่วยกู้ชีพ การรับแจ้งและส่งการ การปฏิบัติงาน การกำกับติดตามงานที่เป็นระบบและมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่องพบว่าอยู่ในระดับมาก มีการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความครอบคลุมประชาชนในทุกพื้นที่อย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน

ต่อไปนี้จะประเด็นในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับอมรรัตน์ พงษ์ประเสริฐ¹² ได้ศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าหลังการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการมีส่วนร่วมในด้านสภาพปัจจัยเบื้องต้น ด้านการรับรู้ และด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และสาวิตรี ทองนุ่ม⁸ ได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีศักยภาพด้านการรับรู้และด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ซึ่งรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมชุมชนเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ดำเนินงานเกิดการเปลี่ยนแปลงในความสามารถด้านการบริหารจัดการดีขึ้นจากเดิม

ประเด็นถัดมานี้จะเป็นเรื่องของปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ามีความสอดคล้องกับอรรถวิทย์ โสแพทย์¹³ โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนโดยการสร้างเครือข่ายจิตอาสาด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และมีการกำหนดแนวนโยบายที่ชัดเจน และนุสรินา ปินสะแหล่หมั่น และคณะ⁴ พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ 1) นโยบายด้านการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นลายลักษณ์อักษร 2) งบประมาณในการสนับสนุนการ

จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ 3) การให้ความสำคัญของผู้บริหาร และธกฤต จันทรพลงาม³ พบว่ามีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีผู้นำและผู้บริหารท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็ง การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน มีการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการกำกับติดตามและให้การสนับสนุนในการดำเนินงานการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้จ่อ คือ การที่ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สะท้อนปัญหา และแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการให้ความสนใจที่จะพัฒนาให้มีระบบบริการการแพทย์ที่ยั่งยืน โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในตำบลเข้ามาเป็นผู้ที่ปฏิบัติงาน และการที่ดึงเอาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาร่วมพัฒนา นอกจากจะทำให้เกิดการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ยั่งยืนแล้วยังทำให้มองเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุมมากขึ้นอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบลลูกใต้จ่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไส้จ่อ และโรงพยาบาลกันทรวิชัย ในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กนกพร สมพร. การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.

2. กานต์สุดา มาชะศิริรานนท์. การพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทเอ็กซ์เปอร์ เน็ทจำกัด; 2557.
3. ธกฤต จันท์พลงาม. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในเขต พื้นที่ตำบลหัวถนน อำเภอ นางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.
4. นุสรินา ปินสะเหละหมั่น และคณะ. สถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนภาคใต้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ. นราธิวาส: มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์; 2561.
5. พิชิต ฤทธิ์จรรณ. เทคนิคการวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2560.
7. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2561] เข้าถึงได้จาก : http://ws.niems.go.th/items_front/index.aspx
8. สาวิตรี ทองนุ. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
9. สุรเชษฐ์ ฉิ่งกิตติ. การพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้ทฤษฎีการสร้างพลังในบุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพิจิตรหรืออยุธยา ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
10. องค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ. รายงานผลการดำเนินโครงการดำเนินงานและบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินตำบลกุดไผ่จ่อ ประจำปี 2559 (ประจำปีงบประมาณ 2560). พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาสารคาม: องค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ; 2560.
11. องค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ. แบบบันทึกการตรวจประเมิน นิเทศ ติดตามการปฏิบัติงานหน่วยกู้ชีพพื้นฐานของหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ อำเภอ กันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาสารคาม: องค์การบริหารส่วนตำบลกุดไผ่จ่อ; 2561
12. อมรรัตน พงษ์ประเสริฐ. การจัดการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแคน อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
13. อรรถวิทย์ โสแพทย์. การพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนตำบลหนองไทรอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.

Received: 23 Mar 2020, Revised: 27 Apr 2020,

Accepted: 14 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

อัญชนา จุลศิริ^{1,*} ธัญพร ชื่นกลิ่น¹ ผกามาศ พิธรากร¹ คมสัน แก้วระยยะ¹

บทคัดย่อ

นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสน้อยในการฝึกปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะดังกล่าวมีน้อย จึงขาดความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง ผลการวิจัยส่วนใหญ่สนับสนุนว่า การเรียนรู้การช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning: SBL) จะช่วยพัฒนาความรู้ ทำให้คุ้นเคยกับอุปกรณ์และขั้นตอนต่างๆ ของการช่วยฟื้นคืนชีวิต จึงช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 70 คน ใช้สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาของหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 สถานการณ์ ใช้เวลาในการเรียนรู้ 1 ชั่วโมง 40 นาที ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังใช้สถานการณ์จำลองด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง (ACLS) วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงด้วย paired t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 21.09 และร้อยละ 70.77 ไม่เคยเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีค่าเฉลี่ยต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงก่อนและหลังเล่นสถานการณ์ทุกด้าน เท่ากับ 29.57 และ 66.62 ตามลำดับ โดยหลังใช้สถานการณ์จำลองมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง (ACLS) สูงกว่าก่อนใช้สถานการณ์จำลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองน่าจะทำให้นักศึกษาพยาบาลรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้สอนจึงควรจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงก่อนฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยและควรใช้การจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองเป็นทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษา

คำสำคัญ การจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง

¹ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* Corresponding author: julsiri@gmail.com

*Original Article***Effects of Simulation-based learning on self-efficacy of nursing student
in Advanced Cardiac Life Support skills**Anchana Julsiri^{1,*} Thunyaporn Chuenklin¹Phakamard Pheetarakorn¹ Komson Kaewraya¹**Abstract**

Nursing students have limited opportunities to practice Advanced Cardiac Life Support (ACLS), thus they have low self-efficacy in ACLS. As the result, the nursing students have low self-confidence when they encounter the real situations at the hospitals or clinical practice. Most researches support that Simulation-based learning (SBL) in resuscitation helps the trainees to improve their knowledge and skills as well as be familiar with the equipment and procedures in ACLS and improve self-efficacy. Therefore, the present study was interested to determine the effects of SBL on self-efficacy of nursing student in ACLS skills. The single-group pre-posttest study design was used to test on 70 third year nursing students. They were asked to participate by practicing two scenarios related to cardiovascular problems for 1.40 hours. The ACLS skills self-efficacy questionnaire was used to assess self-efficacy of participants, both before and after SBL. The self-efficacy scores of ACLS skills were analysed by using a paired t-test. The results found that the mean age of the participants was 21.09 years old and 70.77% of the participants had not previous ACLS course. The mean self-efficacy scores of ACLS skills pre-test, immediate post-test was 29.57 and 66.62 respectively. A paired t-test indicated that posttest means self-efficacy in ACLS skills was significantly higher than pretest ($p < .01$). Nursing instructors should be expected to provide SBL in ACLS skills before practicing in clinic. Moreover, SBL can be used as an alternative training to develop nursing skills.

Key words: Simulation-based learning, self-efficacy, Advanced Cardiac Life Support

¹ Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: julsiri@gmail.com

บทนำ

การเรียนการสอนในคลินิกช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้การนำแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง ตลอดจนได้พัฒนาบทบาทและคุณลักษณะที่จำเป็นของพยาบาล แต่บ่อยครั้งที่นักศึกษาเกิดความยากลำบากในการถ่ายโอนความรู้จากห้องเรียนหรือห้องปฏิบัติการสู่การปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง¹ ทำให้ขาดความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติ อันเป็นสาเหตุให้นักศึกษาเกิดความวิตกกังวล และกลัวที่จะทำผิดพลาด² ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ในการฝึกงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 เนื่องจากเป็นวิชาที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติของชีวิต เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด การดูแลผู้ที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเผชิญกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และนำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ประกอบกับวิชานี้ยังกำหนดให้นักศึกษาต้องมีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นคืนชีวิตซึ่งเป็นประสบการณ์ที่พบได้ยาก และวิทยาลัยฯ มีการสอนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงในช่วงก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานเพียง 2-3 ชั่วโมง ดังนั้นเมื่อนักศึกษาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าว ก็ง่ายที่จะทำให้ไม่มั่นใจและเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาของ Ying² พบว่า การจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning: SBL) โดยใช้หุ่นชนิดปฏิบัติการขั้นสูง (High-fidelity) จะทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้เสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้มาในการแก้ปัญหาภายใต้สถานการณ์ที่สามารถควบคุมได้ และไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ซึ่ง Hendrickse, Ellis, & Morris³ ได้กล่าวว่า การเรียนรู้การช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยใช้สถานการณ์จำลอง จะช่วยพัฒนาความรู้ ทำให้คุ้นเคยกับอุปกรณ์และขั้นตอนต่าง ๆ โดยขั้นสรุป (Debrief)

ที่ให้คู่มือเพื่อสะท้อนคิดเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีวิต ถือเป็นวิธีการสังเกตที่มีคุณค่า และช่วยวิเคราะห์การทำงานเป็นทีมได้ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตให้ดีขึ้น^{4, 5} ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง^{6, 7} และช่วยพัฒนาภาวะผู้นำ⁸ โดยการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตที่จะทำให้มั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงนั้น ต้องสะท้อนถึงแนวทางการปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based guidelines) และเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตด้วยสถานการณ์จำลอง จะต้องใช้สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับหัวใจหยุดเต้นที่หลากหลาย³ ซึ่งวิธีการสอนดังกล่าวทำให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ทั้งจากการลงมือปฏิบัติและจากการสังเกตนักศึกษาคนอื่นปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง รวมทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มุมมองเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงในขั้นสรุป ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura^{9, 10} ถือเป็นแหล่งสำคัญที่ใช้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการทำกิจกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์จริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมาใช้ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง เพราะทำให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งได้รับแรงจูงใจในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง จึงช่วยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงให้ดีขึ้น จนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง (ACLS) ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยก่อนทดลอง (Pre-Experimental Designs) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (Single- Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มเป้าหมาย เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power version 3.0.10 สำหรับ paired t-test¹¹ เพื่อให้มีขนาดอิทธิพลของประชากร (Effect size) เท่ากับ .5 และให้มีอำนาจในการทดสอบเท่ากับร้อยละ 95 ได้จำนวนกลุ่มเป้าหมายเท่ากับ 54 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจากการถอนตัวจากการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มเป้าหมายอีก 16 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีจำนวนกลุ่มเป้าหมาย เท่ากับ 70 คน ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีคุณสมบัติการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

1. เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ตั้งแต่เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2558

2. เป็นผู้ที่ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาหัวใจและหลอดเลือด ในวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2557

3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมในช่วงเตรียมนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน (Pre-clinic) วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ได้ทุกขั้นตอน

กลุ่มเป้าหมายทุกคนได้รับการสอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เมื่อวันที่ 16 มกราคม พ.ศ.2558

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองประกอบด้วย

1. สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาของหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 สถานการณ์ คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะและกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ที่มีปัญหาหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีปัญหาของหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 42 คน หลังจากนั้นนำสถานการณ์มาปรับปรุง แล้วนำไปใช้จริง

2. เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย 1) คู่มือครูสำหรับการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง 2) แบบบันทึกการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง 3) แบบตรวจสอบรายการอุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลอง 4) คู่มือนักศึกษาสำหรับการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้น เกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปี

ที่ 3 จำนวน 42 คน หลังจากนั้นนำเอกสารประกอบการเรียนรู้มาปรับปรุง แล้วนำไปใช้จริง

3. หุ่นชนิดปฏิบัติการขั้นสูง (High-fidelity) รุ่น SimMan 3G Essential

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด Social Cognitive Theory ของ Albert Bandura จำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ด้านการตัดสินใจปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและขอความช่วยเหลือ จำนวน 5 ข้อ ด้านการเตรียมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จำนวน 5 ข้อ ด้านการปฏิบัติการร่วมกับทีมใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 7 ข้อ ด้านการปฏิบัติการติดเครื่องและอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านการปฏิบัติการนวดหัวใจ จำนวน 7 ข้อ ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพโดยรวม จำนวน 5 ข้อ โดยให้นักศึกษาระบุระดับร้อยละที่ตรงตามความเป็นจริงในขณะนี้ มีค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0 – 100 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์พยาบาลที่ศึกษาแนวคิดของ Social Cognitive Theory ของ Albert Bandura จำนวน 3 คน นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 42 คน มีค่าความเที่ยงของ Cronbach' s alpha เท่ากับ .97

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง และ ระยะทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง ดำเนินการดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยมอบคู่มือครูสำหรับการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง แบบบันทึกการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง และแบบตรวจสอบรายการอุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลอง พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับสถานการณ์จำลอง และทดลองใช้สถานการณ์จำลอง หลังจากนั้นจึงปรับปรุงสถานการณ์จำลองในประเด็นที่เข้าใจไม่ตรงกัน

2. ชี้แจงขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ รวมทั้งทดลองจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าใจตรงกันและดำเนินการจัดการเรียนรู้ในแนวทางเดียวกันทุกครั้ง

3. เตรียมหุ่นและห้องปฏิบัติการให้เสมือนจริง

4. เตรียมกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกันโดยจัดให้มีนักศึกษาที่เรียนเก่ง ปานกลาง และอ่อนอยู่ด้วยกัน

ระยะทดลอง เป็นการทดลองขณะที่นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ชั้นฝึกภาคปฏิบัติในภาคการศึกษาที่ 2 และภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2557 นักศึกษาจึงถูกแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อหมุนเวียนฝึกภาคปฏิบัติ การวิจัยนี้ดำเนินการทดลองเมื่อนักศึกษาชั้นฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ณ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม/หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม/หอผู้ป่วยหนักฉุกเฉินเป็นวันแรกในช่วงเดือนมีนาคม – กรกฎาคม 2558 มีจำนวน 5 กลุ่มๆ ละ 8-16 คน ตามตารางการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงดำเนินการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองจำนวน 5 ครั้ง แต่แต่ละครั้งมีขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ดังนี้

1. นักศึกษาทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พร้อมทั้งแจกคู่มือนักศึกษาสำหรับการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง และอธิบายวิธีการเรียน 1 วันก่อนดำเนินการวิจัย เพื่อให้ นักศึกษาเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการเรียนรู้

2. จัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองให้กับนักศึกษาในวันแรกของกลุ่มที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม/หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม/หอผู้ป่วยหนักฉุกเฉิน จำนวน 2 สถานการณ์ โดยพักระหว่างสถานการณ์

เป็นเวลา 10 นาที ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 40 นาที แต่ละสถานการณ์มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นเตรียม (Pre-brief) บอกวัตถุประสงค์การเรียนรู้ แนะนำอุปกรณ์และห้องปฏิบัติการ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2.2 ขั้นเรียน (Scenario) เป็นการฝึกปฏิบัติกับหุ่นชนิดปฏิบัติการขั้นสูงตามสถานการณ์ที่กำหนด ใช้เวลาประมาณ 15 นาที กำหนดให้มีนักศึกษาเล่นสถานการณ์ จำนวน 4 คน นักศึกษาที่เหลือ จำนวน 4-12 คน สังเกตการเล่นสถานการณ์

2.3 ขั้นสรุป (Debrief) เป็นการอภิปรายสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกันด้วยวิธีการสะท้อนคิดหลังสิ้นสุดการเล่นสถานการณ์ (Reflection-on-action) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที สำหรับผู้ดำเนินการในขั้นนี้ จะเป็นคนเดียวที่ตลอดการวิจัย โดยเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง และได้ฝึกการสะท้อนคิดในขั้นสรุปมาแล้ว

3. ให้นักศึกษาทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงอีกครั้ง

เมื่อดำเนินการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองครบทั้ง 5 ครั้ง จะมีนักศึกษาที่เล่นสถานการณ์ จำนวน 40 คน มีนักศึกษาที่สังเกตสถานการณ์ จำนวน 30 คน และนักศึกษาทั้ง 70 คนเข้าร่วมอภิปรายในขั้นสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงจำแนกตามการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงและการเห็น/สังเกตการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อนด้วย Independent t-test แบบสองทาง โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < .01$ ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Shapiro-Wilk มีค่า $p > .01$ และค่า Fisher skewness coefficient, Fisher kurtosis coefficient มีค่าอยู่ในช่วง -2.58 ถึง +2.58 จึงถือว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงจำแนกตามสถิติ

ตัวแปรต้น	คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง								
	ก่อนเล่นสถานการณ์			หลังเล่นสถานการณ์			ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเล่นสถานการณ์		
	1*	2**	3***	1*	2**	3***	1*	2**	3***
การเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง									
เคย (n = 19)	p=.14	1.89	0.71	p=.74	0.10	-0.78	p=.57	-0.92	-0.60
ไม่เคย (n = 46)	p=.09	1.22	-1.05	p=.24	-2.03	1.28	p=.28	0.97	-0.88

ตัวแปรต้น	คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง								
	สูง						ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเล่นสถานการณ์		
	ก่อนเล่นสถานการณ์			หลังเล่นสถานการณ์					
	1*	2**	3***	1*	2**	3***	1*	2**	3***
การเห็น/สังเกตการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อน									
เคย (n =30)	p=.13	0.58	-1.30	p=.21	1.17	-0.67	p=.71	0.08	-0.67
ไม่เคย (n =35)	p=.07	2.13	0.79	p=.18	-1.74	0.20	p=.41	0.81	-0.58

* Shapiro-Wilk, ** Fisher skewness coefficient, *** Fisher kurtosis coefficient

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ด้วย Paired t-test แบบสองทาง โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < .01$ ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า คะแนนความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงก่อนและหลังเล่นสถานการณ์ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov เท่ากับ 0.66 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .20 และมีค่า Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient เท่ากับ 0.89 และ -0.64 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง -2.58 ถึง +2.58 จึงถือว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ซึ่งลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 70 คน เข้าร่วมงานวิจัยครบทุกขั้นตอน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 95.40 มีอายุเฉลี่ย 21.09 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.51-3.00 มากที่สุด จำนวน 34 คน รองลงมา คือ 3.01-3.50 จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 53.97 และ 41.27 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 65 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			คะแนนเฉลี่ยสะสม*		
ชาย	3	4.60	< 2.51	3	4.76
หญิง	62	95.40	2.51-3.00	34	53.97
อายุ			3.01-3.50	26	41.27
≤ 20 ปี	9	13.85	ค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยสะสม		2.63
> 20 ปี	56	86.15	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยสะสม		.58
อายุน้อยที่สุด	18				
อายุมากที่สุด	23				
ค่าเฉลี่ยของอายุ		21.09			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ		.79			

กลุ่มตัวอย่างเคยเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 29.23 แหล่งการเรียนรู้มีทั้งมาจากแหล่งเดียวและหลายแหล่ง กรณีเรียนรู้จากแหล่งเดียว ส่วนใหญ่เรียนรู้มาจากการอ่านหนังสือ จำนวน 4 คน รองลงมาคือ การสอนในห้องเรียน จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 21.05 และ 15.79 ตามลำดับ กรณีเรียนรู้จากหลายแหล่ง ส่วนใหญ่เรียนรู้จากการสอนในห้องเรียน การอ่านหนังสือ และการค้นคว้าจาก Internet จำนวน 4 คน รองลงมาคือ การอ่านหนังสือ และการค้นคว้าจาก Internet จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 21.05

และ 15.79 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเห็น/สังเกตการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อน และไม่เคยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อน มีจำนวน 35 และ 61 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 และ 93.85 ตามลำดับ สำหรับความรู้สึกเมื่อต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 41.54 รองลงมา คือ ทำท่าย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเรียนรู้ (n = 65 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเรียนรู้	จำนวน	ร้อยละ
การเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง		
เคย	19	29.23
ไม่เคย	46	70.77
แหล่งการเรียนรู้การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง (กรณีตอบเคยเรียนรู้)		
การสอนในห้องเรียน	3	15.79
การอ่านหนังสือ	4	21.05
การค้นคว้าจาก Internet	2	10.54
การสอนในห้องเรียนและการอ่านหนังสือ	1	5.26
การสอนในห้องเรียนและการค้นคว้าจาก Internet	1	5.26
การอ่านหนังสือ และการค้นคว้าจาก Internet	3	15.79
การสอนในห้องเรียน การอ่านหนังสือ และการค้นคว้าจาก Internet	4	21.05
การสอนในคลินิก การอ่านหนังสือ และการค้นคว้าจาก Internet	1	5.26
เคยเห็น/สังเกตการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อน		
เคย	30	46.15
ไม่เคย	35	53.85
เคยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อน		
เคย	4	6.15
ไม่เคย	61	93.85
ความรู้สึกเมื่อต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง		
วิตกกังวล	27	41.54
กลัว	12	18.46
ทำท่าย	26	40.00

ผลของการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงหลังเล่นสถานการณ์ทุกด้านเท่ากับ 66.62 ซึ่งสูงกว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงก่อนเล่นสถานการณ์ทุกด้าน มีค่าเท่ากับ

29.57 เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงรายด้าน พบว่า ก่อนเล่นสถานการณ์มีค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยรวมสูงสุดเท่ากับ 32.46 ต่ำสุด คือ ด้านการเตรียมช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง เท่ากับ 27.86 หลังเล่นสถานการณ์มีค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติการนวดหัวใจสูงสุดเท่ากับ 74.62 ต่ำสุด คือ ด้านการปฏิบัติการติดเครื่องและอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เท่ากับ 58.69 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักศึกษาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงจำแนกตามรายด้าน (n = 65 คน)

การปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง	ก่อนเล่นสถานการณ์		หลังเล่นสถานการณ์	
	M	S.D.	M	S.D.
ด้านการตัดสินใจปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตและขอความช่วยเหลือ	28.78	15.72	62.44	14.49
ด้านการเตรียมช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง	27.86	17.53	67.51	14.62
ด้านการปฏิบัติการร่วมกับทีมใส่ท่อช่วยหายใจ	31.84	17.23	70.37	16.51
ด้านการปฏิบัติการติดเครื่องและอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	27.94	15.53	58.69	15.83
ด้านการปฏิบัติการนวดหัวใจ	28.41	21.97	74.62	14.70
ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยรวม	32.46	18.64	62.94	14.08
รวมทุกด้าน	29.57	15.94	66.62	13.44

เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงจำแนกตามการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมีค่าเฉลี่ยต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองใน

การปฏิบัติทักษะดังกล่าวก่อนเล่นสถานการณ์, หลังเล่นสถานการณ์ และความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเล่นสถานการณ์จำลองไม่แตกต่างกัน ($t_{63} = 0.07, p = .95, t_{63} = 0.15, p = .88$ และ $t_{63} = 0.05, p = .96$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจำแนกตามการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงด้วยสถิติ Independent t-test (n = 65 คน)

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิต ขั้นสูง	การเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะ การช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง				Mean difference	t	df	p
	เคย (n = 19)		ไม่เคย (n = 46)					
	M	S.D.	M	S.D.				
ก่อนเล่นสถานการณ์	29.77	14.62	29.49	16.60	0.28	0.07	63	.95
หลังเล่นสถานการณ์	67.02	11.69	66.46	14.21	0.56	0.15	63	.88
ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง เล่นสถานการณ์	37.25	13.46	36.97	20.67	0.28	0.05	63	.96

* $p < .01$

เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงจำแนกตามการเห็น/สังเกตการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยเห็น/สังเกตการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อนมีค่าเฉลี่ย

ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะดังกล่าวก่อนเล่นสถานการณ์, หลังเล่นสถานการณ์ และความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเล่นสถานการณ์จำลองไม่แตกต่างกัน ($t_{63} = 1.75, p = .09, t_{63} = 0.51, p = .61$ และ $t_{63} = -1.10, p = .28$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจำแนกตามการเคยเห็น/สังเกตการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อนด้วยสถิติ Independent t-test (n = 65 คน)

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิต ขั้นสูง	เคยเห็น/สังเกตการปฏิบัติทักษะ การช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อน				Mean difference	t	df	p
	เคย (n = 30)		ไม่เคย (n = 35)					
	M	S.D.	M	S.D.				
ก่อนเล่นสถานการณ์	33.25	16.00	26.42	15.41	6.83	1.75	63	.09
หลังเล่นสถานการณ์	67.54	10.01	65.83	15.91	1.71	0.51	63	.61
ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง เล่นสถานการณ์	34.29	17.30	39.41	19.84	-5.12	-1.10	63	.28

* $p < .01$

เมื่อเปรียบเทียบผลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า หลังเล่นสถานการณ์มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้

ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงสูงกว่าก่อนเล่นสถานการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิต
 ขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์
 จำลองด้วยสถิติ paired t-test (n = 65 คน)

กลุ่ม	mean	sd	$\bar{D}$	SD_d	t	df	p
ก่อนการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง	29.57	15.94	37.05	2.32	15.94	64	<.001*
หลังการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง	66.62	13.44					

* $p < .01$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ร้อยละ 70.77 ไม่เคยเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง ร้อยละ 93.85 ไม่เคยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อน ร้อยละ 41.54 รู้สึกวิตกกังวลเมื่อต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง และร้อยละ 18.46 รู้สึกกลัวเมื่อต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง แต่ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงสูงกว่าก่อนเล่นสถานการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองน่าจะช่วยให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองมีการเลือกใช้สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะหัวใจหยุดเต้นที่มีโอกาสเกิดขึ้นบนหอผู้ป่วย จึงทำให้นักศึกษามั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง³ นอกจากนี้การจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองยังยึดหลักของการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (Kolb's cycle of experimental learning) โดยมีการแบ่งนักศึกษาส่วนหนึ่งเข้าไปเล่นสถานการณ์ ส่วนหนึ่งสังเกตการเล่นสถานการณ์ แล้วจึงสรุป (Debrief) ในลักษณะที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ทำให้นักศึกษาได้พัฒนากระบวนการคิดภายในที่เกิดจากประสบการณ์

ตรงที่มีผลต่อการกระทำครั้งต่อไป¹² ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของ Bandura^{9, 10} ได้ดังนี้

การที่นักศึกษาได้ปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงในการเล่นสถานการณ์จำลองถือเป็นการปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นแหล่งที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะประสบการณ์จะมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรม ถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมนั้นๆ จะทำให้บุคคลมีความมั่นใจและสามารถกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้าย ๆ กันได้อย่างดี^{9, 10} ดังนั้นการที่นักศึกษาได้มีโอกาสปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงและประสบความสำเร็จในการปฏิบัติทักษะดังกล่าว จึงสนับสนุนให้นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

ส่วนนักศึกษาที่ได้สังเกตนักศึกษาคนอื่นปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงและประสบความสำเร็จในการปฏิบัติทักษะดังกล่าว ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะจะทำให้บุคคลเปรียบเทียบความสามารถของตนเองกับของบุคคลอื่นในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ถ้าบุคคลเห็นคนอื่นที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ก็จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น^{9, 10} ดังนั้นการจัดกลุ่มให้นักศึกษาที่เรียนเก่ง ปานกลาง และอ่อนอยู่ด้วยกันจึงทำให้นักศึกษาที่มีความสามารถในการเรียนรู้ต่างกันได้เข้าเล่นสถานการณ์ด้วยกัน นักศึกษาคนอื่นที่เป็นผู้สังเกตจึงมีโอกาสสังเกต

และเปรียบเทียบตนเองกับนักศึกษาคนอื่นที่มีความสามารถในการเรียนรู้ใกล้เคียงกับตนในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง และเมื่อนักศึกษาผู้นั้นสามารถปฏิบัติทักษะดังกล่าวได้ประสบความสำเร็จ ก็จะทำให้ นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้

นักศึกษาทุกคนได้ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงในชั้นสรุปโดยใช้วิธีการสะท้อนคิดหลังสิ้นสุดการเล่นสถานการณ์ (Reflection-on-action) ซึ่งผู้สอนจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้แบบ Active learning โดยการสร้างบรรยากาศที่ไม่คุกคามผู้เรียน รับฟังผู้เรียนอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงจากการเล่นสถานการณ์จำลองทั้งในด้านบวกและด้านลบ และให้เสนอทางเลือกเพื่อให้การปฏิบัติทักษะดังกล่าวดีขึ้น รวมทั้งใช้การเสริมแรงทางบวกเพื่อจูงใจให้ผู้เรียนมีความพยายามในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะการพูดชักจูงให้บุคคลเชื่อว่าสามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ จะทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ^{9, 10} ดังนั้นการที่นักศึกษาทุกคนได้ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง ร่วมกับการได้มีประสบการณ์ตรงหรือได้สังเกตการปฏิบัติทักษะดังกล่าวในสถานการณ์จำลอง จึงทำให้นักศึกษามีแรงจูงใจ และเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตได้ จึงทำให้นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องของการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยแบบ Pretest-posttest design ของ Roh, Lim, & Issenberg⁶ ที่ศึกษาเกี่ยวกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างมีคะแนนความรู้และคะแนนความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีวิตหลังเรียนด้วยการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองร่วมกับการฝึกภาคปฏิบัติสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 และมีทักษะเกี่ยวกับปริมาตรการช่วยหายใจ อัตราการช่วยหายใจ การวางมือเพื่อกดหน้าอก และความลึกในการกดหน้าอกสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยแบบ Quasi-experimental design ของ มาลี คำคง ผาณิต หลีเจริญ ยุวนิดา อารามรมย์ และ อริสา จิตต์วิบูลย์⁷ ที่ทำการศึกษากับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถของตนเองหลังได้รับการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จำนวน 19 คนเคยเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง แต่ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการสอนในห้องเรียน การอ่านหนังสือ และการค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ต และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนเคยเห็น/สังเกตการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงมาก่อน แต่เป็นเรียนรู้จากการอ่านและฟัง ซึ่งไม่ได้ลงมือปฏิบัติ ดังนั้นจึงไม่ได้ช่วยพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูง ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะดังกล่าวไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยเรียนรู้ทักษะดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงก่อนเล่นสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยเรียนรู้และไม่เคยเรียนรู้ทักษะดังกล่าวใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 29.77 และ ร้อยละ 29.49 เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นสูงก่อนเล่นสถานการณ์ไม่

แตกต่างกัน ($t_{63} = 0.07, p = .95$) ส่วนค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขึ้นสูงก่อนและหลังเล่นสถานการณ์ของทั้งสองกลุ่มก็ไม่แตกต่างกัน ($t_{63} = 0.05, p = .96$) เช่นกันสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เคยสังเกตการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตขึ้นสูงมาก่อน มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขึ้นสูงก่อนเล่นสถานการณ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยสังเกตทักษะดังกล่าว คือ ร้อยละ 33.25 และ ร้อยละ 26.42 แต่ผลการทดสอบความแตกต่างด้วย Independent t-test ก็พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขึ้นสูงก่อนเล่นสถานการณ์ไม่แตกต่างกัน ($t_{63} = 1.75, p = .09$) ส่วนค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขึ้นสูงก่อนและหลังเล่นสถานการณ์ของทั้งสองกลุ่มก็ไม่แตกต่างกัน ($t_{63} = -1.10, p = .28$) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองจึงน่าจะมีผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขึ้นสูงเพิ่มขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย ควรศึกษาโดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบ Randomized controlled trial เพื่อเป็นการลดความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือในการสรุปความเป็นเหตุเป็นผลของการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง

ด้านการจัดการเรียนการสอน ผู้สอนควรจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขึ้นสูงก่อนฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักศึกษาในการปฏิบัติทักษะดังกล่าวให้ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดความ

มั่นใจ และลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผู้สอนควรใช้การจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองเป็นทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่สนับสนุนทุนการวิจัย หุ่นชนิดปฏิบัติการขั้นสูง รุ่น SimMan 3G Essential และอุปกรณ์ที่ใช้การทดลองจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Broussard L, Myers R, and Lemoine J. Preparing pediatric nurses: The role of simulation-based learning. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 2009; 32:4-15.
2. Ying LS. Intergration of simulation-based learning in the nursing programme: A reflection. Singapore Nursing Journal 2011; 38:28-31.
3. Hamilton R. Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 2005;51: 288-97.
4. Wayne DB, Didwania A, Feinglass J, Fudala MJ, Barsuk JH, & McGaghie WC. Simulation-Based Education improves quality of care during cardiac arrest team responses at an academic teaching hospital a case-control study. CHEST 2008; 133:56-61.
5. Aldosary FF. The use of high-fidelity mannequin training to improve the

- quality of healthcare providers' performance of CP. J Transl Sci 2018; 4:1-5.
6. Roh YS, Lim EJ, & Issenberg SB. Effects of an integrated simulation-based resuscitation skills training with clinical practicum on mastery learning and self-efficacy in nursing students. Collegian 2016; 23:53-9.
7. มาลี คำคง ผาณิต หลีเจริญ ยุวนิดา อารามรมย์ และอริสา จิตต์วิบูลย์. ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3:52-64.
8. Wang C, Huang C-C, Lin S-J, & Chen J-W. Using multimedia tools and high-fidelity simulations to improve medical students' resuscitation performance: an observational study. BMJ Open 2016; 6:e012195.
9. Bandura A. Self-Efficacy the exercise of control. U.S.A.: W.H.Freeman and company; 1997.
10. Lenz ER & Shortridge-Baggett LM. Self-Efficacy in Nursing Research and Measurement Perspectives. U.S.A.: Maple-Vail Book Manufacturing Group; 2002.
11. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, & Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007; 39:2:175-91.
12. สุพรรณณี กัณห์ทิลก และ ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ. การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง: การออกแบบการเรียนรู้ทางการพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2559;9:1-14.

Received: 1 Apr 2020, Revised: 5 May 2020,

Accepted: 18 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพร สำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อวิน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี

อำพล บุญเพียร^{1*} ประณต ชาเครือ² จันทรา วันพิรุณ² ชนกธิดา ลิไธสง²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของการใช้ผลิตภัณฑ์ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพร พัฒนาดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพร และศึกษาความพึงพอใจของการใช้ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพร กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อวิน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 100 คนที่ได้จากการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบไปด้วย แบบสนทนากลุ่ม ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพร แบบประเมินคุณภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มโดยวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความต้องการผลิตภัณฑ์ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพรหอมระเหยตะไคร้หอมในรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ง่ายต่อการใช้งาน ลดการสัมผัสกับผิว และสามารถประดับตกแต่งที่พักอาศัยได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาเป็นดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพรซึ่งกลีบดอกทำมาจากผ้าใยบัว ตัวก้านเป็นไม้หวาย ขวดบรรจุเป็นขวดแก้วสีชา ภายในขวดบรรจุน้ำมันหอมระเหยตะไคร้ร้อยละ 100 จำนวน 10 มิลลิลิตร เอทิลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 70 จำนวน 20 มิลลิลิตร พร้อมคู่มือการใช้งาน โดยอาสาสมัครมีความพึงพอใจต่อการใช้ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพรภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.13$, $SD=0.18$) ดังนั้นดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพรสามารถเป็นทางเลือกในการไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพรของประชาชนได้

คำสำคัญ ดอกไม้ประดิษฐ์ ไผ่กิ้งกิ้งสนุนไพร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ่อวิน

¹ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อวิน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี

*Corresponding author: aumpoltor@hotmail.com

*Original Article***Development of artificial flower mosquito repellent products of herbal scent for people in the responsibility area of Bowin Health Promoting Hospital, Si Racha District, Chon Buri Province**

Aumpol Bunpean^{1*},
Pranote Chakruea², Jantra Wanphirun² and Chanokthida Lithaisong²

Abstract

This research and development aimed to analyze the state and the cause of problem in used mosquito repellent products. Development of artificial flower mosquito repellent products of herbal scents. Study of satisfaction by using of mosquito repellent products of herbal scents. The sample of this research were 100 volunteers aged 20 years and over. The research tools were focus group discussion, and evaluation of products mosquito repellent of herbal scents. Method research used 4 steps, Study of problem state, Design Trial and Evaluation. Analyzes satisfaction data by content analysis, mean ($\bar{X}$) and standard deviation (SD). The results of the research showed population wanted products mosquito repellent from Citronella essential oil, Easy to used, Reduce exposure, Good ability of mosquito repellent and can decorate. The researcher then developed an artificial flower with mosquito repellent, herbal scent, which the petals are made from lotus fiber fabric. The stem is rattan wood. The bottle is colored glass. Inside the bottle contains 10 ml. of citronella oil, 10 ml. of ethyl alcohol, 70% concentration of 20 ml., including instruction manual. The results of the research showed volunteers were satisfied with the use artificial flowers herbal scent mosquito repellent products in the high level ($\bar{X}$ =4.13, SD=0.18). Thus, it could be concluded that the artificial flower mosquito repellent products of herbal scents can be a guideline in the development of mosquito repellent products.

Keywords: artificial flower products, mosquito repellent, Bowin health promoting hospital

¹Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

²Bowin health promoting hospital, Si Racha District, Chon Buri Province

*Corresponding author: aumpoltor@hotmail.com

บทนำ

ยุงเป็นแมลงที่พบได้ทั่วโลกมีประมาณ 3,450 ชนิด กำเนิดขึ้นในโลกตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์ เมื่อประมาณ 38-54 ล้านปีมาแล้ว พบมากในเขตร้อนและเขตอบอุ่น จัดอยู่ในไฟลัม Arthropoda ซึ่งสิ่งมีชีวิตร้อยละ 85 อยู่ในไฟลัมดังกล่าว ทงหญา แพรรี่ (Prairie) ริมชายฝั่งในเมือง ฟลามิงโก (Flamingo) เป็นสถานที่ที่มียุงมากที่สุดในโลก และที่บึง "เอเวอร์เกลด (Everglade)" แห่งรัฐฟลอริดา (Florida) เป็นแหล่งขยายพันธุ์ที่เหมาะสมของยุงสำหรับในประเทศไทยพบว่ามียุงอย่างน้อย 412 ชนิด มีชื่อเรียกตามภาษาไทย คือ ยุงลาย (Aedes) ยุงรำคาญ (Culex) ยุงก้นปล่อง (Anopheles) ยุงเสือหรือยุงลายเสือ (Mansonia) และยุงยักหรือยุงช้าง (Toxorhynchites) ยุงตัวเมียบางชนิดชอบกัดกินเลือดคน (Philic) บางชนิดชอบกินเลือดสัตว์ (Zoophilic) และบางชนิดกัดดูดเลือดโดยไม่เลือก การกัดกินเลือดของยุงมีผลทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคหรือปรสิตต่าง ๆ ก่อให้เกิดโรคร้ายต่าง ๆ ตามมา¹

จากการรายงานพบว่า มีประชาชนจำนวนมากป่วยเป็นโรคที่เกิดจากยุงเป็นพาหะหลายร้อยล้านคนและเสียชีวิตมากกว่า 1 ล้านคน อาทิเช่น โรคไข้เลือดออก (DengueHaemorrhageFever-DHF) ที่เกิดจากยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคมารู้คนพบผู้ป่วยติดเชื้อเฉลี่ยประมาณปีละ 50,000 – 60,000 คน โดยมีอัตราป่วย 5.70 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.16² โรคไข้มาลาเรีย (Malaria) ที่เกิดจากยุงก้นปล่องเป็นพาหะนำโรคมารู้คนพบผู้ป่วยติดเชื้อเฉลี่ยประมาณปีละ 23,000 คน โดยมีอัตราป่วย 36.61 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.08³ โรคเท้าช้าง (LymphaticFilariasis หรือ elephantiasis) เกิดจากยุงหลายชนิดได้แก่ Culex, Anopheles, Aedes, Mansonia และ Coquillettidia เป็นพาหะนำโรคมารู้คนพบผู้ป่วยติดเชื้อเฉลี่ยประมาณปีละ 13 คน โดยมีอัตราป่วย

0.02 ต่อประชากรแสนคน ยังไม่มีรายงานการเสียชีวิต⁴ โรคไข้สมองอักเสบ (Encephalitis) เกิดจากการที่ยุงนั้นพาเชื้อมาจากหมูเป็นพาหะนำโรคมารู้คนพบผู้ป่วยติดเชื้อเฉลี่ยประมาณปีละ 680 คน โดยมีอัตราป่วย 0.97 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายเท่ากับ ร้อยละ 2.40⁵ ไข้ปวดข้อยุงลาย (Chikungunya Fever) เกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรคมารู้คนพบผู้ป่วยติดเชื้อเฉลี่ยประมาณปีละ 1,559 คน โดยมีอัตราป่วย 2.45 ต่อประชากรแสนคน ยังไม่มีรายงานการเสียชีวิต⁶

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคนี้แพร่กระจาย อย่างกว้างขวาง และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 30 ปีที่ผ่านมา ระบาดมากกว่า 100 ประเทศทั่วโลก และคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก มากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบมากในประเทศ เขตร้อนและเขตอบอุ่น⁷ โดยมีพาหะของโรคเป็นยุงลาย เมื่อยุงลายตัวเมียกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไข่ ซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงและเพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย พร้อมทั้งจะเข้าสู่คนที่ถูกกัดต่อไป เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสเดงกีไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไปยังคนที่ถูกกัด ทำให้คนนั้นป่วยได้หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้⁸ อาการของโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงลอยร่วมกับอาการเลือดออก ตับโต เกล็ดเลือดต่ำ และมีการรั่วของพลาสมา ถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วย จะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นที่เรียกว่า dengue shock syndrome (DSS) ภาวะช็อกของผู้ป่วยเกิดจากการรั่วของพลาสมาออกไปยัง ช่องปอด/ช่องท้องมากซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมกับที่มีไข้ ลดลงอย่างรวดเร็ว ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่าง ทันทีท่วงทีจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อก⁹

จากสถิติโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พุทธศักราช 2561 ข้อมูล ณ วันที่ 10 มกราคม 2562 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 85,849 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 111 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 129.96 อัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 0.17 และอัตราการป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.13 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า ภาคกลางนั้นมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ 36,339 ราย มีผู้ป่วยตาย 56 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 162.93 อัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 0.18 และอัตราการป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.13¹⁰ จังหวัดชลบุรีก็เป็นหนึ่งในจังหวัดที่พบกับปัญหาของไข้เลือดออก โดยข้อมูลทางสถิติพบว่า ปีพุทธศักราช 2561 ข้อมูล ณ วันที่ 10 มกราคม 2562 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 2,592 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 173.25 อัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 0.20 และอัตราการป่วยตายร้อยละ 0.12 ซึ่งถือเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยจำนวนสูงที่สุดของเครือข่ายบริการสุขภาพเขตที่ 6 และเมื่อพิจารณาจากอัตราการป่วยด้วยไข้เลือดออกของจังหวัดชลบุรี จำแนกตามอำเภอ ข้อมูล ณ วันที่ 25 มีนาคม 2562 พบว่า อำเภอสัตหีบมีอัตราการป่วยสูงที่สุดในจังหวัดคือ 44.32¹¹

ปัจจุบันยังไม่มียาหรือวัคซีนใดที่ใช้รักษาโรคไข้เลือดออกได้โดยตรง การป้องกันโรคไข้เลือดออกจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยมาตรการหลักก็คือการควบคุมยุงพาหะนำโรค การป้องกันการสัมผัสยุงพาหะนำโรค โดยสารเคมีที่นิยมนำมาเป็นผลิตภัณฑ์ป้องกันและไล่ยุงจะมีสารออกฤทธิ์สำคัญคือ N, N-diethyl-m-toluamide (DDT) ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพสูงออกฤทธิ์กว้างในการไล่ยุง นิยมใช้อย่างกว้างขวาง แต่มีข้อเสียคือ มีกลิ่นค่อนข้างฉุน และอาจเกิดอาการแพ้สารและมีความเป็นพิษต่อผู้บริโภคเกิดการระคายเคืองต่อตาและผิวหนัง ไม่ปลอดภัยสำหรับเด็ก¹² ซึ่ง

ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อวิน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ก็พบกับปัญหาของการใช้ผลิตภัณฑ์ การป้องกัน/ไล่ยุงเช่นเดียวกันกล่าวคือ การใช้ผลิตภัณฑ์รูปแบบยาจุดกันยุง เกิดความท้อแท้ รู้สึกเหมือนสูตรเดิมซ้ำๆ เข้าไปส่งผลอันตรายต่อร่างกาย กลิ่นฉุนที่ไม่พึงประสงค์มีผลทำให้เกิดอาการไอ หายใจไม่สะดวก ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับ และเสี่ยงต่อการเกิดอาการแพ้ ลักษณะเป็นผลิตภัณฑ์ชนิดน้ำที่บรรจุในภาชนะที่มีหัวฉีดสเปรย์ให้พ่นเป็นละอองฝอยขนาดเล็ก เนื่องจากเป็นสารเคมีจึงต้องหลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยตรง ต้องฉีดทิ้งไว้เป็นระยะเวลานานถึงจะสามารถใช้ห้องได้ ในรูปแบบของน้ำใช้ทาตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่สามารถทาบริเวณผิวบางได้ มีอาการระคายเคืองแพ้ ผลิตภัณฑ์ป้องกันยุงในรูปแบบโลชั่นทาป้องกันยุง เมื่อทาเกิดความเหนียวเหนอะหนะตัว และเมื่อเหงื่อออกก็จะหมดความสามารถในการไล่ยุง รูปแบบไม้ตียุงต้องเสียเวลาในการแกว่งไปมาและทำลายชีวิตของยุงซึ่งผิดหลักศีลธรรม¹³

จากความเป็นมาและความสำคัญข้างต้น คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการควบคุมป้องกันและบรรเทาผลกระทบเพื่อให้สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกกลับอยู่ในสภาวะที่ไม่รุนแรง จึงได้มีแนวคิดที่จะทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาดอกไม้ประดิษฐ์ไล่ยุงกลิ่นสมุนไพร สำหรับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อวิน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของการใช้ผลิตภัณฑ์ไล่ยุงของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อวิน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี แล้วนำมาพัฒนาดอกไม้ประดิษฐ์ไล่ยุงกลิ่นสมุนไพร และทดลองใช้เพื่อศึกษาความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อการใช้ดอกไม้ประดิษฐ์ไล่ยุงกลิ่นสมุนไพร ผลของการวิจัยจะสามารถนำมาเป็นทางเลือกในการใช้เป็นผลิตภัณฑ์ไล่ยุงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยและพัฒนา (research and development)

กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ยินดีให้การสัมภาษณ์และมีประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์ไต้ยุงมาอย่างน้อย 2 ชนิด ในการทดลองใช้ดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดขนาดความคลาดเคลื่อน +10% จากประชากรจำนวน 24,344 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องทางเดินหายใจ เกณฑ์คัดออกคือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับกลิ่น มีประวัติการแพ้กลิ่นหอม หรือน้ำมันหอมระเหย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย เครื่องมือ 4 ชนิดดังต่อไปนี้

1. เทคนิคและแนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นการสนทนากลุ่มโดยใช้ข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ คือ ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการไต้ยุงรูปแบบเดิมเป็นอย่างไร ท่านพบปัญหาในการใช้ผลิตภัณฑ์ในการไต้ยุงรูปแบบเดิมหรือไม่อย่างไร รูปแบบผลิตภัณฑ์ไต้ยุงที่ท่านต้องการควรมีลักษณะอย่างไร ท่านคิดอย่างไรในการนำน้ำมันหอมระเหยจากสมุนไพรมาสร้างเป็นผลิตภัณฑ์ไต้ยุง และท่านต้องการผลิตภัณฑ์ไต้ยุงที่ทำจากสมุนไพรหรือไม่ และควรเป็นสมุนไพรชนิดใด

2. เครื่องมือที่เป็นดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพร ประกอบไปด้วย

2.1 ดอกไม้ประดิษฐ์ จำนวน 3 ดอก ทำจากหลอดห่อหุ้มด้วยผ้าใยบัวทำเป็นรูปกลีบดอกไม้

2.2 ขวดบรรจุน้ำมันหอมระเหย ทำมาจากขวดเครื่องสำอางที่ไม่ใช้แล้ว ขนาด 150

มิลลิลิตร ภายในขวดบรรจุสูตรน้ำมันหอมระเหย จำนวน 30 มิลลิลิตร

2.3 น้ำมันหอมระเหย ที่ได้จากการสกัดต้นตะไคร้หอมโดยวิธีการกลั่นด้วยไอน้ำ (steam distillation) ให้อยู่ในรูปของน้ำมันหอมระเหย

2.4 คู่มือการใช้งาน ประกอบไปด้วย ชื่อนวัตกรรม ส่วนประกอบ วิธีการใช้งาน นวัตกรรม ประโยชน์และข้อควรระวัง

3. แบบประเมินคุณภาพดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพร ประกอบไปด้วยการประเมินคุณภาพ 5 ด้าน โดยคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เกณฑ์การให้คะแนนมี 2 ระดับ คือ ผ่าน ไม่ผ่าน และมีช่องว่างให้แสดงความคิดเห็น ในการปรับปรุงดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพร มีจำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ ได้แก่

3.1 ด้านรูปลักษณ์ดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพรจำนวน 3 ข้อ

3.2 ด้านการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพร จำนวน 5 ข้อ

3.3 ด้านความคงทนของดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพร จำนวน 3 ข้อ

3.4 ด้านขวดบรรจุภัณฑ์น้ำมันหอมระเหย จำนวน 3 ข้อ

3.5 ด้านคู่มือการใช้งาน จำนวน 2 ข้อ

4. แบบประเมินความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

4.1 ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายปิด (close-ended question) เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา

4.2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด จำนวน 16 ข้อ โดยถามในประเด็น

เกี่ยวกับ 1) ด้านรูปลักษณ์ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่
กลั่นสมุนไพรจำนวน 3 ข้อ 2) ด้านการใช้งาน
ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพร จำนวน 5 ข้อ
3) ด้านความคงทนของดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่น
สมุนไพร จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านขอคบรรจุภัณฑ์
น้ำมันหอมจำนวน 3 ข้อ 5) ด้านคู่มือการใช้งาน
จำนวน 2 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินความ
พึงพอใจ มีดังนี้

5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อการใช้
งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพรมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อการใช้
งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพรมาก

3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อการใช้
งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพรปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อการใช้
งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพรน้อย

1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจต่อการใช้
งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพรน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน จากแบบประเมิน
ความพึงพอใจของกลุ่มอาสาสมัครประชาชนใน
เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพประจำตำบลบ่อวิน อำเภอสรีราชา จังหวัด
ชลบุรี ต่อการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่น
สมุนไพรโดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบประเมินแต่ละ
คนรวมกันหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักเกณฑ์การ
แปลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย
ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
4.50 – 5.00	มากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพโดยการหาค่า
ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พบว่า คำถามที่ใช้ในการสนทนา
กลุ่ม (focus group discussion) มีค่า IOC มากกว่า
0.5 ทุกข้อ จึงไม่มีการแก้ไข แบบประเมินคุณภาพ
ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพรมีการตัดคำถาม
ออก 1 ข้อ เนื่องจากมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 แบบ
ประเมินความพึงพอใจมีการตัดคำถามออก 1 ข้อ
เนื่องจากมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5

2. การประเมินคุณภาพดอกไม้ประดิษฐ์
ไผ่กลั่นสมุนไพรโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน
ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการ
สาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคติดต่อ
จำนวน 1 ท่าน และแพทย์แผนไทยประยุกต์
จำนวน 1 ท่าน ซึ่งจากการประเมินคุณภาพพบว่า
ผ่านทุกด้าน จึงไม่ได้มีการปรับปรุงคุณภาพของ
ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพร

3. ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือผู้
ศึกษานำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งาน
ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพรมาทดสอบ
คุณภาพโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน
บาค (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่ม
30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า
ความสัมพันธ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่ง
ได้ค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ขั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา
โดยใช้ focus group discussion (FGD) กลุ่ม
ตัวแทนประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อวิน อำเภอสรี
ราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 8 คน เพื่อศึกษา
วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการใช้
ผลิตภัณฑ์ไผ่กลั่นรูปแบบเดิม

ระยะที่ 2 ขั้นพัฒนา ผู้วิจัยออกแบบการ
ผลิตดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กลั่นสมุนไพรโดยผู้วิจัย
แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และรูปแบบ ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนอิมสมุนไพร จากนั้นปรับปรุงตามคำแนะนำก่อน สร้างดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนอิมสมุนไพร แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประเมินคุณภาพดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนอิมสมุนไพร และปรับปรุงคุณภาพของดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนอิมสมุนไพรตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้

ระยะที่ 3 ขั้นการทดลองใช้ ผู้วิจัยชี้แจงอาสาสมัครถึงขั้นตอน วัตถุประสงค์ของงานวิจัย แล้วให้อาสาสมัครประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ่อทอง อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยภูมิทดลองใช้ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนอิมสมุนไพร โดยเปิดฝาชวดน้ำมันหอมระเหยแล้วนำดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนอิมทั้ง 3 ดอก เสียบลงที่ปากชวด โดยให้โคนจุ่มลงในน้ำมันหอมระเหย ทิ้งไว้เป็นระยะเวลา 30 นาที แล้วจึงนำไปวางตามห้องนั่งเล่น ห้องทำงาน หรือบริเวณที่ต้องการเพื่อไผ่กวนอิมเป็นระยะเวลา 5 วัน

ระยะที่ 4 ขั้นประเมินผล ให้อาสาสมัครประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนอิมสมุนไพร และวิเคราะห์ผลของแบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนอิมสมุนไพร ใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และข้อเสนอแนะที่ได้จากแบบสอบถามใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่าอาสาสมัครมีประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย ได้แก่ ยาจุดไฟ สเปรย์ฉีดพ่น น้ำใช้ทา โลชั่น และไม้ติ่งไฟฟ้า แต่มีปัญหาในการใช้ คือ รู้สึกมีความเสี่ยงอันตรายต่อร่างกาย ในการ

สัมผัสและสูดดม หรือสัมผัสสารเคมี เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย รวมทั้งระยะเวลาในการป้องกันยังไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีความต้องการผลิตภัณฑ์ไผ่กวนอิมรูปแบบใหม่ พัฒนาจากสารสกัดจากธรรมชาติ กลิ่นตะไคร้หอม ที่มีคุณสมบัติในการไผ่กวนอิมที่ยาวนาน ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน และไม่มีความเสี่ยงต่ออันตรายของผู้ใช้ โดยการใช้ต้องไม่สัมผัสกับผิวหนังโดยตรง ไม่มีควัน ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง ระบบหายใจ และมีลักษณะสวยงามน่าใช้ สามารถใช้ตกแต่งที่พักอาศัยได้

การพัฒนาผลิตภัณฑ์ พบว่า ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนอิมสมุนไพรที่พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย

1. ดอกไม้ประดิษฐ์ จำนวน 3 ดอก โดยก้านดอกทำมาจากก้านไม้หวายปอกเปลือกให้มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2-3 มิลลิเมตร ปลายของแต่ละก้านเป็นดอกไม้ประดิษฐ์จำนวน 1 ดอก ซึ่งประกอบไปด้วยกลีบดอกจำนวน 5 กลีบ โครงสร้างทำจากลวดห่อหุ้มด้วยผ้าใยบัวทำเป็นรูปกลีบดอกไม้ พันด้วยด้าย ดังภาพที่ 1

2. ขวดบรรจุน้ำมันหอมระเหย ทำมาจากขวดเครื่องสำอางกำลังสีขาที่ไม่ใช้แล้ว ขนาด 150 มิลลิลิตร ภายในขวดบรรจุสูตรน้ำมันหอมระเหยจำนวน 30 มิลลิลิตร ดังภาพที่ 2

3. น้ำมันหอมระเหย ที่ได้จากการสกัดต้มน้ำมะนาวโดยวิธีการกลั่นด้วยไอน้ำ (steam distillation) ให้อยู่ในรูปของน้ำมันหอมระเหยสามารถระเหยได้ง่ายที่อุณหภูมิปกติ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยบริษัทเคมีภัณฑ์ จำนวน 10 มิลลิลิตร นำมาผสมกับตัวทำละลายคือ เอทิลแอลกอฮอล์ 70% จำนวน 20 มิลลิลิตร

4. คู่มือการใช้งาน ประกอบไปด้วย ชื่อนวัตกรรม ส่วนประกอบ วิธีการใช้งานนวัตกรรม ประโยชน์และข้อควรระวัง



ภาพที่ 1 ดอกไม้ประดิษฐ์



ภาพที่ 2 ขวดบรรจุน้ำมันหอมระเหย

การทดลองใช้ พบว่าอาสาสมัครที่เป็นประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อวิน อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี ทดลองใช้ดอกไม้ประดิษฐ์ไธยงกลิ่นสมุนไพร จำนวน 100 คน ไม่มีการถอนตัวออกจากการทดลอง ทำให้สามารถประเมินความพึงพอใจในอาสาสมัครได้ 100% อาสาสมัครได้ร่วมมือเป็นอย่างดี และให้ความสนใจดอกไม้ประดิษฐ์ไธยงกลิ่นสมุนไพรเป็นอย่างมาก ไม่พบการรายงานอาการไม่พึงประสงค์

หรือการแพ้จากการใช้ดอกไม้ประดิษฐ์ไธยงกลิ่นสมุนไพร ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร พบว่าอาสาสมัครจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 86.00 เพศชาย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.00 ช่วงอายุที่มากที่สุดอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 ระดับการศึกษาที่มากที่สุด คือต่ำกว่ามัธยมศึกษาลงมา จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	14.00
หญิง	86	86.00
อายุ		
20-30ปี	5	5.00
31-40 ปี	14	14.00
41-50 ปี	35	35.00
51-60 ปี	25	25.00
61 ปีขึ้นไป	21	21.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมลงไป	48	48.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	21	21.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	10.00
สูงกว่ามัธยมขึ้นไป	21	21.00

จากการศึกษาความพึงพอใจต่อดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนกลิ่นสมุนไพรเพื่อไผ่กวนพบว่ามีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X}=4.13$, $SD=0.18$) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงที่สุดคือ ด้านคู่มือการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนกลิ่นสมุนไพรพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.35$, $SD=0.30$) รองลงมาคือ ด้านรูปลักษณ์ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนกลิ่นสมุนไพรพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.08$) ด้านการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนกลิ่นสมุนไพร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.14$, $SD=0.20$) ด้านความคงทนของดอกไม้

ประดิษฐ์ไผ่กวนกลิ่นสมุนไพร ค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.04$, $SD=0.06$) และน้อยที่สุดคือ ด้านขวดบรรจุภัณฑ์น้ำมันหอมระเหย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.96$, $SD=0.07$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และนอกจากนี้ยังได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ดอกไม้มีความสวยงาม มีสีสันสดใส มีกลิ่นหอมจากธรรมชาติ เหมาะสำหรับห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ใช้แล้วยังมีจำนวนลดลง ขนาดเหมาะสมกะทัดรัด และอยากให้จัดการอบรมให้ประชาชนในตำบลได้ประดิษฐ์ไว้ใช้ประจำบ้าน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนกลิ่นสมุนไพรจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n=100)

ข้อมูลทั่วไป	ความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ
ด้านรูปลักษณ์ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนกลิ่นสมุนไพร			
1. มีรูปทรงที่สวยงามน่าใช้	4.28	0.64	มาก
2. มีสีสันสวยงาม	4.19	0.61	มาก
3. มีขนาดที่เหมาะสม	4.13	0.71	มาก
รวม	4.20	0.08	มาก
ด้านการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนกลิ่นสมุนไพร			
1. ไม่ระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ	4.14	0.74	มาก
2. สามารถกระจายกลิ่นได้ดีและทั่วถึง	4.05	0.81	มาก
3. สามารถใช้งานได้สะดวก	4.13	0.66	มาก
4. สามารถไผ่กวนได้	3.92	0.82	มาก
5. มีความปลอดภัยต่อการใช้งาน	4.07	0.69	มาก
รวม	4.14	0.20	มาก
ด้านความคงทนของดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่กวนกลิ่นสมุนไพร			
1. ไม่ชำรุดง่าย	3.99	0.76	มาก
2. สามารถทนต่อสภาพอากาศภายในห้องได้	4.11	0.68	มาก
3. น้ำมันหอมระเหยเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่แยกชั้น	4.01	0.67	มาก
รวม	4.04	0.06	มาก

ข้อมูลทั่วไป	ความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ
ด้านขอพบบรรจุภัณฑ์น้ำมันหอมระเหย			
1. สามารถป้องกันการระเหยของกลิ่นได้	4.04	0.72	มาก
2. มีขนาดเหมาะสม	3.90	0.81	มาก
3. สามารถใช้งานได้สะดวก	3.95	0.76	มาก
รวม	3.96	0.07	มาก
ด้านคู่มือการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพร			
1. รูปร่าง สวยงาม น่าอ่าน	4.14	0.75	มาก
2. เนื้อหาอ่านง่าย กะทัดรัด ได้ใจความไม่ซับซ้อน	4.56	0.68	มากที่สุด
รวม	4.35	0.30	มาก
รวมทุกด้าน	4.13	0.18	มาก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

อาสาสมัครต้องการนวัตกรรมไต้ยุงจากน้ำมันหอมระเหยตะไคร้หอม ที่ง่ายต่อการใช้งาน ลดการสัมผัสกับผิวผู้ใช้โดยตรง มีประสิทธิภาพในการไล่ยุงที่ดี และสามารถนำไปใช้ประดับตกแต่งแหล่งที่พักอาศัยได้ เนื่องจากต้นตะไคร้หอมเป็นพืชที่ปลูกกันมากในตำบลบ่อวิน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี และปัญหาในการใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันยุงของอาสาสมัครคือ รู้สึกมีความเสี่ยงผลอันตรายต่อร่างกาย ในการสัมผัสและสูดดม หรือสัมผัสสารเคมีเสี่ยงต่อการเกิดอหิวาต์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอมลยา สุจิวันพันธ์พงศ์¹⁴ ที่กล่าวว่าตะไคร้หอมเป็นสมุนไพรไล่ยุงที่นิยมมากที่สุดทั่วโลก และยังสอดคล้องกับข้อมูลของงานวิจัยของเบญจวรรณ ต้อมตัน¹⁵ ที่กล่าวว่าผลิตภัณฑ์ไล่ยุงที่วางขายทั่วไปตามท้องตลาด มีส่วนประกอบหลักคือ DEET ซึ่งถ้าสัมผัสทางผิวหนังก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังและตา หากสูดดมเข้าไป ทำให้เกิดการระคายเคืองที่แผ่นเยื่อเมือกและทางเดินหายใจส่วนบน และการได้รับสารเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดอาการแพ้ได้

ดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพร ประกอบไปด้วย ขวดใส่น้ำมันหอมระเหยใช้ขวดเครื่องดื่มชูกำลังสีชาที่ไม่ใช้แล้ว ล้างให้สะอาด ขนาด 150 มิลลิลิตร ใส่ดอกไม้ประดิษฐ์จำนวนทั้งสิ้น 3 ดอก โดยก้านของดอกไม้ทำมาจากไม้หวายขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2-3 มิลลิเมตร โคนจุ่มลงในน้ำมันหอมระเหย ปลายของแต่ละก้านเป็นดอกไม้ประดิษฐ์จำนวน 1 ดอก ซึ่งประกอบไปด้วยกลีบดอกจำนวน 5 กลีบ โครงสร้างทำจากหลอดห่อหุ้มด้วยผ้าใยบัวทำเป็นรูปกลีบดอกไม้ พันด้วยด้ายในขอพบบรรจุภัณฑ์น้ำมันหอมระเหยสมุนไพรกลิ่นตะไคร้หอม จำนวน 30 มิลลิลิตร และมีคู่มือการใช้งาน ซึ่งอธิบายได้ว่า ส่วนประกอบของดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพรทุกส่วนนั้นทำมาจากวัสดุอุปกรณ์เหลือใช้ และพบได้ทั่วไปในชุมชนตำบลบ่อวิน อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับแนวคิดของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม¹⁶ ที่ต้องการให้เกิดการใช้วัสดุให้เกิดประโยชน์สูงสุด

จากการศึกษาความพึงพอใจจากการใช้งานดอกไม้ประดิษฐ์ไต้ยุงกลิ่นสมุนไพร พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X}=4.13$, $SD=0.18$)

อธิบายได้ว่า ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่ยุงกลิ่นสมุนไพรมีรูปลักษณะ ขนาด สี สันที่ความสวยงามน่าใช้ วิธีการใช้ก็ไม่ต้องสัมผัสกับผิวผู้ใช้โดยตรง มีระยะเวลาการใช้งานที่นาน ไม่มีควัน ไม่เสี่ยงต่ออัคคีภัย ใช้งานได้ง่ายสะดวกสบาย และสามารถใช้ตกแต่งบริเวณที่พักอาศัยได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมาก ซึ่งตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ่อวิน สอดคล้องกับทฤษฎีของสุพักตร์ พิบูลย์¹⁷ ที่ว่าด้วยลักษณะนวัตกรรมที่ดี ต้องมีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มีความเหมาะสมกับกับกลุ่มเป้าหมาย การใช้งานง่ายสะดวกไม่ซับซ้อน

โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีความพึงพอใจสูงที่สุดคือ ด้านคู่มือการใช้งาน โดยมีความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{X}=4.35$, $SD=0.30$) อธิบายได้ว่าเนื่องจากคู่มือการใช้งานนั้น ประกอบไปด้วย ขั้นตอนวิธีการ ส่วนประกอบ วิธีการใช้งาน นวัตกรรม ประโยชน์และข้อควรระวังซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคติดต่อ และแพทย์แผนไทยประยุกต์ จึงทำให้คู่มือการใช้งานมีเนื้อหาอ่านง่าย กะทัดรัด ได้ใจความไม่ซับซ้อน สอดคล้องกับบทความของ อารยา องค์เอี่ยม และพงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล¹⁸ ที่กล่าวถึงวิธีวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยวิธีการหาความเที่ยงตรง ไว้ว่า จะสามารถทำให้เครื่องมือที่สร้างเครื่องมือออกมาได้อย่างมีมาตรฐานและคุณภาพ

รองลงมาคือ ด้านรูปลักษณะดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่ยุงกลิ่นสมุนไพรพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.08$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่ยุงกลิ่นสมุนไพร มีรูปทรงคล้ายกับดอกไม้ที่มีความสวยงามตามธรรมชาติของดอกไม้อยู่แล้ว และยังมีผ้าใยบัวที่มีสีสันแตกต่างกันในแต่ละดอกทำให้เพิ่มสีสันมีความ

สวยงาม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะธิดา สีหะวัฒนกุล อารยะ ไทยเที่ยง อนุสรณ์ ใจทน กิตติ ยอดอ่อน และอัมพวัน ยันเสน¹⁹ ที่ทำการพัฒนาผลิตภัณฑ์ดอกไม้ประดิษฐ์ จากผ้าขาวม้าเชิงสร้างสรรค์ ในรูปแบบกรอบรูป 3 มิติ ชุดเครื่องประดับ และแจกันดอกไม้ ที่พบว่า ในรูปแบบแจกันดอกไม้ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจภาพรวมในระดับมาก ($\bar{X}=4.13$, $SD=0.17$)

และน้อยที่สุดคือ ด้านขอขบบรรจุภัณฑ์น้ำมันหอมระเหยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.96$, $SD=0.07$) อธิบายได้ว่า ในด้านของขอขบบรรจุภัณฑ์น้ำมันหอมระเหยที่ได้คะแนนน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ อธิบายได้ว่า เนื่องจากขอขบบรรจุภัณฑ์นั้นดัดแปลงมาจากวัสดุเหลือใช้คือขอขบเครื่องดื่มบำรุงกำลังที่ใช้แล้ว และขาดการตกแต่งเพิ่มเติม ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจขออาสาสมัครต่อการใช้ดอกไม้ประดิษฐ์ไผ่ยุงกลิ่นสมุนไพรเพื่อไผ่ยุง จึงสามารถนำผลของการวิจัยไปใช้กับชุมชนอื่นๆ ต่อไป
2. จากการศึกษาครั้งนี้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัยในการช่วยกระจายกลิ่นน้ำมัน จึงควรนำไปผลิตในทางอุตสาหกรรมต่อไป เพื่อเป็นทางเลือกในการป้องกันยุงแก่ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. Khonkaen Science Center for Education. Insect; 2018 [cited 2019 Sep 15]. 2p. Available from: http://www.kksci.com/elreaning/malan/page/e-lokron_1.html
2. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Weekly Epidemiological Surveillance Report Thailand; 2017 [cited 2017 Feb 13]. 3p.

- Available from:
www.thaivbd.org/n/uploads/file/file_PDF/Dengue/2560/DHF%2021.pdf
3. Department of disease control. Malaria situation [Internet]. Bangkok. Department of disease control; 2010 [cited 2017 Feb 13]. 3p. Available from:
<http://www.thaivbd.org/cms/index.php>
 4. Department of disease control. Lymphatic filariasis [Internet]. Bangkok. Department of disease control; 2012 [cited 2017 Feb 13]. 6p. Available from:
www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/.../0755_Filariasis.pdf
 5. Department of disease control. Encephalitis [Internet]. Bangkok. Department of disease control; 2012 [cited 2017 Feb 13]. 6p. Available from:
www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55.../0155_Encephalitis.pdf
 6. Department of disease control. Chikungunya fever [Internet]. Bangkok. Department of disease control; 2010 [cited 2017 Feb 13]. 5p. Available from:
www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55.../0655_Chikungunya.pdf
 7. Tanprasert S. Effectiveness of the dengue hemorrhagic fever prevention and control program using community participation. Disease Control Journal 2018;44(2): 185-96.
 8. Department of disease control. Dengue fever [Internet]. Bangkok. Department of disease control; 2019 [cited 2019 Apr 19]. 23 p. Available from:
<https://ddc.moph.go.th/th/site/disease/detail/44/symptom>
 9. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Weekly Epidemicological Surveillance Report Thailand 2015;46: 129-43.
 10. Department of disease control. Dengue fever situation [Internet]. Bangkok. Department of disease control; 2019 [cited 2019 Apr 19]. 23 p. Available from:
[https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2561/DHF%2052\(1\).pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2561/DHF%2052(1).pdf)
 11. Bureau of Epidemiology. Epidemiological surveillance results Chonburi province. In: Chonburi Provincial Health Office. Epidemiological. 2019 Mar 29. Viriyakja Meeting Room, Chonburi Provincial Public Health Office.
 12. Hanphakphoom S., Kunhachan Ph., Bhakdeenuan P., Thophon S., Krajangsang S., Chompoosri J., Tawatsin A. Larvicidal and Repellent Activities of Crude Extracts and Essential Oils from Eupatorium odorata Against Aedes aegypti, Culex quinquefasciatus and Anopheles dirus B. SDU Res. J. 2007; 10(3): 129-57.
 13. Interview with people in the responsible area of Bowin Health Promoting Hospital, Si Racha District, Chon Buri Province, 19 February 2019.
 14. Benjawan Tuetun. The effectiveness of standard mosquito repellent products against Ae. Aegypti mosquito repellent

- and chemical sensitive strains of pyrethroid group. Bangkok: SuanDusit University; 2015.
15. Pollution Management Department. Strategy to reduce waste utilization. Bangkok: Ministry of Natural Resources and Environment; 2007.
16. AmolayaSuchivoraphanpong. Effectiveness of Essential Oil of *Alpiniaofficinarum*Hance in Repellency against *Aedesaegypti* and *Culexquinquefasciatus* [Master thesis M.S. Dermatology]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2011. 176.
17. Piboon S. Research Methodology for Research Development for Enterprise Development. Nonthaburi: Chatupon design; 2008.
18. OngiemA., VichitvejpaisalPh. Validation of the Tests. Thai J Anesthesiology 2018; 44(1): 36-42.
19. SrihawattanakulP., ThaitiangA., JaitonA., YordonK., Yunsan A. Development of artificial flowers creative made from PA-KAO-MA cloth. Faculty of Home Economics Technology, Rajamangala University of TechonologyPhraNakhon; 2016.

Received: 13 Apr 2020, Revised: 14 May 2020,

Accepted: 29 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบกระบวนการบริหาร ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และระดับการจัดบริการ กับผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พยางค์ ศรีเจริญ^{1*} อำพล ปานเพชร²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย กับผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 174 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารแตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ความรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้การจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยไม่แตกต่างกัน และระดับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 2 สูงกว่าระดับ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านปัญหาและอุปสรรค พบว่า สถานที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยไม่เป็นสัดส่วน มีเครื่องใช้ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและขาดการสนับสนุนจากท้องถิ่น ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดพื้นที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยแยกจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และส่งเสริมการประสานงานกับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ กระบวนการบริหาร ความรู้ มาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

¹ วิทยากรชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

* Corresponding author: payongsrij@gmail.com

Original Article

The Comparison of Management Process, Knowledge of Thai Traditional Medicine personnel, and level of Service with the Performance of Thai Traditional Medicine Service Standard among Sub-district Health Promoting Hospitals

Payong Srijarern^{1,*}, Ampon panpetch²

Abstract

The purpose of this research was to compare the differences between practices in the administration process of the Thai traditional medicine service management, Knowledge of Thai traditional medicine personnel, and the levels of services with the performance of the Thai traditional medicine service standard. Study population were 174 Thai traditional medicine personnel who worked in Subdistrict Health Promoting Hospitals in Suphanburi province. Instrumentation was a questionnaire and the data analysis include descriptive and inferential statistics, both One-Way ANOVA and Independent *t-test*. Findings showed that differences of practices in the administration process of the Thai traditional medicine service management resulted in statistically significant differences for the Thai traditional medicine service standard at 0.01 level. However, the difference of knowledge among personnel displayed no statistically significant difference for the Thai traditional medicine service standard. On the one hand, differences of Thai traditional medicine service on Level 2 and Level 1 were statistically significant difference with the performance for Thai traditional medicine service standard in health center at 0.01 level with the mean of Level 2 higher than Level 1. Problems and obstacles from this study were inappropriate allocation of the setting for providing Thai traditional medicine services specific areas, insufficient equipment according to the Thai traditional medicine service standard and the lack of local supports. Recommendations from this study is that each subdistrict health promoting hospital should be providing a specific area for Thai traditional medicine services and separate Thai from modern medicine, as well as promoting and coordinating with community participation in Thai traditional medicine services.

Keyword: management process, knowledge, Thai traditional medicine service standard.

¹ Instructor, Sirinthorn College of Public Health Suphanburi

² Public Health Specialist

* Corresponding author: payongsrij@gmail.com

บทนำ

ระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่ในสังคมของทุกประเทศทั่วโลก ล้วนมีความหลากหลายในลักษณะของการแพทย์พหุลักษณะ (Plurality medical) อันเป็นผลจากความแตกต่างทางภูมิประเทศ สภาพสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การนับถือศาสนา ตลอดจนพัฒนาการขององค์ความรู้ด้านการแพทย์ และด้านการพัฒนางานด้านสาธารณสุขเพื่อให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพ¹

การแพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งในระบบการแพทย์พหุลักษณะ (Plurality medical) บรรพบุรุษไทยใช้การแพทย์แผนไทย และยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมาช้านาน ถือได้ว่าเป็นศาสตร์ทางสุขภาพ เป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่ายิ่ง มีการเรียนรู้และปฏิบัติถ่ายทอดประสบการณ์สืบทอดกันมายาวนานเป็นภูมิปัญญาที่เรียกว่า ภูมิปัญญาชาวบ้าน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นทางการแพทย์ที่มีการใช้การสั่งสมและการสืบทอดกันมา²

ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยครั้งแรก ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ถึงปัจจุบันในปี พ.ศ.2545 ได้นำการแพทย์แผนไทยผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐทั้งในระดับโรงพยาบาล และสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ สนับสนุนให้โรงพยาบาลและสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดบริการการแพทย์แผนไทยครบ 4 มิติ คือรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ และพัฒนาคุณภาพการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานการแพทย์แผนไทยแบ่งการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1. เป็นสถานบริการที่มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยมี

สมุนไพรใช้ไม่น้อยกว่า 5 ชนิด ระดับ 2 เป็นสถานบริการที่มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มจากระดับ 1 คือ มีบริการนวดแผนไทย หรืออบสมุนไพร หรือประคบสมุนไพร ระดับ 3 เป็นสถานบริการที่มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มจากระดับ 2 คือ เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยและพืชสมุนไพร และระดับ 4 เป็นสถานบริการที่มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มจากระดับ 3 คือ เป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพร^{2,3}

จังหวัดสุพรรณบุรี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด จำนวน 174 แห่ง มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 1 จำนวน 68 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 39.08 และจัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 2 จำนวน 106 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.91 จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี มีการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 2 ยังไม่ครบทุกแห่ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁴ ที่สนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชนแบบองค์รวม (Holistic Care) บูรณาการ (Integrated Care) ทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย⁵ ทั้งนี้ แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้กำหนดเป้าหมายเป็นร้อยละที่ชัดเจน แต่จะส่งเสริมตามความพร้อมของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งมีกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน และบุคลากรก็มีความรู้แตกต่างกัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีรายละเอียดของกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน ออกไปตามสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน การพิจารณากำหนดนโยบายจึงควรมีความละเอียดอ่อน พัฒนาสนับสนุนให้เหมาะสม โดย

คำนึงถึงความพร้อม และประโยชน์ที่เกิดกับประชาชนเป็นหลัก⁵

จากการศึกษาความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย อาทิ กระบวนการบริหาร ความรู้ของบุคลากร ตลอดจนระดับของการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย กับผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลของการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนพัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่ประชาชนผู้รับบริการ การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีกระบวนการบริหารรูปแบบ พี โอ ดี ซี ซี (PODCC Model) ของ ลิเคอร์ท(Likert)ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ(Organizing) การอำนวยความสะดวก(Directing) การประสานงาน (Coordinating) การควบคุมกำกับงาน (Controlling) เป็นทฤษฎีหลักของการวิจัย⁶

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการบริหาร ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย กับผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน
2. ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน
3. ระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรีทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 174 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามจำนวน 1 ชุดประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 กระบวนการบริหาร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดทฤษฎีของลิเคอร์ท (Likert) ชนิด 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ การแปรผลระดับของการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร ทั้งรายชื่อ รายด้าน และภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และระดับสูง ตามแนวคิดการแจกแจงความถี่ของข้อมูล (Data Frequency Distribution) ส่วนที่ 3 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ลักษณะข้อ

คำถามเป็นคำถามเลือกตอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 4 ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย ใช้ผลการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (มีค่าคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60) ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (มีค่าคะแนนรวมร้อยละ 60-79) ผ่านเกณฑ์ระดับดี (มีค่าคะแนนรวมร้อยละ 80-89) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (มีค่าคะแนนรวมร้อยละ 90-100) และส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เป็นข้อคำถามปลายเปิด ผู้ตอบแบบสอบถาม สามารถตอบได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความถูกต้องของการวัด และเกณฑ์การให้คะแนน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม เมื่อได้ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alfa Coefficient) แบบสอบถามส่วนที่ 2 กระบวนการบริหารมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8541 สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 3 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย หาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้การทดสอบคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) หาค่า KR-21 ซึ่งใช้กับข้อมูลที่มีระดับการวัดมากกว่า 2 จำนวน 20 ข้อ มีค่า KR-21 เท่ากับ 0.872^{7,8,9}

2. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ของแบบสอบถามส่วน

ที่ 3 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายข้อ ใช้การทดสอบค่าที (t-test) ได้ค่าความสัมพันธ์ (Independent Sample Test) รายข้อ จำนวน 20 ข้อ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05^{7,8,9}

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี ทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 174 คน โดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การประมวลผล วิเคราะห์รายละเอียดของข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้ในการพรรณนาตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทย และการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา^{7,8,9}

3. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมติฐาน ได้แก่^{7,8,9}

3.1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือ One-Way ANOVA เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวม ด้านการวางแผน ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านการประสานงาน และด้านการควบคุมกำกับงาน หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการทดสอบหาความ

แตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's test for all possible comparison)

3.2 ใช้การทดสอบค่าที (t-test) แบบ Independent t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารด้านการจัดองค์กร ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย

3.3 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติให้ศึกษา และเก็บตัวอย่างวิจัยในพื้นที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ตามหนังสือที่ สพ 0032.001/952 ลงวันที่ 18 เมษายน 2562 อ้างถึงหนังสือที่ สพ 0732/278 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2562 ในการดำเนินการได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ และบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัยจะ

ไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยจะใช้ประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลและกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล พบประเด็นดังนี้

เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.9 อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.1 รองลงมาอายุ 41-50 ปี 20-30 ปี และ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3, 20.1 และ 10.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสมรส คิดเป็นร้อยละ 56.9 หม้าย หย่า แยกน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.5 ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 74.7 รองลงมาคือต่ำกว่าปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 21.8 และ 3.4 ตามลำดับ ระยะเวลาปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย พบว่า มากที่สุด 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ 1-3 ปี 10 ปีขึ้นไป และ 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8, 13.2 และ 10.9 ตามลำดับ การฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 80.5 และเคย คิดเป็น ร้อยละ 19.5 จำนวนครั้งของการได้รับการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า มากที่สุด 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=174)

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	47.10
หญิง	92	52.90
อายุ (ปี)		
20 – 30	35	20.10
31 – 40	63	36.20
41 – 50	58	33.30
51 – 60	18	10.40
$\bar{X} = 38.36$, $SD = 8.85$, $Min. = 22$, $Max. = 60$		
สถานภาพสมรส		
โสด	62	35.60
สมรส	99	56.90
หม้าย หย่า แยก	13	7.50
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	38	21.80
ปริญญาตรี	130	74.70
สูงกว่าปริญญาตรี	6	3.50
ระยะเวลาปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย (ปี)		
1 – 3	64	36.80
4 – 6	68	39.10
7 – 9	19	10.90
10 ปีขึ้นไป	23	13.20
$\bar{X} = 5.06$, $SD = 3.587$, $Min. = 1$, $Max. = 16$		
การฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย	34	73.50
ไม่เคย	140	26.50
จำนวนครั้งของการได้รับการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทย (n = 34)		
อบรม 1-2 ครั้ง	25	73.50
อบรม 3 ครั้งขึ้นไป	9	26.50

ส่วนที่ 2 กระบวนการบริหาร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.8 รองลงมา คือ การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร

ภาพรวมระดับสูง และการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวมระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 13.8 และ 3.4 ตามลำดับ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 41 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 97 คะแนนเฉลี่ย 66.59 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.024 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวม (N=174)

ระดับการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (20.00 – 46.66 คะแนน)	6	3.40
ระดับปานกลาง (46.67 – 73.33 คะแนน)	144	82.80
ระดับสูง (73.34 – 100.00 คะแนน)	24	13.80

$\bar{X}$ = 66.59, SD = 11.024, Min = 41, Max = 97

ส่วนที่ 3 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนนเฉลี่ย 12.55 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.41 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยภาพรวม (N=174)

ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (6.67 – 13.33 คะแนน)	116	66.67
ระดับสูง (13.34 – 20.00 คะแนน)	58	33.33
รวม	174	100

$\bar{X}$ = 12.55, SD = 2.41, Min. = 7, Max. = 19

ส่วนที่ 4 ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการ

บริการการแพทย์แผนไทย

ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ระดับดี

คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 27.6 และผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 19.0 โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 4.6 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย (N=174)

ผลการจัดการบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย	จำนวน (รพ.สต.)	ร้อยละ
ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	8	4.60
ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (คะแนนร้อยละ 60 – 79)	48	27.60
ผ่านเกณฑ์ระดับดี (คะแนนร้อยละ 80 – 89)	85	48.80
ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (คะแนนร้อยละ 90 – 100)	33	19.00
รวม	174	100

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์สมมติฐานของการวิจัย

5.1 สมมติฐานที่ 1 การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 5

จึงทำการทดสอบหาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' test for all possible comparison) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับสูง มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย สูงกว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยที่มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับปานกลาง (M.D.= 6.9444) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกนั้นไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
ระหว่างกลุ่ม	993.249	2	496.625	11.129	0.001*
ภายในกลุ่ม	7630.889	171	44.625		

* p-value < 0.01

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร

ระดับการปฏิบัติงาน ตามกระบวนการบริหารภาพรวม	N	$\bar{X}$	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
ระดับสูง	24	47.83	-	6.9444*	5.5000
ระดับปานกลาง	144	40.88	6.9444*	-	-1.4444
ระดับต่ำ	6	42.33	-5.5000	1.4444	-

* p -value < 0.01

5.2 สมมติฐานที่ 2 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า บุคลากร

ด้านการแพทย์แผนไทยที่มีความรู้แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยไม่แตกต่างกัน โดยบุคลากรที่มีความรู้ระดับสูงมีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย ไม่แตกต่างจากบุคลากรที่มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 42.569$, และ 41.560 ตามลำดับ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

ระดับความรู้ของ บุคลากร	N	$\bar{X}$	S.D	t	df	p -value
สูง	58	42.569	7.822	-0.888	172	0.376
ปานกลาง	116	41.560	6.657			

* p -value < 0.05

5.3 สมมติฐานที่ 3 ระดับการจัดบริการที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย พบว่า ระดับการจัดบริการที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จัดบริการระดับ 2 สูงกว่าระดับ 1 ($\bar{X} = 51.2973$ และ 39.3577 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย
จำแนกตามระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย

การจัดบริการการแพทย์แผนไทย	N	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
การจัดบริการตามมาตรฐานการ บริการการแพทย์แผนไทย						
ระดับ 1	68	39.3577	5.05228	-	172	0.001*
ระดับ 2	106	51.2973	5.26975	12.639		

* p-value < 0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่า

1) ระดับการจัดบริการที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผลการจัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 2 สูงกว่าระดับ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องมาจาก การจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 2 เป็นการจัดบริการครบ 4 มิติ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยจะต้องใช้ความรู้ความสามารถในการพัฒนาคุณภาพบริการสูงกว่าการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 1 จึงทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ รองลงมา คือ ด้านการจัดบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คีรินันท์ ทิมคำ¹⁰ พบว่า ระบบบริการการแพทย์แผนไทย พบปัญหาเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ความแออัดคับแคบ ความสะอาดของสถานที่ ทั้งนี้เนื่องมาจาก การพัฒนาหรือปรับปรุงด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ควรมีการประสานงานที่ดีกับชุมชน อบต. เทศบาล เพื่อการมีส่วนร่วมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากยิ่งขึ้น

2) ด้านกระบวนการบริหาร จากผลการวิจัยนี้พบว่า การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน มีผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับสูงมีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยสูงกว่าระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องมาจาก การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารในระดับสูงนั้น ทำให้การพัฒนาการแพทย์แผนไทยประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อมตา จันทรปาน¹¹ พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารมากกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา 3) ด้านความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า ความรู้ที่แตกต่างกัน มีผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดลิตา ชั่งสิริพร¹² พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถด้านแพทย์แผนไทย ทั้งนี้อาจ

เนื่องจาก การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากกว่าด้านความรู้ อาทิ การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับสูง มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยสูงกว่าการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร ด้านการวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยการ การประสานงาน และการควบคุมกำกับงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประสานงานกับชุมชน อบต./เทศบาล เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแต่งตั้งเจ้าหน้าที่จาก อบต./เทศบาล ผู้นำชุมชน และตัวแทนประชาชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนางานแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

คณะผู้วิจัยขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1) ศึกษาคุณภาพการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ศึกษาสมรรถนะของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

3) ศึกษาแรงจูงใจในการมารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ.2549. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
2. ปรีชา ช.พงศ์มร. ตำรายาแผนโบราณ. กรุงเทพมหานคร: ทวีพิมพ์ดี; 2543.
3. ปรีดา ตั้งตรงจิตร. วิชาพื้นฐานเกี่ยวกับการนวดไทย. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2535.
4. ศิริวรรณ เสรีรัตน์. องค์กรและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร; 2545.
5. กองการพยาบาล. แนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชน; 2545.
6. Downey, W. David, & Erickson. AGRIBUSINESS MANAGEMENT. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1987.
7. Bloom. All Our Children Learning. New York: McGraw-Hill; 1981.
8. Bruner. The Culture of Education. Cambridge: MA: Harvard University Press; 1996.
9. วงเดือน ปั่นดี. การเตรียมข้อมูลการวิจัย ในประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัย. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2547.; 179- 255
10. ศิรินันท์ ทิมคำ. ระบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย:กรณีศึกษาสถานพยาบาลและสมาคมแพทย์แผนโบราณในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.

11. อมตา จันทรปาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ผลการพัฒนาสถานอนามัยในโครงการ
ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัยของ
จังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหาร
สาธารณสุข) แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ] นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2545.
12. ดลิดา ชั่งสิริพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
รูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย
[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) แขนงวิชา
สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ] นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2545.

Received: 29 Mar 2020, Revised: 14 May 2020,

Accepted: 29 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

รติยา วิภักดิ์¹ เสฐียรพงษ์ ศิวินา¹ กุศลาลัย สุราอามาตย์²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 35 คน เป็นผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งได้มาด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจสภาพปัญหา วิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี ความเป็นไปได้ และความสอดคล้อง และแบบรายงานผลการประเมินปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ผลการวิจัยพบว่า 1) การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาปัญหาและวางแผน (Investigation and Planning; I) การนำไปสู่การปฏิบัติ (Doing; D) การควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล (Evaluation monitoring and control; E) การปรับปรุงและสะท้อนผล (Learning and Sharing; L) ด้วยวิธีการสะท้อนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางปรับแผนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยรูปแบบการขับเคลื่อนฯ ที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, SD = 0.32) 2) การประเมินผลการปฏิบัติราชการ พบว่า ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน โดยรวมของตัวชี้วัดทั้งหมด 31 ตัวชี้วัดอยู่ในระดับดีมากและดี (ร้อยละ 91.2) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์ พบว่า ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (ร้อยละ 100.0) รองลงมา คือ ด้านบริการเป็นเลิศ (ร้อยละ 91.7) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (90.0%) และด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (ร้อยละ 88.9) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่ามี 3 ตัวชี้วัด ที่มีผลการปฏิบัติราชการที่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 8.8) ได้แก่ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และระดับความสำเร็จของประชาชนที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะ หากจะนำไปใช้กับหน่วยบริการระดับอื่น ๆ ควรมีการปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เครือข่ายสุขภาพ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

² นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

*Corresponding author: yaijenya@gmail.com

Original Article

A Development of Strategic Implementation Model at Chaturaphakphiman Health Network, Roi-Et Province

Ratiya Wipak¹, Satianpong Siwina², Kusalasai Suraarmart³

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluated an effectiveness of model developed by evaluating the strategic plan of the health network in Chaturaphakphiman District Roi-Et Province. The target group were 35 strategic planning officers of community hospital, district health offers, district health promotion hospital. An overview of purposive sampling, data were collected by using a survey of problems, analyze document and related research theoretical reasoning examination form possibilities and consistency, and annual report 2019. Descriptive statistics were frequency and percentage. The results of this study reveal that: (1) Problem finding and planning (Investigation and planning; I), putting the plan into action (Doing; D) evaluation monitoring and control (E) leaning and sharing (L) by means of data reflection and exchange of knowledge in order to analyze, find ways to adjust the operational plan to achieve the set goals, namely Drive the health development strategy of the health network in Chaturaphakphiman District, a related research theoretical reasoning examination form possibilities at the highest level (Mean = 4.58, SD = 0.32) (2) 91.2% of success of health network strategy management in Chaturaphakphiman District was a very good and good level when considered individually found that 100.0% of people excellence, next was 91.7% of service excellence, 90.0% of Health promotion, prevention and consumer protection, 88.9% of good governance, respectively. Noticeable that; 3 of output of KPI (8.8%), which were key informant indicators as new DM2T, percentage of diabetes who could control blood sugar levels, and level of success of participant with access to their personal record. A model was developed in this study, which could be used to in achievement of the specified criteria, in order to relevant departments should continue to use this model.

Keyword: Model, Strategic Implementation, Health Network

¹ Public Health officer, Chaturaphakphiman Hospital, Roi-Et Province

² Medical technologist, Chaturaphakphiman Hospital, Roi-Et Province

*Corresponding author: yaijenya@gmail.com

บทนำ

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่การปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายประการ ประกอบด้วย ความชัดเจนของแผนพัฒนาฯ การรับรู้ เข้าใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และความตระหนักถึงภารกิจและความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน ภายใต้ทิศทางที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ระบบและกลไกการบริหารจัดการจากแผนสู่การปฏิบัติที่มีความเชื่อมโยงกันในระดับต่างๆ การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ เป็นหน้าที่ของผู้บริหารทุกระดับภายในองค์การที่จะต้องให้การดูแลและรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อให้การปฏิบัติงานตามแผนกลยุทธ์ประสบความสำเร็จ โดยจะต้องใช้ศิลปะในการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้บุคลากรได้รับรู้ และสร้างใจให้บุคลากรทุกระดับยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติถือเป็นหัวใจสำคัญที่สุดของกระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์ เป็นกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงความเป็นนามธรรมไปสู่ความเป็นรูปธรรมโดยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับขั้นตอนของการกำหนดกลยุทธ์¹ และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Prevention & Promotion Excellence) 2) ด้านการบริการ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากร (People Excellence) และ 4) ด้านการบริหารด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้ถ่ายทอดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี และเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน เป็นเครือข่ายที่ได้นำแนวคิดการบริหารเชิงยุทธศาสตร์มาใช้อย่างเต็ม

รูปแบบ ในปีงบประมาณ 2562 โดยใช้แนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล ซึ่งกลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามประเด็นความเพียงพอของข้อมูลที่จะนำมาใช้เพื่อการบริหารและจัดการยังคงเป็นประเด็นท้าทาย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาและรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม² เพื่อจะได้ทราบถึงกระบวนการดำเนินงานปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่สำคัญจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่³ บทบาทของผู้นำองค์กรมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบาย และมาตรการสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ และวัฒนธรรมองค์กรที่สอดคล้องกับกลยุทธ์⁴ ปัญหาการดำเนินงานด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจในแผนฯ การจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับต่าง ๆ ที่ไม่สอดคล้องเชื่อมโยงไปในทิศทางเดียวกัน และการนำแผนไปปฏิบัติ การมอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละด้านไม่ชัดเจน ขาดขวัญกำลังใจตลอดจนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน งบประมาณไม่เพียงพอ ยังไม่มีระบบการทำงานเป็นทีมและพัฒนาทีมเท่าที่ควร รวมถึงด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผลมีขั้นตอนที่ไม่ชัดเจน และไม่ต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด⁵

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้จากการประมวลเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสังเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีกระบวนการดำเนินงานการค้นหาค้นหาปัญหาและวางแผน โดยกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ การนำ

แผนไปสู่การปฏิบัติโดยการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การควบคุมกำกับ ติดตาม และการประเมินผลโดยประเมินตัวชี้วัด รวมทั้งการปรับปรุงและสะท้อนผล ด้วยการสะท้อนข้อมูลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดรูปแบบกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาศาสตร์ให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขอบเขตการวิจัย

1. หน่วยวิเคราะห์ (Unit Analysis) เชิงพื้นที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 12 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล จำนวน 1 แห่ง รวมทั้งสิ้น 13 แห่ง
2. เป็นการศึกษาเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและประเมินผลการ

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

3. ระยะเวลาในการวิจัย 1 ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

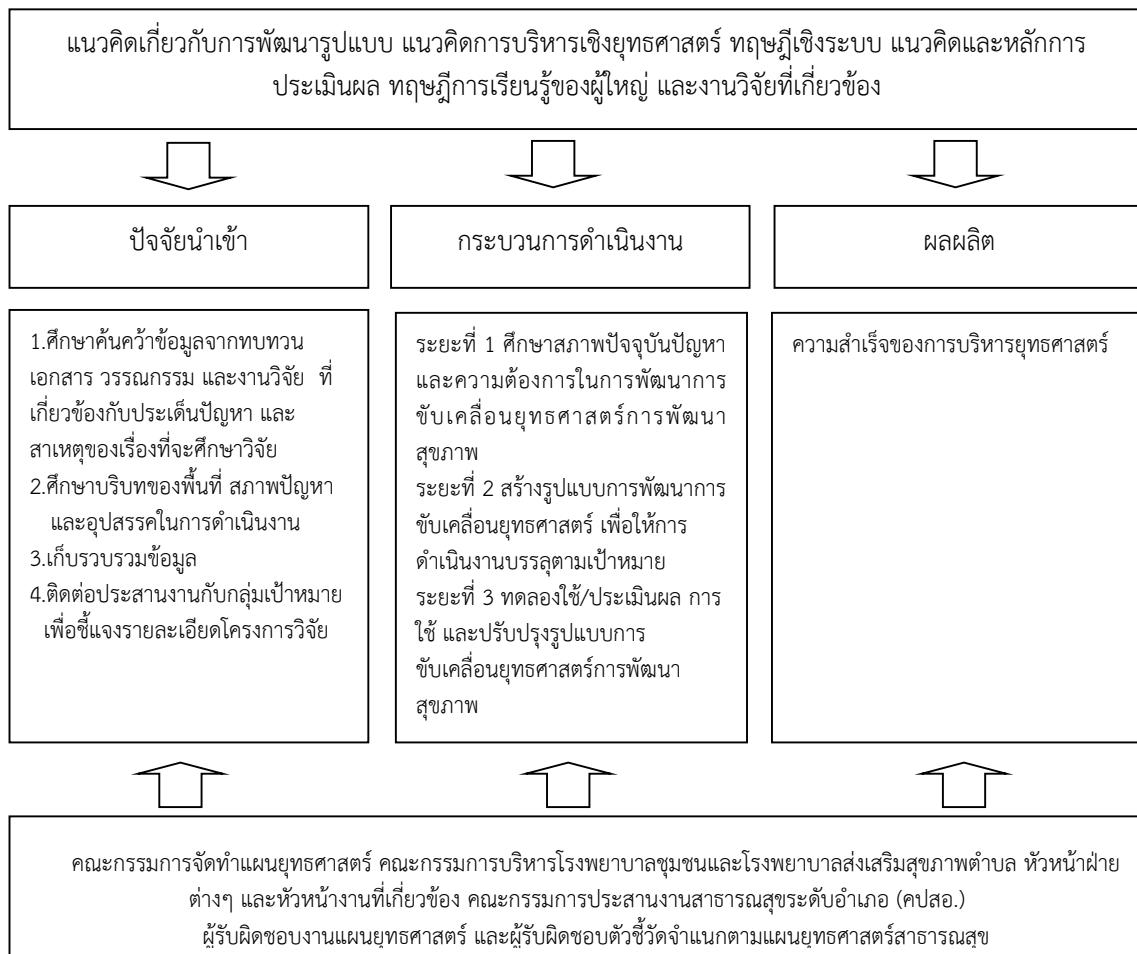
ประชากร คือ ผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออกในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ และหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดจำแนกตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสำรวจสภาพปัญหาและแบบรายงานผลการประเมินผลปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (ตุลาคม 2561-กันยายน 2562) ทั้งหมดจำนวน 31 ตัวชี้วัด ภายใต้การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค 9 ตัวชี้วัด ด้านบริการ 11 ตัวชี้วัด ด้านบุคลากร 3 ตัวชี้วัด และด้านการบริหารด้วยหลักธรรมาภิบาล 8 ตัวชี้วัด ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ตามรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562⁶

กรอบแนวคิดการวิจัย



การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงของ เนื้อหา (Content Validity) ซึ่งผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและ ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของ เนื้อหา ตลอดจนการจัดเรียงลำดับความสอดคล้อง ของ เนื้อหา (Index of Item- Objective Congruence; IOC) เท่ากับ 0.79 และรูปแบบมี ความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับ มากที่สุด (Mean = 4.58, SD = 0.32)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

แจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent)

ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐาน เป็น การศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน และทบทวนเอกสาร วารณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนา สุขภาพของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
2. ขั้นสร้างและพัฒนา รูปแบบการ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ (Design and Development; D) เป็นการร่างรูปแบบด้วย วิธีการเชิงระบบ ผู้วิจัยนำปัญหาจากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ กลุ่มเป้าหมายเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 35 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน เครื่องมือวิจัยเป็น

แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบฯ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ขั้นตอนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ (Implementation) เป็นการนำร่างรูปแบบการนำแผนเชิงกลยุทธ์ไปสู่ปฏิบัติไปทดลอง ใช้จริงในเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน โดยผู้วิจัย ได้ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและการประเมินให้กับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนิเทศติดตาม 3 เดือน/ครั้ง เพื่อตรวจสอบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การนำรูปแบบไปใช้ประกอบด้วยการค้นหาปัญหาและวางแผน โดยกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ การนำไปสู่การปฏิบัติ (Doing; D) โดยการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้การนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล การควบคุมกำกับติดตามและประเมินผล (Evaluation Monitoring and Control; E) โดยประเมินตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ และการปรับปรุงและสะท้อนผล (Learning and Sharing; L) โดยการสะท้อนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. ขั้นการปรับปรุงรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่ปฏิบัติ (Evaluation) เป็นการทบทวนและปรับปรุงรูปแบบฯ ก่อนนำไปเผยแพร่

ผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน (IDEL Model) ประกอบด้วยการค้นหาปัญหาและวางแผน โดยกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ การนำแผนไปสู่การปฏิบัติโดยการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้การนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การควบคุมกำกับติดตามและประเมินผล โดยประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์ และการปรับปรุงและสะท้อนผล โดยการสะท้อนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดรูปแบบกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพเกิดการพัฒนายุทธศาสตร์ให้บรรลุเป้าหมาย

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน โดยรวมของตัวชี้วัดทั้งหมด 31 ตัวชี้วัด อยู่ในระดับดีมากและดี (ร้อยละ 91.2) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์ พบว่าด้านบุคลากรเป็นเลิศ (ร้อยละ 100.0) รองลงมาคือ ด้านบริการเป็นเลิศ (ร้อยละ 91.7) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (ร้อยละ 90.0) และด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล (ร้อยละ 88.9) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า มี 3 ตัวชี้วัด ที่มีผลการปฏิบัติราชการอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 8.8) ได้แก่ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และระดับความสำเร็จของประชาชนที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง (Personal Health Record) รายละเอียดดังตาราง

ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงาน (อัตรา/ ร้อยละ)	เกณฑ์การให้คะแนน					ระดับ คะแนน
		1	2	3	4	5	
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	0	30	25	20	15	10	5
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	99.25	98.1	98.3	98.5	98.7	98.9	5
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฯ	56.28	42	45	48	51	54	5
4.1 ร้อยละเด็กอายุ 6-15 ปี มีปัญหาทางการเรียน (ADHD)	17.04	5	6	7	8	9	5
4.2 ร้อยละเด็กอายุ 6-15 ปี มีปัญหาทางการเรียน (LD)	6.45	1	2	3	4	5	5
5. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ (LCT)	100	72	74	76	78	80	5
6.ร้อยละของอำเภอที่มี District Health Board (DHB) ที่มีคุณภาพ	84	40	50	60	70	80	5
7.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	3.19	2.60	2.50	2.40	2.30	2.20	1
8.ร้อยละคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ	96.60	70	75	80	85	90	5
9.ระดับความสำเร็จของการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลฯ	5	1	2	3	4	5	5
10.ระดับความสำเร็จของคลินิกหมอครอบครัวฯ (PCC)	5	1	2	3	4	5	5
11.1.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้	17.95	20	25	30	35	40	1
11.2.ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	68.11	46	48	50	52	54	5
12.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	0	8.0	7.5	7.0	6.5	6.0	5
13.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU)	100	65	70	75	80	85	5
14.ร้อยละของการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆ	55.88	10	20	30	40	50	5
15.อัตราตายด้วยโรคมะเร็งลดลง	NA						NA
16.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR	70.42	62	63	64	65	66	5
17.1 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ในระบบ	50	18	19	20	21	22	5
17.2 ร้อยละของผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อ 3 เดือนหลังจำหน่ายฯ	90.48	36	38	40	42	44	5
18.ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการฯ: IMC	4	1	2	3	4	5	4
19.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคและกลับเป็นซ้ำ	100	≤82	83	84	85	≥86	5
20.ระดับความสำเร็จของเมืองสมุนไพรแผนไทยฯ	4	1	2	3	4	5	4
21.ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	5	1	2	3	4	5	5
22.ระดับความสำเร็จ ของการดำเนินงานสร้างสุขของคนทำงาน	5	1	2	3	4	5	5
23.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์	100	50	55	60	65	70	5
24.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ ITA	96.16	0	20	40	60	80	5
25.ร้อยละการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวิสดูวิทยาศาสตร์ฯ	46.86	16	19	22	25	29	5

ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงาน (อัตรา/ ร้อยละ)	เกณฑ์การให้คะแนน					ระดับ คะแนน
		1	2	3	4	5	
26. ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการ สู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	80	30	40	50	60	70	5
27. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ดีดดาว	5	1	2	3	4	5	5
28.1 อำเภอมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย	16.21	36	32	28	24	20	5
28.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ	100	40	45	50	55	60	5
29. ระดับความสำเร็จของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (PHR)	1	1	2	3	4	5	1
30. ระดับความสำเร็จของสถานบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	5	1	2	3	4	5	5
31. ระดับความสำเร็จของผลงานวิจัย/R2R	5	1	2	3	4	5	5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน ด้วยการค้นหาปัญหาและวางแผน โดยกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้การนำไปปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยประเมินตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ และการปรับปรุงและสะท้อนผล ทั้งอาจเป็นเพราะกระบวนการขับเคลื่อนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้บริหารได้เข้าใจถึงวิสัยทัศน์ของการกำหนดนโยบายเป็นอย่างดี สามารถถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องชัดเจน มีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย สามารถชี้ถึงข้อดีข้อเสีย องค์การมีศักยภาพในการกระตุ้น จูงใจให้บุคลากรเกิดความรู้ความเข้าใจ และเกิดทัศนคติที่ดี สนับสนุนทรัพยากรในการบริหารจัดการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และสร้างขวัญกำลังใจ ความร่วมมือของบุคลากรในองค์กร ทั้งการเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ อีกทั้งกระบวนการทำงานและการมีส่วนร่วมของ

เครือข่ายในการวางแผนปฏิบัติงาน ติดตาม ประเมินผล และให้ข้อเสนอแนะในการทำงาน และการบริหารจัดการที่ดี โดยมีทักษะด้านการวางแผน การจัดองค์การมีทักษะในการจัดผู้รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม มีศิลปะการนำที่กระตุ้น และจูงใจ สื่อสารประสานงานเพื่อให้เกิดการเข้าใจที่ดีและเกิดการมีส่วนร่วมในการทำงาน และการประเมินผล มีเทคนิคในการติดตามควบคุมประเมินผลและรายงานผลต่อที่ประชุม และประชาสัมพันธ์ไปยังบุคลากรและบุคคลทั่วไป ได้ทราบความคืบหน้าการดำเนินงาน

ดังนั้นการถ่ายทอดแผนพัฒนาสาธารณสุขจากระดับจังหวัดสู่ระดับอำเภอ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานมีการจัดทำแผนงานในระดับอำเภอรองรับแผนงานระดับจังหวัด ซึ่งมีการพัฒนาแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานที่น่าสนใจ ฉะนั้นจึงมีความเป็นไปได้ต่อการนำไปขยายผลอันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนงาน ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงานระหว่างจังหวัด อำเภอ และตำบล ส่งผลต่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้ดีขึ้น³ สอดคล้องกับการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และ

ประเมินผลแผนเชิงกลยุทธ์หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PIES) ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning; P) เป็นขั้นตอนการกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรม และมีความพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ ขั้นตอนการนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation; I) เป็นขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำโครงการต่างๆ ผู้ที่มีหน้าที่ตรวจสอบและประเมินผล ผู้ที่มีหน้าที่ปรับปรุงมาตรฐานขององค์การ บุคคลเหล่านี้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการอย่างดี เพราะคุณภาพประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานย่อมขึ้นอยู่กับระดับของความรู้ความเข้าใจในแผน ขั้นตอนการติดตามประเมินผล (Evaluation; E) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการประเมินผลโดยประเมินที่ตัวชี้วัดที่เป็นผล (Results or Lag Indicators) และขั้นตอนปรับมาตรฐาน (Standardization; S) เป็นขั้นตอนที่ควรกำหนดให้มีคณะทำงาน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน หากพบว่าผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายต้องพยายามปรับแผนการดำเนินงานสามารถผลักดันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

นอกจากนี้หากพบว่า ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายและพบว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ต่ำต้องพยายามยกระดับเกณฑ์หรือระดับเป้าหมายให้สูงขึ้น⁷ และสอดคล้องกับการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย หลักการวัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินงาน ปัจจัยเอื้อและสนับสนุน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน (PDMI Model) ได้แก่ (1) การวางแผน (2)

การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (3) การควบคุมกำกับติดตาม และประเมินผล (4) การปรับปรุง และสะท้อนผล ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด⁸ ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัยพบว่ามีแนวโน้มที่ดีมากและดี เมื่อจำแนกเป็นรายยุทธศาสตร์ พบว่า ด้านบุคลากรเป็นเลิศ รองลงมา คือ ด้านบริการเป็นเลิศ ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ และด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลตามลำดับ

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากแผนปฏิบัติการเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัยพบว่ามีพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องจากปีงบประมาณก่อนหน้า โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย ได้จัดกระบวนการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) มีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการประเมินผลในทุกกระบวนการ เช่น การประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเอง เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน และแผนปฏิบัติการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด การจัดประชุมเตรียมการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อแจ้งสมาชิกให้ทราบกำหนดการในการจัดทำแผน การจัดเตรียมข้อมูลในการวางแผน และประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเอง รวมทั้งการประเมินผลภาพรวมของการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ปีงบประมาณที่ผ่านมา ตลอดจนแนวทางการพัฒนาคุณภาพงาน อันจะนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนาการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ในปีต่อไป

การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อชี้แจงแนวทางการจัดทำแผน อธิบายและทำความเข้าใจแบบฟอร์ม และกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก/รอง ในการจัดทำแผนในแต่ละผลผลิต การประชุมการตรวจสอบร่างแผนปฏิบัติ

การฯ เพื่อการพัฒนาคุณภาพแผนโดยได้เพิ่มมิติในการตรวจสอบ 3 มิติ คือตรวจสอบในภาพของหน่วยงาน ตรวจสอบในภาพของผลผลิต และตรวจสอบภาพรวมของแผนทั้งฉบับ เพื่อปรับปรุงแผนให้มีความสมบูรณ์มากเท่าที่จะทำได้ในเวลาจำกัด การตรวจสอบแผนปฏิบัติการฯ ฉบับสมบูรณ์ที่เผยแพร่ใช้ประโยชน์แล้ว เพื่อให้ผู้ใช้ประโยชน์มีส่วนร่วมในการประเมินผล ตลอดจนเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่างๆ โดยใช้แบบฟอร์มแก้ไข/เสนอแนะ/ประเมินผลที่แนบท้ายเล่ม และการประเมินผลภาพรวมการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อการพัฒนาคุณภาพและการจัดทำมาตรฐาน⁶ และสอดคล้องกับผลการศึกษการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ ในจังหวัดนครปฐม พบว่า เทศบาลมีการจัดประชุมบุคลากรและประชุมสหภาพศิษย์ประจำทุกเดือน แต่บุคลากรในเทศบาลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับระเบียบข้อบังคับทางราชการในขณะที่ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่ออยู่ในระดับมาก และกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผลงานพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถติดตามประเมินการทำงานของเทศบาลได้⁹

ปัญหาและแนวทางการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่าแนวทางการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษาและครู โรงเรียนที่มีวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) สรุปได้ดังนี้ 1) บุคลากร ชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมแก้ไข หาทิศทางที่ชัดเจนในการดำเนินงาน 2) ทำความเข้าใจ ทบทวน วิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย ปรับปรุงและเลือกกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน 3) ผู้นำสร้างความตระหนักด้านการทำงาน ปฏิบัติตัวเป็น

แบบอย่าง เพื่อให้บุคลากรมีการตื่นตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา 4) ประชุมแต่งตั้งคณะกรรมการการนิเทศกำหนดแผนงานนิเทศชี้แนะแนวทางการจัดทำเอกสารกำกับ ติดตามผลการนิเทศตามแผนงานนิเทศอย่างสม่ำเสมอ¹⁰ นอกจากนั้นยังพบอีกว่าการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดลพบุรี พบว่า ปัจจัยที่ทำให้แผนยุทธศาสตร์นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้บริหารต้องมีทิศทางนโยบายที่ชัดเจน ให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดทำแผนในทุกขั้นตอน การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วน ต้องมีความเข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน และข้อมูลที่ประกอบการจัดทำแผนฯ ต้องเป็นข้อมูลจากสภาพปัญหาจริง มีการวิเคราะห์รอบด้านและทุกมิติ มีความต่อเนื่องในการจัดทำแผนให้มีความสำคัญการติดตามตัวชี้วัดที่กำหนด มีผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผน สำหรับการประเมินผลยุทธศาสตร์ ควรมีการประเมินผลตามยุทธศาสตร์ และพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง การบริหารยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ ไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะกระบวนการจัดทำแผนเท่านั้น ควรให้ความสำคัญในทุกขั้นตอนตั้งแต่การจัดทำแผนฯ การถ่ายทอดแผนฯ การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการนิเทศติดตามการดำเนินงานตามแผน จึงจะทำให้การบริหารยุทธศาสตร์มีความสมบูรณ์เกิดประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์¹¹

ข้อเสนอแนะ

เงื่อนไขและแนวทางในการนำรูปแบบไปใช้

1. เงื่อนไขของรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ เป็นรูปแบบสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะ หากจะนำไปใช้กับหน่วยบริการระดับอื่น ๆ ควรต้องมีการปรับประยุกต์ให้เหมาะสมและการนำรูปแบบนี้ไปใช้ผู้ใช้ต้องศึกษารายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบต่าง ๆ ให้

ชัดเจน เนื่องจากแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันในมิติเชิงลึก

2. แนวทางการนำรูปแบบไปใช้เมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ หากมีความประสงค์ที่จะใช้รูปแบบควรมีการพิจารณาประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 คณะกรรมการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรศึกษาทำความเข้าใจรูปแบบให้ชัดเจน เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันก่อนที่จะนำรูปแบบไปใช้โดยการศึกษา ทำความเข้าใจร่วมกัน ในทุก ๆ องค์ประกอบ ซึ่งอาจจะศึกษาจากเอกสารอ่านเพิ่มเติม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการความรู้ในองค์กร เป็นต้น

2.2 ควรนำรูปแบบไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขอย่างสมบูรณ์ และใช้ตลอดกระบวนการ เริ่มต้นด้วยการศึกษารูปแบบให้เข้าใจอย่างละเอียดในทุกขั้นตอนและองค์ประกอบ จากนั้นก็นำรูปแบบทั้งหมดไปใช้อย่างสมบูรณ์และใช้ตลอดกระบวนการ หมายถึง การนำรูปแบบและองค์ประกอบทุกส่วนทุกขั้นตอนไปใช้ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ต้นจนจบ ไม่ควรเลือกเฉพาะองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่งหรือขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง เพื่อที่จะได้ประโยชน์จากรูปแบบอย่างเต็มที่

2.3 สถานบริการสาธารณสุข ควรมีการบูรณาการการใช้รูปแบบให้สอดคล้องกับงานหรือภารกิจประจำของหน่วยงานเพื่อที่จะไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร เนื่องจากบุคลากรในหน่วยงาน มีภารกิจค่อนข้างหลากหลายทั้งภาระงานประจำ และงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ อีกมากมาย เช่น สถานบริการที่มีการวิเคราะห์องค์การเพื่อวางแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน ก็สามารถนำประเด็นเรื่องการวิเคราะห์องค์การ เพื่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมาบูรณาการเป็นกิจกรรมเดียวกันได้

2.4 สถานบริการสาธารณสุขควรมีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการนำรูปแบบไปใช้อย่างต่อเนื่องโดยอาจจะมีฝ่ายที่ทำหน้าที่กำกับ ติดตาม ตรวจสอบโดยเฉพาะ หรือแต่งตั้งคณะกรรมการที่มาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลาย ๆ ฝ่ายให้ทำหน้าที่กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ

2.5 จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การเริ่มต้นของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเป็นจุดสำคัญที่นักบริหารสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญโดยเฉพาะการให้ทุกคนมีส่วนร่วม ซึ่งพบว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ผลเป็นอย่างไร จะต้องมีการประเมินผลในก้าวที่สองในระหว่างการดำเนินการ และก้าวที่สาม การประเมินผลหลังการนำนโยบายไปปฏิบัติ หากมีผลการดำเนินการไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จะต้องดำเนินการศึกษาระบบอีกครั้ง และจะเป็นวงรอบเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด จนกว่าจะร่วมกันวิเคราะห์ได้ว่าการดำเนินการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ผลสนองต่อนโยบายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลดีแล้ว

2.6 เพื่อให้มั่นใจว่าโครงการต่าง ๆ ถูกนำไปปฏิบัติตามวัตถุประสงค์จึงต้องมีการประเมินผล โครงการ การกำหนดเป้าประสงค์ และการพิจารณาเรื่องปัจจัยกระตุ้นและสิ่งจูงใจของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ประเด็นนี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำงานและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จ

2.7 ผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ จะต้องตระหนักถึงประโยชน์หรือต้นทุนที่ไม่ได้คาดไว้หรือที่เรียกว่า “ผลกระทบภายนอก” ด้วยสิ่งที่ควรระมัดระวังในการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือการสื่อสารความต้องการมีความชัดเจน เที่ยงตรงและสม่ำเสมอ ทรัพยากรต้องเพียงพอเพียง ทักษะของผู้ปฏิบัติ เพราะหากนโยบายที่ผู้ปฏิบัติได้รับมาไม่ชัดเจน จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติไม่สามารถใช้ดุลยพินิจของตนในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย

โครงสร้างระบบราชการที่ซับซ้อนจะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามนโยบาย แต่ถ้ามีหลักการพื้นฐานได้แก่ ระเบียบการปฏิบัติขององค์การ จะสามารถทำให้การปฏิบัติงานมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุพัชรศักดิ์ พันธุ์ศิลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ที่ให้การสนับสนุนและกรุณาให้คำปรึกษา พร้อมทั้งความเห็นที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้การดำเนินงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วรจกณา ผลประเสริฐ. การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ (อินเทอร์เน็ต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช, 2554 (วันที่อ้างถึง 26 มกราคม 2563). ที่มา: <https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/upload/2019-05-24%2022-01%20Copy%20of%2053708-9.pdf>
2. กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์. สรุปผลการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมานประจำปี 2561. กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน, 2561.
3. เกษมสันต์ คัยศิลป์. “การศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่,” วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 3(1) : 43-54; ตุลาคม - มีนาคม 2560.
4. เกริกยศ ชลายนเดชะ. แนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ในการวางแผนกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546.
5. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. สรุปผลการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ประจำปี 2560. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2560.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน(อินเทอร์เน็ต). นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562. (วันที่อ้างถึง 18 พฤษภาคม 2563). ที่มา: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/template62_edit3.pdf.
7. ประภาส อนันตา และเสถียรพงษ์ ศิรินา. “รูปแบบการนำแผนเชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด,” วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 20(1): 9-18; ตุลาคม 2555-มีนาคม 2556.
8. บุญเลิศ พิมพ์ศักดิ์ และเสฐียรพงษ์ ศิรินา. “การพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด,” วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 15(2): 23-32; พฤษภาคม-สิงหาคม, 2562.
9. วรารัตน ฐานปณธรรมชัย และกมลพร สอนศรี. “กลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม,” วารสารวิทยบริการ. 24(3): 94-108; กรกฎาคม-กันยายน, 2556.
10. ศศิวรรณ ต้นกันยา, ศิริศักดิ์ จันฤไชย และรังสรรค์ โฉมยา. “ปัญหาและแนวทางการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

ประณศศึกษาขอนแก่น เขต 4,” วารสาร
ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

10(3): 164-177; กรกฎาคม-กันยายน, 2557.

- 11.ศศิธร ศรีแก้ว และสุดารัตน์ ลิขิตภูมิ. “การ
พัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ
จังหวัดลพบุรี,” วารสารวิชาการกรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ. (4)2: 3-12; พฤษภาคม-
สิงหาคม, 2561.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียน
ประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6อัญญา กิจแก้ว^{1*} นิตยา เพ็ญศิริรักษา² พรทิพย์ กิระพงษ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมพลังอำนาจ และการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย (2) การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมพลังอำนาจ และการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา และ (4) ปัญหา อุปสรรคข้อเสนอแนะ การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา เขตสุขภาพที่ 6 ประชากรที่ศึกษา คือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 334 คน กลุ่มตัวอย่าง 200 คน สุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนแต่ละจังหวัด เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามมีความเที่ยง เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 30.97 ปี ศึกษาในระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานตำแหน่งข้าราชการ ได้รับการฝึกอบรมในรอบ 1 ปี ร้อยละ 40.0 การเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย อยู่ในระดับปานกลาง (2) การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาอยู่ในระดับสูง (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเสริมพลังอำนาจ ($p < 0.001$) และการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย ($p = 0.003$) และ (4) ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา คือ กรอกข้อมูลซ้ำซ้อน ระบบการเก็บข้อมูลไม่เป็นมาตรฐาน ผู้ช่วยทันตกรรมมีจำนวนไม่เพียงพอ และข้อเสนอแนะ ควรมีการเสริมพลังอำนาจของผู้บริหารและการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ควรมีโปรแกรมในการเก็บข้อมูลที่มีมาตรฐาน และจัดสรรงบประมาณในการทำเรื่องจ้างผู้ช่วยทันตกรรม

คำสำคัญ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข การเสริมพลัง การส่งเสริมทันตสุขภาพ นักเรียน
ประถมศึกษา

¹ นิสิตหลักสูตร ส.ม.วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช² อาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Corresponding author: akitaew@gmail.com

Original Article

Factors Related to the Implementation of Dental Health Promotion in Primary Schools Students of Dental Assistants in Health Region 6

Anchana Kitkaew^{1,*}, Nittaya Pensirinapa², Phonthip Geerapong²

Abstract

The objectives of this survey research was: (1) to identify personal characteristics, work empowerment, and support from hospital network, (2) to study dental health promotion implementation in primary schools students, (3) to study relationship between personal characteristics, work empowerment, support from hospital network, and dental health promotion implementation in primary schools students of dental assistants; and (4) to find out problems, obstacles and suggestions regarding on dental health promotion implementation in primary schools students in health Region 6. The study population were 334 Dental Assistants who working in health Region 6, 200 sample were stratified random sampling by proportion of dental assistants in each provinces. The structured questionnaire was used for data collection with reliability of 0.97. Statistic used for data analysis were percentage, mean, standard deviation and chi-square test. The resulted revealed that: (1) personal characteristics of dental assistants were mostly female with average age 30.97 years, finished a bachelor's degree level, most of position were civil servants, 40.0% of them were trained in 1 year, received work empowerment and support from hospital network at the moderate levels, (2) the dental health promotion implementation in primary schools students was at a high level, (3) factors related to the dental health promotion implementation in primary schools of dental assistants with statistic significant were work empowerment ($p < 0.001$) and support from hospital network ($p = 0.003$); and (4) problems and obstacles of dental health promotion implementation in primary schools in health region 6 was repeated data collection, no standard of data collecting system, and not enough dental assistants, their suggestions were work empowerment by director of hospital health promotion, support from hospital network continuously for better performance, supporting standard program for data collection and plan budget allocation of dental assistants.

Keywords: Dental assistants, Empowerment, Dental Health Promotion, Primary Schools Students

¹ Student in M.P.H. (Hospital Administration) School of Health Science, Sukhothai Thammathirat University

² Lecturer, School of Health Science Sukhothai Thammathirat University

*Corresponding author: akitkaew@gmail.com

บทนำ

การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนเป็นงานหนึ่งที่สำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากปัญหาทันตสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษา การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ในปี พ.ศ. 2560¹ พบว่า โรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 52.0 สภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 66.3 การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของเด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 44.7 การบริโภคขนมกรุบกรอบทุกวันพบร้อยละ 32.6 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด และจากการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี ของเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2560² พบอัตราปราศจากฟันผุ ร้อยละ 44.31 โดยเป้าหมายของประเทศคือ ร้อยละ 52 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ของเด็กอายุ 12 ปี คือ 1.53 ซึ่งต่อคน ค่าเป้าหมายของประเทศไม่เกิน 1.5 ซึ่งต่อคน โดยจังหวัดที่เกิดโรคฟันผุสูงที่สุด คือ ชลบุรี ปราจีนบุรี และสมุทรปราการ ปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของเด็กทำให้ต้องหยุดเรียนบ่อย น้ำหนัก การเจริญเติบโต และบุคลิกภาพของเด็กลดลง³ จึงเห็นได้ว่าโรคฟันผุเป็นปัญหาอันดับต้นๆ ของเด็กนักเรียนประถมศึกษา ดังนั้นการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

สถานบริการหลักทางทันตสาธารณสุขของเด็กประถมศึกษาคือโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน้าที่หลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากทุกกลุ่มวัยในระดับปฐมภูมิ และเพื่อเป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยผู้ให้บริการทางทันตกรรมในระบบทันตสาธารณสุขประกอบด้วย ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและผู้ช่วยทันตแพทย์ ทันตแพทย์

เป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจึงมีบทบาทในการช่วยเติมเต็มหลักในงานด้านทันตสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้บทบาทหน้าที่ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁴ ประกอบด้วย การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา การบูรณาการงานสุขภาพช่องปากจัดงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา การสนับสนุนครูอนามัยให้จัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน และการประสานงานสื่อสารข้อมูลด้านทันตสุขภาพของนักเรียนกับครูในการสนับสนุนกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน

จากการศึกษาพบการสูญเสียและการคงอยู่ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข⁵ มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการลาออก ย้ายสายงานจากเหตุผลเรื่องภาระงานที่มากและความก้าวหน้า ผู้วิจัยในฐานะทันตแพทย์ โรงพยาบาลแม่ข่าย เขตสุขภาพที่ 6 เชื่อว่าหากผู้บริหารให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานตามแนวคิดของแคนเตอร์ (Kanter's Theory)⁶ โดยจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เพื่อให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพจะส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้นจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมพลังอำนาจ และการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2) เพื่อศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมพลังอำนาจ และการสนับสนุนของ

โรงพยาบาลแม่ข่าย กับการดำเนินงานส่งเสริม
ทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้า
พนักงานทันตสาธารณสุข และ 4) เพื่อศึกษา
ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการ
ดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียน
ประถมศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเพื่อ
ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน
ส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา
ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6
ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 1 พฤศจิกายน
2562 โดยมีตัวแปรอิสระได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล
ของทันตภิบาล การเสริมพลังอำนาจ การ
สนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีตัวแปร
ตามคือการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็ก
นักเรียนประถมศึกษา

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าพนักงาน
ทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6 โดยศึกษา
หน่วยประชากร จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย
จังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด
ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว จำนวน 334
แห่ง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro
Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง 200 คน โดยสุ่มแบบชั้น
ภูมิตามสัดส่วนแต่ละจังหวัด เกณฑ์คัดเข้า คือเจ้า
พนักงานทันตสาธารณสุขที่ทำงานประจำที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่
6 ทั้งเพศชายและเพศหญิงปฏิบัติงานตั้งแต่ 6
เดือนขึ้นไป เกณฑ์คัดออกเจ้าพนักงานทันต
สาธารณสุขที่ไม่ได้ทำงานประจำที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลและหรือตอบแบบสอบถาม
ไม่ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ใช้แบบสอบถาม
ประกอบด้วย 5 ส่วน รวมข้อคำถามทั้งหมด 47
ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะ
ส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง
การศึกษาสูงสุด การได้รับการฝึกอบรม โดย
ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและ
ปลายเปิดให้เติมข้อความปัจจัยส่วนบุคคล
ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการเสริมสร้าง
พลังอำนาจของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ใช้
แนวคิดของแคนเตอร์⁷ เป็นแนวทางในการสร้าง
แบบสอบถามครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 19
ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) การได้รับอำนาจ 9 ข้อ
ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุน 4 ข้อและ
การได้รับทรัพยากร 5 ข้อ 2) การได้รับโอกาส 10
ข้อ ประกอบด้วย ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน
2 ข้อ การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การทำงาน 4 ข้อ
การได้รับรางวัลและการยกย่องชมเชย 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุน
จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ประกอบด้วย ปัจจัยด้าน
กำลังคน ปัจจัยด้านงบประมาณ ปัจจัยด้านวัสดุ
อุปกรณ์และเทคโนโลยีสารสนเทศและปัจจัยด้าน
การจัดการประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานส่งเสริมทันต
สุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้า
พนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ตามบทบาทที่กำหนดหรือตามแนว
กระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วยข้อคำถาม 13
ข้อ

ส่วนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ปัญหา
อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน
ส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา
ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6
ซึ่งเป็นคำถามปลาย เปิดประกอบด้วยข้อคำถาม 5
ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ เลขที่17/62R1 ลงวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2562

2. ทำหนังสือเพื่อขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ ในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

3. ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ทุกจังหวัดเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม จำนวน 200 คน

4. ส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มเป้าหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 200 ฉบับ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 เดือน

5. รวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามแล้วนำมาประมวลผลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป

6. การพิทักษ์สิทธิในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีคำชี้แจงในแบบสอบถามกับผู้ตอบแบบสอบถามให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยและสิ่งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลงานวิจัยเป็นภาพรวมไม่ระบุชื่อ สกุลและขอรับรองว่าจะไม่เกิดผลที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ตอบและต่อการปฏิบัติหน้าที่ทางราชการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ สถิติพรรณนาด้วยค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบไคสแควร์

การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index ; IOC)

จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และนำไปทดลองใช้สอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ผลการทดสอบพบว่ามีความ IOC เฉลี่ย 0.84 โดยสูงกว่า 0.5 ทุกข้อและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.975

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย จากจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 334 แห่ง ที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ทำงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตอบแบบสอบถามจำนวน ร้อยละ 100 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.00 มีอายุเฉลี่ย 30.97 ปี โดยร้อยละ 33.50 มีอายุอยู่ระหว่างช่วง 26-30 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.50 ปฏิบัติงานในตำแหน่งข้าราชการมากที่สุดร้อยละ 52.00 การได้รับการฝึกอบรมในรอบ 1 ปี พบว่าเข้ารับการอบรม 1 ครั้งต่อปีมากที่สุด คือร้อยละ 40.00 เฉลี่ย 1.17 ครั้ง (SD= 1.01)

ส่วนที่ 2 การเสริมพลังอำนาจ การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย และการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

2.1 การเสริมพลังอำนาจ การเสริมพลังอำนาจมี 2 องค์ประกอบได้แก่ การได้รับอำนาจ และการได้รับโอกาส พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับในการเสริมพลังอำนาจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.57$) โดยการเสริมพลังอำนาจด้านการได้รับอำนาจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} =$

3.84, SD = 0.63) การเสริมพลังอำนาจด้านการได้รับโอกาสอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.47, SD = 0.63) เมื่อการแยกรายด้านการเสริมพลังอำนาจ พบว่า ส่วนการจัดสรรงบประมาณจากโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก การพิจารณาเลื่อนขั้นหรือเลื่อนตำแหน่ง การเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ด้านงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาอย่างสม่ำเสมอ การได้รับโอกาสให้ได้เรียนรู้ประสบการณ์ปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงานต่าง ๆ ที่สนใจ การได้รับการเปิดโอกาสให้ได้ศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น การยกย่องชมเชยท่านที่ปฏิบัติงานดีเด่น การได้รับสิ่งตอบแทนอย่างคุ้มค่ากับความพยายามในการทำงาน และการประกาศเกียรติคุณผู้ที่มีความประพฤติและผลงานดีเด่นอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในระดับปานกลาง

2.2 ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงาน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการจัดการ ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงาน 4 ด้าน ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.62, SD = 0.59) โดยปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงานด้านกำลังคน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.57, SD = 0.76) ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงานด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.56, SD = 0.68) ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงานด้านวัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.70, SD = 0.67) ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงานด้านการจัดการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.69, SD = 0.71)

2.3 การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วยตัวแปร 4 ด้าน 1. จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา 2. บูรณาการงานสุขภาพช่องปากจัดงานส่งเสริมสุขภาพ 3. สนับสนุนครุอนามัยให้จัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน และ 4. ประสานงานสื่อสารข้อมูลด้านทันตสุขภาพของนักเรียนกับครูในการสนับสนุนกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน พบว่าการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.04, SD = 0.55) โดยด้านจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.16, SD = 0.57) ด้านบูรณาการงานสุขภาพช่องปากจัดงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.60) ด้านสนับสนุนครุอนามัยให้จัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.78, SD = 0.77) ด้านประสานงานสื่อสารข้อมูลด้านทันตสุขภาพของนักเรียนกับครูในการสนับสนุนกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.74)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข การเสริมพลังอำนาจ การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 6

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 6

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แบ่งกลุ่ม ของคะแนนการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพใน เด็กนักเรียนประถมศึกษาของทันตภิบาลเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ต่ำและปานกลาง กลุ่มที่ 2 ระดับสูง เพื่อนำมาทดสอบความสัมพันธ์ด้วยไคส แควร์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขกับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 6 (n =200)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การปฏิบัติงาน		X ²	df	p-value
	ต่ำและปานกลาง	สูง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	16 (88.9)	2 (11.1)	1.265	1	0.372 ^a
หญิง	141 (77.5)	41 (22.5)			
อายุ					
ต่ำกว่า 25 ปี	47 (75.8)	15 (24.2)	1.402	2	0.496
26-35 ปี	67 (77.0)	20 (23.0)			
มากกว่า 35 ปี	43 (84.3)	8 (15.7)			
ตำแหน่งงาน					
ลูกจ้างชั่วคราว	33 (68.8)	15 (31.3)	3.557	1	0.059
พนักงานราชการและข้าราชการ	124 (81.6)	28 (18.4)			
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	40 (75.5)	13 (24.5)	0.392	1	0.328
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	117 (79.6)	30 (20.4)			
การได้รับการฝึกอบรม					
ไม่ได้รับการฝึกอบรมรอบ 1 ปี	45 (81.8)	10 (18.2)	0.822	2	0.663
ได้รับการฝึกอบรม 1 ครั้ง/ปี	63 (78.8)	17 (21.3)			
ได้รับการฝึกอบรม >1 ครั้ง/ปี	48 (75.0)	16 (25.0)			

a = Fisher's Exact test

จากตารางที่ 1 สรุปปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ตำแหน่งงาน การศึกษาสูงสุด และการได้รับการฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 6

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังอำนาจกับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังอำนาจ กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 (n =200)

การเสริมพลังอำนาจ	การปฏิบัติงาน		X ²	df	p-value
	ต่ำและปานกลาง	สูง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ได้รับการเสริมพลังน้อย	92 (89.3)	11 (10.7)	14.7	1	<0.001
ได้รับการเสริมพลังมาก	65 (67.0)	32 (33.0)			

จากการวิเคราะห์พบว่าคนที่ได้รับการเสริมพลังน้อยจะมีการปฏิบัติงานต่ำถึงปานกลางร้อยละ 89.3 ปฏิบัติงานระดับสูงร้อยละ 10.7 ถ้าได้รับการเสริมพลังมากจะมีการปฏิบัติงานต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 67.0 ปฏิบัติงานระดับสูงร้อยละ 33.0 หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ได้รับการเสริมพลังมากจะปฏิบัติดีมีสัดส่วนมากกว่าคนที่

ที่ได้รับการเสริมพลังน้อยซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงาน กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงานกับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 (n =200)

ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงาน	การปฏิบัติงาน		X ²	df	p-value
	ต่ำและปานกลาง	สูง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ได้การสนับสนุนน้อย	94 (86.2)	15 (13.8)	8.5	1	0.003
ได้การสนับสนุนมาก	63 (69.2)	28 (30.8)			

จากการวิเคราะห์พบว่าคนที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายน้อยจะมีการปฏิบัติงานต่ำถึงปานกลางร้อยละ 86.2 ปฏิบัติงานระดับสูงร้อยละ 13.8 ถ้าได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมากจะมีการปฏิบัติงานต่ำถึงปานกลางร้อยละ 69.2 ปฏิบัติงานระดับสูงร้อยละ 30.8 หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมากจะปฏิบัติระดับสูงมีสัดส่วนมากกว่าคนที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายน้อยซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 6

พบว่าการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา การบูรณาการงานสุขภาพช่องปากจัดงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา สนับสนุนครูอนามัยให้จัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน การได้รับการทรัพยากร การได้รับการสนับสนุน การได้รับการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การทำงาน การได้รับรางวัล และการยกย่องชมเชยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการ

ปฏิบัติงาน พบปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ร้อยละ 25 ร้อยละ 21 ร้อยละ 20 ร้อยละ 18 และร้อยละ 24 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ตำแหน่งงาน การศึกษาสูงสุดและการได้รับการฝึกอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข สอดคล้องกับการวิจัยของใจดาว คัมพะจันทร์⁸ ได้ทำการศึกษากการสนับสนุนจากองค์การ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข การศึกษาของมัลลิกา เทพอ่อน⁹ พบว่าเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเขตสาธารณสุขที่ 11 คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุข การศึกษาของนางสาวนฤมล เอี่ยมพงษ์ไพบูลย์¹⁰ พบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ทันตสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาญจนบุรี การอบรมหรือไม่ได้อบรมซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติ งานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 17 ของ จิลาวัณย์ ชื่นรุ่งโรจน์¹¹ แต่แตกต่างกับการวิจัยของ หนึ่งฤทัย จันทนารัตน์¹² พบว่าระดับการศึกษาตำแหน่งและการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานวิจัยของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาอาจเป็นเพราะเป็นงานพื้นฐานที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจะต้องดำเนินงาน ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายและเป็นตัวชี้วัดที่ต้องใช้ในการประเมินผลงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังอำนาจกับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาพบว่าการเสริมพลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าการเสริมพลังอำนาจมากการปฏิบัติงานจะมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วศกร แก้วทิพย์¹³ เรื่องปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในภาคใต้พบว่าปัจจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการได้รับรางวัล การยกย่องชมเชยและการยอมรับของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางที่น้อยที่สุดผู้บริหารและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการเสริมพลังอำนาจแก่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ควรยกย่องชมเชยประกาศเกียรติคุณผู้ที่ปฏิบัติงานดี เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการทำงาน นอกจากนี้ควรสนับสนุนความก้าวหน้าส่งเสริมการศึกษาหรือการอบรมเพื่อนำไปพัฒนาการปฏิบัติงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา พบว่าปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันต

สุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีการสนับสนุนที่ดีมาก การปฏิบัติงานดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนายสำราญ ปีตากุลดิลก¹⁴ พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายบริการ ที่ 11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับแนวคิด เกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กรของ ทองหล่อ เดชไทย¹⁵ ได้กล่าวว่าความสำเร็จของการดำเนินงานมีปัจจัยพื้นฐาน ที่ใช้ในการบริหารที่สำคัญ 4 ประการ คือ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุ สิ่งของ (Material) และวิธีการจัดการ (Method) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการบริหารและการสนับสนุนจากผู้บริหาร จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านกำลังคนและงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง โรงพยาบาลแม่ข่ายจึงควรให้การสนับสนุนด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ โดยเฉพาะด้านกำลังคนโรงพยาบาลแม่ข่ายอาจต้องหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ไปช่วยในพื้นที่ที่มีนักเรียนมากโดยบริหารจัดการภาพรวมรายอำเภอส่วนด้านงบประมาณ ควรจัดสรรวางแผนงบประมาณ ให้เพียงพอกับความต้องการแต่ละพื้นที่

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียน ประถม ศึกษาในเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะมากที่สุด ด้าน จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา ร้อยละ 25.0 ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการปฏิบัติงานร้อยละ 24.0 โดยพบการกรอกข้อมูลซ้ำซ้อน ระบบการเก็บข้อมูลไม่เป็นมาตรฐาน ผู้ช่วยทันตกรรมมีจำนวนไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะควรมีโปรแกรมในการเก็บข้อมูลที่มีมาตรฐาน และ

จัดสรรงบประมาณในการทำเรื่องจ้างผู้ช่วยทันตกรรม

งานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับสูง ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังอำนาจ การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อการพัฒนาคุณภาพงานทันตสาธารณสุขชุมชน การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ทำงานเชิงรุกประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการเสริมพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องและให้การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก และช่วยแก้ปัญหาเพื่อการพัฒนางานทันตสาธารณสุขชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาพบว่าการปฏิบัติงานการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่ดีขึ้นของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขควรมีการเสริมพลังอำนาจจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่ายและการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนา

1. ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารเพื่อเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าควรปรับหลักสูตรสายงานเพื่อเพิ่มระดับตำแหน่งให้สูงขึ้นใกล้เคียงกับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงานนอกจากนี้ ควรสนับสนุน ให้โอกาสความก้าวหน้าอื่น ๆ เช่น สนับสนุนให้อบรมหรือลาศึกษาต่อ รวมถึงการยกย่องชมเชยให้การยอมรับนับถือเมื่อปฏิบัติงานสำเร็จ ตามเป้าหมาย

2. ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ควรให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทันตกรรมให้เพียงพอและเหมาะสมกับการใช้งาน และเพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพบริการจึงควรเสนอเพื่อสนับสนุนให้มีผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ พรทิพย์ กิระพงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่แนะนำในการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิดจนสำเร็จอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ ขอขอบพระคุณนายแพทย์วิศิษฐ์ ผลสวัสดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะจันทร์ ที่ให้การสนับสนุนขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทันตแพทย์ หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพ 6 ทุกท่านและขอขอบคุณพระคุณ บิดา มารดา ครอบครัวก๊ว แก้ว ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนในการทำงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข.กรมอนามัย. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี; 2561.
- สำนักงานเขตตรวจราชการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6. รายงานสถานการณ์การดำเนินงานทันตสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6; 2560.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพระดับประเทศ ครั้งที่ 8 . กรุงเทพฯ ; 2552.
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: บริษัททีคิว จำกัด; 2552.
- สมาคมทันตภิบาลแห่งประเทศไทย. ทศวรรษทันตภิบาลไทย บันทึกทันตภิบาลไทย. วารสารหมออนามัย. 20, 1 (กรกฎาคม – สิงหาคม); 2553.
- Kanter, R.M. Men and women of the corporation. 2nd ed. New York Basic Book; 1993.
- Kanter, R.M.. Frontiers of management. United States of American A Harvard Business; 1997.
- ใจดาว คัดทะจันทร์. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- มัลลิกา เทพอ่อน. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เขตสาธารณสุขที่ 11[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
- นฤมล เอี่ยมพงษ์ไพบลูย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขของบุคลากรในสถานีนอนมัย จังหวัดกาญจนบุรี[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
- จิลาวิณย์ ชื่นรุ่งโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงาน

- ทันตสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข
เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 17[
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต]. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2555.
12. หนึ่งฤทัย จันทนารี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับการดำเนินงานวิจัยของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัด
อุทัยธานี[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศา
สตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2551.
13. วศกร แก้วทิพย์. ปัจจัยส่วนบุคคลการ
เสริมสร้างพลังอำนาจในงานและความยึดมั่น
ผูกพันต่อองค์กรของเจ้าพนักงานทันต
สาธารณสุขในโรงพยาบาลภาคใต้[วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต].
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช;
2551.
14. สำราญ ปีตากุลดิลก. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ
ปฏิบัติงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการที่ 11
สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต]. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2556.
- 15.ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงาน
สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์;
2545.

Received: 13 Mar 2020, Revised: 6 Apr 2020,

Accepted: 7 Jun 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่กา
อำเภอเมือง จังหวัดพะเยานันทกานต์ แสนรักษ์¹ สมคิด จูหว้า^{2,*} ทวีวรรณ ศรีสุขคำ³

บทคัดย่อ (Abstract)

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองอยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 34.62 รองลงมา มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และระดับพอเพียง ร้อยละ 33.85 และ 31.53 ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้าน การศึกษา รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ เบาหวาน ความฉลาดทางสุขภาพ การดูแลตนเอง¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author: sjuwa@hotmail.com

Original Article

Health Literacy on Self-Care among Patients with Diabetes Mellitus
in Mae Ka Sub-district, Phayao ProvinceNunthakarn Saenrak¹, Somkid Juwa^{2,*}, Taweewun Srisookkum³

Abstract

The Cross-sectional survey research aimed to study factors related to health literacy in type 2 diabetes patients, Mae Ka sub-district, Phayao province. The total numbers of 130 participants were selected by simple random. Data were collected using interview technique and health literacy questionnaire on self-care. Data analysis included descriptive statistics and Chi-Square test. The results showed that most 34.62 percent of participants were marginal health literacy, 33.85 percent of participants were inadequate and 31.53 percent of participants were adequate health literacy. Additionally, Chi-Square analysis showed factor significantly related to health literacy were education, income and duration of being diagnosed with diabetes (p -value < 0.05).

Keywords: Diabetes, Health literacy, self-care

¹Master of Public health student, School of medicine, University of Phayao

²Assistant Professor, Department of health promotion, School of medicine University of Phayao

³Assistant Professor, Department of Emergency Medical Operation, School of medicine University of Phayao

*Corresponding author: sjuwa@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย อัตราความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 415 ล้านคนทั่วโลกและคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 ประมาณครึ่งของผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้หญิง ในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวเป็นคนไทยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3.2 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2578 จะเพิ่มขึ้นอีก 1.1 ล้านคน จากผลการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ผลการสำรวจยังพบว่าผู้หญิงไทยเกือบครึ่งมีภาวะอ้วนซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 9 ของผู้หญิงทั่วโลกและติดอันดับ 2 ของการเสียชีวิตของผู้หญิงไทย¹ สถานการณ์และแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557-2559 มีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 17.5 19.4 และ 22.3 ตามลำดับ² และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดอยู่ตลอดเวลาเพื่อเป็นการลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ที่ป่วยเบาหวานอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี³ และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับไม่เพียงพอ จะมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคที่เป็น และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับเพียงพอ⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wallace และคณะ⁵ พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะทำให้มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง⁴ องค์การอนามัยโลกเห็นความสำคัญในเรื่องนี้จึงประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น⁶

ด้วยความฉลาดทางสุขภาพจะมีผลโดยตรงทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพโดยปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย การอ่าน การเขียน การคำนวณ และความรู้เบื้องต้นของบุคคลจะเป็นทักษะพื้นฐานที่นำมาพัฒนาโดยการให้ความรู้และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้บุคคลเกิดความรู้และสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ส่งผลให้มีความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น คือสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จำนวนมาก เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคมด้านภาวะโรคด้านการรักษา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และพัฒนาไปสู่การสร้างโปรแกรมเพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วย แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มของอัตราป่วยที่สูงขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยังมีปัจจัยอื่น ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อนำผล การศึกษามาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการ ให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานได้อย่างเหมาะสมซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย เบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่น้อยกว่า 6 เดือน พักอาศัยในพื้นที่ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จากฐานข้อมูลคลังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน

2562 มีระดับความรู้สึกรู้สึกตัวปกติการรับรู้สถิติสัมพัทธ์สมบรูณ์ สามารถให้ข้อมูลได้ สัมครใจและยินยอมให้ข้อมูล จำนวน 196 คน⁷ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจและร่างกาย ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้และมีความประสงค์จะออกจากการศึกษาเนื่องจากเหตุสุดวิสัยจะถูกคัดออกจากการเข้าร่วมการวิจัย ขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน⁸ โดยกำหนดค่าสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเคียน ด้วยการสุ่มตามสัดส่วนผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้วสุ่มอย่างง่ายจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละหมู่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการรับรองตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 2/015/62

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล การมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน และระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (check list)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจำแนกตามองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ 6 ด้าน ซึ่งเป็นการประเมินทักษะ ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านความรู้ความเข้าใจและการแปลความที่ถูกต้อง (Cognitive) จำนวน 15 ข้อ โดยใช้แนวคิดจาก TOFHLA และ DNT15^{4,9} แบ่งระดับความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตาม TOFHLA^{4,9} ได้แก่ ระดับไม่เพียงพอ (คะแนนระหว่าง 0-8 คะแนน หรือ ร้อยละ 0-59) ระดับก้ำกึ่ง (คะแนนระหว่าง 9-11 คะแนนหรือร้อยละ 60-74) และระดับเพียงพอ (คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน หรือ ร้อยละ 75-100)

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง (Communication skill) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ (self-management) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (media literacy) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (decision skill) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2-6 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และนำมาจำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพ เป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การจำแนก ระดับความฉลาดทางสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁸ คือ ระดับไม่เพียงพอ (คะแนนระหว่างร้อยละ 0-59) ระดับก้ำกึ่ง (คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79) และระดับเพียงพอ (คะแนนระหว่างร้อยละ 80 -100)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ตอนที่ 2-6 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ช (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.70, 0.73, 0.77, 0.70 และ 0.70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัย และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ต่อผู้ใหญ่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเคียน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมวิจัย วางแผนการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ และแจ้งวัน เวล่านัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอลงเก็บข้อมูล

3. ทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เปิดโอกาสให้ซักถาม และใช้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยและความสมัครใจกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ และตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัยทีมผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนที่วางแผนไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ 2 ส่วน คือ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เป็นการบรรยายข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

ผลการวิจัย

ผลการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.08 ได้รับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 37.69 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง แม่บ้าน ค้าขายตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า

5,000 บาท ร้อยละ 78.46 ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานร้อยละ 43.85 เป็นน้อยกว่า 5 ปี กลุ่มตัวอย่าง มีความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 31.53 ความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 34.62 และความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 33.85 ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในระดับไม่เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศ การศึกษา รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ระดับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=130)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอ (Adequate health literacy)	41	31.53
ความฉลาดทางสุขภาพก้ำกึ่ง (Marginal health literacy)	45	34.62
ความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy)	44	33.85

ตารางที่ 2 ระดับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพ	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ (n = 130)		
	เพียงพอ	กำลัง	ไม่เพียงพอ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย	26 (20.00)	52 (40.00)	52 (40.00)
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	33 (25.38)	39 (30.00)	58 (44.62)
3. การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง	28 (21.54)	50 (38.46)	52 (40.00)
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	31 (23.84)	31 (23.85)	68 (52.31)
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	20 (15.38)	26 (20.00)	84 (64.62)
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	15 (11.54)	41 (31.54)	74 (56.92)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม (n = 130)						Chi-Square	P-value
	เพียงพอ		กำลัง		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							13.467	0.001
ชาย	22	36.07	28	45.90	11	18.03		
หญิง	19	27.53	17	24.64	33	47.83		
การศึกษา							10.741	0.005
ต่ำกว่า	25	25.00	35	35.00	40	40.00		
ประถมศึกษา								
สูงกว่า	16	53.34	10	33.33	4	13.33		
ประถมศึกษา								
รายได้ต่อเดือน							18.460	< 0.001
≤ 5,000 บาท	4	14.28	5	17.86	19	67.86		
> 5,000 บาท	37	36.27	40	39.22	25	24.51		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย Mean=7.41, SD=6.46							14.368	0.006
น้อยกว่า 5 ปี	12	21.05	29	50.88	16	28.07		
5-10 ปี	18	45.00	6	15.00	16	40.00		
10 ปีขึ้นไป	11	33.34	10	30.30	12	36.36		

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองอยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 34.62 รองลงมา มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และระดับพอเพียง ร้อยละ 33.85 และ 31.53 ตามลำดับ และพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

ความฉลาดทางสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอ ร้อยละ 68.47 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความสามารถในการเรียนรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการดำเนินงานด้านสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมที่อาจจะไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤทัย เพชรประยูร ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น⁴ ดังนั้นการดำเนินงานด้านสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ และยังคงต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ เนื่องจากการมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอจะส่งผลต่อการปฏิบัติ

ตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีหรือมีการดูแลตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสม¹¹ และกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอจะมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคที่เป็น และความรู้ในการดูแลตนเองน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอ⁴ เมื่อแยกพิจารณาตามองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในระดับไม่เพียงพอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรัตน์ รัตนวราจ¹⁰ ที่พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรณรงค์เรื่องความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่เพียงพออย่างไรก็ตามผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอและก้ำกึ่งยังคงต้องได้รับการพัฒนาทั้ง 6 องค์ประกอบที่กล่าวข้างต้นให้ดีขึ้น เพราะเป็นหนทางที่สำคัญและเป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีดังที่องค์การอนามัยโลกให้นิยามความฉลาดทางสุขภาพ คือทักษะต่าง ๆ ทั้งการรับรู้และทางสังคมเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ¹¹

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ ความฉลาดทางสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า การศึกษา มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการศึกษาพบว่าการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีความฉลาดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับเพียงพอสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษต่ำกว่า ประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปัทมาพร ธรรมผล¹² และคณะ ศึกษาเรื่องความฉลาดทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา จะมีความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับเพียงพอสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา

ด้านรายได้พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีรายได้สูงทำให้มีต้นทุนในการแสวงหาข้อมูลการดูแลตนเอง เช่นการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลตนเองที่มากกว่า เช่น โทรศัพท์ สื่อออนไลน์ อีกทั้งการมีรายได้ที่สูงทำให้มีความเอาใจใส่สุขภาพที่ดีกว่า ไม่มีความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของโอเร็มที่ได้ให้เหตุผลว่าการที่บุคคลมีรายได้ที่เพียงพอหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว มีโอกาสที่จะมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยซึ่งจะมีข้อจำกัดใน

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ¹³ และการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรงค์¹⁰ ศึกษาเรื่องความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ

ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยในช่วงการเจ็บป่วย 5 ปีแรก มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับเพียงพอต่ำกว่าช่วงระยะเวลาป่วย 5 - 10 ปี และจะลดลงเมื่อมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี แต่ยังมีสัดส่วนสูงกว่าระยะเวลาป่วย น้อยกว่า 5 ปี อธิบายได้ว่าในช่วงเริ่มต้นของการเจ็บป่วยกลุ่มผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเองน้อยและเมื่อเวลาผ่านไปได้รับความรู้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ สื่อต่างๆรวมถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองและบุคคลรอบข้างจึงทำให้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น แต่เมื่อมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น เช่น มากกว่า 10 ปี ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพที่ลดลงเนื่องจากเห็นว่าเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย โรคไม่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรงค์¹⁰ ที่พบว่าระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความฉลาดทางสุขภาพลดน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

จากผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพ โดยจำแนกตามองค์ประกอบอยู่ในระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ในเรื่องการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการและทันสมัย การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ดังนั้น หน่วยงานควรให้ความสำคัญต่อประเด็นดังนี้

1. การจัดกิจกรรมพัฒนาความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าถึงสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2. การสื่อสารเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารที่ชัดเจน เช่น ปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อและวิธีการสื่อสารเพื่อปฏิเสธเพื่อนบ้านที่เชิญให้รับประทานอาหารที่มีผลต่อโรคเบาหวาน เช่น อาหารที่มีรสหวาน

3. จัดให้มีการกระจายข้อมูลทางสุขภาพไปตามสื่อต่าง ๆ ในชุมชน เช่น วิทยุชุมชน เสียงตามสายในหมู่บ้าน จัดให้มีแผ่นพับหรือเอกสารให้ความรู้ตามจุดสำคัญในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและแหล่งบริการสุขภาพได้ทั่วถึง

4. จัดให้มีการฝึกอบรม ให้ความรู้ และพัฒนาทักษะที่เป็นองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ประชาชนเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต หลอดเลือดและหัวใจ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นมาตรฐานในการจัดทำสื่อการให้สุศึกษาที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่ม และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เที่ยงตรงและแม่นยำต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ผศ.ดร.สมคิด จุฬาวา ผศ.ดร.ทวิวรรณ ศรีสุขคำ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านห้วยเคียน อสม. ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ.2559 - 2561 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสาธารณสุข และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร) [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 7 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-diseasedata.php>.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci & Med. 2008; 67(12): 2072
4. สมฤทัย เพชรประยูร, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. อิทธิพลการรับรู้ความรุนแรงของโรคความแตกฉานด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล

- ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2557;
26(1): 38-51.
5. Wallace AS, Carlson JR, Malone RM, Joyner J, DeWalt DA. The influence of literacy on patient-reported experiences of diabetes self-management support. *Nurs Res.* 2010; 59(5): 356-63.
6. World Health Organization (WHO). Health literacy and health promotion definition, concepts and example in the eastern Mediterranean region. Individual empowerment conference working document. 7th global conference on health promoting and development. Kenya: Nairobi; 2009.
7. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อจังหวัดพะเยา; 2019. [เข้าถึงเมื่อ 7 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงจาก <http://203.209.96.247/chronic/>.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ psychol meas* 1970; 30(3): 607-10.
9. วิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
10. วรณรัตน์ รัตนวรางค์, วิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.* 2561; 24(2): 34-51.
11. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2554.
12. ปัทมาพร ธรรมผล, นพวรรณ เปียชื่อ, สุจินดา จารุพัฒน์มารูโอ. ความแตกฉานด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2559; 34(3): 176-82.
13. Orem DE. *Nursing: Concept of Practice.* 6th ed.. St. Louis: Mosby; 2001.

Received: 28 Jan 2020, Revised: 14 Feb 2020,

Accepted: 16 Apr 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพในตำบลขุนควรว
อำเภอปง จังหวัดพะเยาประจวบ แหลมหลัก^{1,*}ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง¹ พงศธร ศิลาเงิน¹ ภากรณ์ ภูสุวรรณ¹ ประกาศิต ทอนช่วย¹
ณรงค์ ใจเที่ยง¹ แสงชัย วงศ์มานะกุล¹ พงศ์นเรศ แจ้งพรมมา¹ อรทัย เกตุขาว¹ วิริญญา เมืองช้าง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพในตำบลขุนควรว อำเภอปง จังหวัดพะเยา รูปแบบการวิจัยคือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาบริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และสร้างรูปแบบในการแก้ปัญหา เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่มคือกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ และกลุ่มอาจารย์คณะแพทยศาสตร์โดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) การดำเนินการตามรูปแบบ เก็บข้อมูลจากผู้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้รับบริการ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 3) การสร้างหมู่บ้านต้นแบบการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ ผลการวิจัยตามระยะพบว่า 1) บริบทชุมชนตำบลขุนควรวเป็นชุมชนที่ห่างไกลจากตัวเมือง แต่มีความเข้มแข็ง ปัญหาสุขภาพคือโรคเรื้อรัง ผลการสร้างรูปแบบพบว่าคนที่เกี่ยวข้องคือ อาจารย์และนิสิตสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชนจิตอาสา ผู้รับบริการ และเครือข่ายระดับอำเภอ จังหวัด แนวคิดในการทำงานคือการทำงานแบบเครือข่าย เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและเครือข่าย ได้ผลประโยชน์ร่วมกัน และเน้นการบูรณาการระหว่างการเรียนรู้กับการปฏิบัติงานจริง กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างเครือข่าย กระตุ้นการมีส่วนร่วม สร้างชุมชนจิตอาสา ให้บริการสุขภาพ และสร้างชุมชนต้นแบบ 2) เริ่มสร้างเครือข่าย กระตุ้นการมีส่วนร่วมด้วยโครงการบริการวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ สร้างชุมชนจิตอาสา 5 กลุ่ม คือ กลุ่มสมุนไพรร นวดไทย เฝาระวังหมอกควันและการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แพทย์แผนจีน และช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินการอยู่ในระดับสูง 3) สร้างชุมชนต้นแบบ 2 หมู่บ้าน เป็นการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพในชุมชน มีคณะแพทยศาสตร์ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีกิจกรรมหลักคือการคัดกรองผู้ป่วยขั้นต้น การเฝ้าระวังหมอกควันและการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่เด่นชัดคือเกิดชุมชนต้นแบบในการใช้สมุนไพรร 5 ชนิด ชุมชนนวดแผนไทย และชุมชนช่วยฟื้นคืนชีพ

คำสำคัญ รูปแบบ การดูแลสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ

¹ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author: drpj999@ gmail.com

Original Article

Model of Interprofessional Health Care in Khunkuan Sub-district,
Pong District, Phayao Province

Prachuab Lamluk^{1,*}, Patipat Vongruang¹, Pongsaton Siragnirn¹,
Pakorn Pusuwan¹, Prakasit Tonchay¹, Narong Chaitiang¹, Saengchai Wongmanakun¹,
Pongnared Jaengpromma¹, Orathai Katekhaw¹, Wirinya Muengchang¹

Abstract

This research aimed to explore model of Interprofessional health care in khunkuan sub-district, Pong district, Phayao province. It was action research divided into 3 phases. 1) explore community context, health problem analysis and set problem solving model. Qualitative data were collected by focus group discussion from 2 groups of key informants consisted of group of health worker, community leader, lay population and group of Interprofessional lecturers from school of Medicine. Data were analyzed by content analysis. 2) Model implementation; data were collected by using questionnaire and indept-interview from 2 groups of key informants consisted of health service workers and customers. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and qualitative data were analyzed by content analysis. 3) construct Interprofessional health care model in 2 villages. The result in each phase revealed that 1) community health problems were chronic diseases. location was rural community that far from facility but strong. The primary constructed model explored stakeholder were interprofessional lecturers and students, local public health officer, community leader, volunteers, customers and network among higher level officer. Concept for implementation were network, empowerment, win- win situation and integration. Activities were network, participation and voluntary community setting, health service and model villages setting. 2) They began to set network and then stimulated community participation on academic services projects of School of Medicine. They created 5 voluntary groups; health herbs, Thai massage, particle matter and pesticide usage surveillance, Chinese medicine and cardiopulmonary resuscitation. The satisfactions on implementation were in high level. 3) there were 2 villages selected to implement as model villages. There were interprofessional health care among villagers those were supported by interprofessional team from School of Medicine. The health cares were primary patient screening, particle matter and pesticide usage surveillance and Thai massage. The main activities were local herbs usage, Thai massage and cardiopulmonary resuscitation team.

Keyword: model, healthcare, Interprofessional

¹ School of Medicine, University of Phayao.

* Corresponding author: drpj999@gmail.com

บทนำ

เดิมการให้ความหมายของคำว่าสุขภาพ (Health) มีมุมมองเพียงมิติทางกายคือความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น ต่อมา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.1948 ไว้ว่า “สุขภาพหมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น”¹ จากความหมายดังกล่าวทำให้คำว่าสุขภาพมีความหมายกว้างกว่าเดิม และส่งผลกระทบตามมาคือทำให้กิจกรรมการดูแลสุขภาพต้องมีความหลากหลาย สลับซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้จากการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2541 ได้มีมติให้เพิ่มคำว่า “Spiritual well-being” หรือสภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไป ในคำจำกัดความของสุขภาพเพิ่มเติม¹ เป็นสนับสนุนว่าสุขภาพมีขอบข่ายกว้าง สลับซับซ้อน มิติ ที่กว้าง มีความสลับซับซ้อน ระบบสุขภาพจึงต้องมีขยายขอบข่ายให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และที่สำคัญมีความเกี่ยวข้องกับคนที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพของคนในสังคมปัจจุบัน ผลกระทบจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกที่ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการดำเนินงานชีวิตภายใต้กระแสทุนนิยมที่ต้องมีการแข่งขัน ส่งผลกระทบต่อวิถีการชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบของความเจ็บป่วย ซึ่งมีความหลากหลายและสลับซับซ้อนมากขึ้น กล่าวคือ ในอดีตรูปแบบการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคติดเชื้อ โรคเฉียบพลันซึ่งเป็นมาจากความไม่เจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ แต่ปัจจุบันรูปแบบความเจ็บป่วยส่วนใหญ่กลายเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคของ

ความเสื่อมต่าง ๆ รวมถึงการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นผลกระทบจากพฤติกรรมของคนที่เปลี่ยนไป รวมถึงความเจริญของเทคโนโลยีทางสุขภาพที่ทำให้การดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพและทำให้คนมีอายุยืนขึ้น² ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ครอบคลุมมิติทางสุขภาพ รวมถึงการก้าวทันต่อความเปลี่ยนแปลง

ในการดูแลสุขภาพท่ามกลางความหลากหลายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด Kleinman³ ได้กล่าวไว้ว่าระบบสุขภาพควรมีลักษณะเป็นระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Holistic Medicine) กล่าวคือ ควรมีความหลากหลายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ประกอบด้วยระบบสุขภาพ 3 ระบบ คือ 1)ระบบสุขภาพภาคประชาชน (Popular health care sector) ซึ่งเป็นแหล่งที่ความเจ็บป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย และชุมชน ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นระบบสุขภาพที่มีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นหลัก 2) ระบบสุขภาพพื้นบ้าน (Folk health care sector) เป็นรูปแบบที่เกิดจากวัฒนธรรมที่ไม่ใช่รูปแบบวิชาชีพ มีมุมมองสาเหตุของการเกิดโรค 2 ลักษณะ คือ ความเชื่อด้านไสยศาสตร์ และความเชื่อด้านแพทย์แผนโบราณ และ 3) ระบบสุขภาพวิชาชีพ (Professional health care sector) เป็นระบบสุขภาพที่มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการซับซ้อนในระบบราชการ การปฏิบัติทางสุขภาพที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการปฏิบัติทางสุขภาพในลักษณะที่มีวิทยาการขั้นสูง และมีเวชปฏิบัติในรูปแบบของระบบวัฒนธรรมทางสุขภาพแบบตะวันตก ดังนั้นระบบสุขภาพที่เหมาะสมควรเป็นระบบสุขภาพที่หลากหลายเพื่อให้ครอบคลุมมิติทางสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงความสอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน

ตำบลขุนควรเป็นตำบลหนึ่งที่ประสบปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากสถิติโรคย้อนหลัง 3 คือ ปี 2557-2558 พบว่ามี

ประชากรกลุ่มเสี่ยง (15 ปีขึ้นไป) ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.52 เป็นร้อยละ 13.43 ตามลำดับ⁴ ซึ่งการป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับพื้นที่ตำบลขุนควรงยังปรากฏมีการดูแลสุขภาพตามความเชื่อของท้องถิ่น มีการดูแลสุขภาพโดยแพทย์พื้นบ้านด้วยแพทย์แผนไทย ดังนั้นพื้นที่ตำบลขุนควรมีความต้องการระบบการดูแลสุขภาพในลักษณะพหุลักษณะ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ได้ทำการผลิตนิตินิตหลากหลายสาขาได้แก่ สาขาแพทยศาสตร์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทย ประยุกต์ อนามัยชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาธารณสุขศาสตร์คณาจารย์นิเทศศาสตร์ซึ่งแต่ละสาขามีศาสตร์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนแตกต่างกันแต่มีเป้าหมายเดียวกันคือการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน⁵ หากหารูปแบบที่ส่งเสริมให้แต่ละสาขาวิชาได้มีโอกาสได้ทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพจะส่งผลทำให้ผู้ประชาชนได้รับบริการที่หลากหลาย สอดคล้องกับความต้องการและลักษณะของความเจ็บป่วย ตลอดจนช่วยให้อาจารย์และนิสิตได้ใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพจากสถานการณ์จริง ดังนั้น จึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยได้ทำวิจัยการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพในตำบลขุนควรอำเภอปง จังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ที่มีการผสมผสานวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เป็นวงจรการปฏิบัติเริ่มจากการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อน โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งมีแต่ละระยะมีระเบียบวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะการศึกษาบริบทของชุมชน วิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพ และกำหนดรูปแบบในการแก้ปัญหาเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม คือ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควรง 2 คน ผู้นำชุมชน 5 คน และประชาชนในพื้นที่ 5 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือเป็นแกนนำของชุมชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนและสอดคล้องกับสาขาวิชาชีพของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา และ 2) กลุ่มอาจารย์สาขาวิชาชีพต่าง ๆ จากคณะแพทยศาสตร์ ได้แก่ แพทย์แผนจีน 1 คน แพทย์แผนไทยประยุกต์ 2 คน อนามัยชุมชน 2 คน อนามัยสิ่งแวดล้อม 1 คน อาชีวอนามัยและความปลอดภัย 1 คน การส่งเสริมสุขภาพ 1 คน ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ 1 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ตามประเด็นการสนทนาที่กำหนดไว้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การดำเนินการตามกระบวนการของรูปแบบ เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม 1) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย อาจารย์จำนวน 10 คน นิสิตจำนวน 25 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 5 คน เป็นการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมให้บริการสุขภาพตามสาขาวิชาชีพตลอดกิจกรรมการบริการ และ 2) กลุ่มผู้รับบริการจำนวน 60 คน เป็นการสุ่มแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือเป็นประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ขุนควรง อ.ปง จ.พะเยา รวมถึงประชาชนจิตอาสาที่เข้าร่วมอบรมเรื่องแนวทางการดูแลสุขภาพตามสาขาวิชาชีพ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อการดำเนิน

โครงการ ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ⁶ เป็นแบบมาตรวัดระดับ (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) หากคุณภาพโดยการประเมินสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า ข้อความทุกข้อผ่านเกณฑ์การประเมินคือมากกว่า 0.5 ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ⁷ ส่วนการหาความเที่ยง (Reliability) ดำเนินการโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.สบขาม จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.86 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้คือมากกว่า 0.7 ⁸ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาโดยแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของเบสท์ (Best)⁹ ที่ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง ซึ่งผลการแบ่งคือช่วงคะแนนเฉลี่ย 1-2.33 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับต่ำ 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับสูง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามประเด็นการสัมภาษณ์ที่กำหนดจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ อาจารย์จำนวน 2 คน นิสิต 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน ประชาชนจิตอาสา 2 คน และผู้รับบริการ 2 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้เข้าร่วมกระบวนการตั้งแต่ต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 3 การสร้างหมู่บ้านต้นแบบการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพโดยการสร้างรูปแบบในชุมชน โดยบ้านสบเกียง และบ้านน้ำรินได้รับการคัดเลือกจากการประชุมร่วมกันของผู้นำชุมชนให้ดำเนินการเป็นชุมชนต้นแบบ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ อาจารย์ 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ประชาชนในหมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 10 หมู่บ้านละ 50 คนมีเกณฑ์คัดเข้าคือเป็นผู้ที่ได้รับความเห็นชอบของชุมชน และมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพในลักษณะสหวิชาชีพ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 **ขั้นวิเคราะห์บริบทชุมชนและศึกษารูปแบบ** ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพของชุมชนคือปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีการแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นชุมชนที่ห่างไกลจากตัวเมือง แต่ชุมชนค่อนข้างเข้มแข็ง ผลการสังเคราะห์รูปแบบพบว่าคนที่เกี่ยวข้องคืออาจารย์และนิสิตสาขาต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทยประยุกต์ อนามัยชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาธารณสุขศาสตร์คู่ขนานนิติศาสตร์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชนจิตอาสา ผู้รับบริการ และเครือข่ายระดับอำเภอ จังหวัด แนวคิดในการทำงานคือการทำงานแบบเครือข่าย (Network) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและเครือข่าย (Empowerment) ได้ผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างชุมชน สถานบริการ และสถานศึกษา (Win-Win situation) และเน้นการบูรณาการระหว่างการเรียนรู้กับการปฏิบัติงานจริง (Integration) กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน การกระตุ้นการ

มีส่วนร่วม การสร้างชุมชนจิตอาสา การให้บริการ
สุขภาพ และการสร้างชุมชนต้นแบบ

ระยะที่ 2 การดำเนินการตามรูปแบบ
ได้ผลการดำเนินการตามขั้นตอนการดำเนินการ
ดังนี้

1) ขั้นสร้างเครือข่าย มีการสร้างเครือข่าย
ระดับจังหวัดโดยประกอบด้วยผู้แทนจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา นายแพทย์
แผนกเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลพะเยา
สาธารณสุขอำเภอปง นักวิชาการสาธารณสุข
ประจำ สสอ.ปง พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาล
ปง มีหน้าที่ในการให้คำปรึกษา เป็นวิทยากรให้
ความรู้ และติดตามนิเทศ ระดับพื้นมีนายก
องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ให้คำปรึกษา
และสนับสนุน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลขุนควรว นักวิชาการสาธารณสุข
ประจำ รพ.สต.ขุนควรว มีหน้าที่ในการประสานการ
ดำเนินการระดับพื้นที่ ในภาคปฏิบัติการวิชาชีพได้
แบ่งนิสิตให้มีหน้าที่ดังนี้ สาขาวิชาอนามัยชุมชน
และสาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพให้บริการด้านการคัด
กรองผู้รับบริการขั้นต้น และให้สุขศึกษาด้านการ
ส่งเสริมสุขภาพ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม
ให้บริการด้านการเฝ้าระวังหมอกควันและปัญหา
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ สาขาวิชาอาชีวอนามัย
และความปลอดภัยให้สุขศึกษาด้านการใช้
สารเคมีทางการเกษตรและปัญหาด้านการ
ประกอบอาชีพอื่น ๆ สาขาวิชาแพทย์แผนไทย
ประยุกต์ให้บริการด้านการนวดเพื่อสุขภาพและ
การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชน สาขาวิชา
แพทย์แผนจีนให้บริการด้านการฝังเข็มและ
ส่งเสริมการชงศาสตร์แพทย์แผนจีนในการดูแล
สุขภาพ สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์
ให้บริการด้านช่วยฟื้นคืนชีพและปฏิบัติการฉุกเฉิน

2) ขั้นการกระตุ้นการมีส่วนร่วม เน้นการ
ให้บริการสุขภาพเพื่อสร้างมวลชนภายใต้แนวคิด

“ผู้ให้ย่อมเป็นที่รัก จักนำไปสู่การสร้างมวลชน”
ดำเนินการโดยประสานกิจกรรมกับโครงการทำนุ
บำรุงศิลปะ และวัฒนธรรมเพื่อสนับสนุนโครงการ
1 คณะ 1 โมเดล คณะแพทยศาสตร์ ประจำปี
งบประมาณ 2561 ที่ชื่อโครงการบูรณาการการ
จัดการเรียนการสอนกับการศึกษาวิถีสุขภาพตาม
ภูมิปัญญาท้องถิ่น อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ซึ่ง
รับผิดชอบโดยอาจารย์ประจำหลักสูตรแพทย์แผน
ไทยประยุกต์บัณฑิต กับโครงการพัฒนาชุมชนสุข
ภาวะต้นแบบการป้องกันปัญหาหมอกควัน อำเภอ
ปง จังหวัดพะเยา รับผิดชอบโดยอาจารย์ประจำ
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาอนามัย
สิ่งแวดล้อม แล้วร่วมกันให้บริการประชาชนเป็น
โครงการนำร่องในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ขุน
ควรว อำเภอปง จ.พะเยา และประชาชน หมู่ที่ 8
ตำบลทุ่งกล้วย อ.ภูซาง จ.พะเยา

3) ขั้นจัดตั้งชุมชนจิตอาสา โดยการอบรม
ให้ความรู้สาขาวิชาชีพต่าง ๆ จนสามารถทำหน้าที่
ได้แล้วจึงจัดตั้งแกนนำในการดูแลสุขภาพ 5 กลุ่ม
ประกอบด้วย แกนนำฝึกอาสาการช่วยฟื้นคืนชีพ
แกนนำด้านแพทย์แผนไทย แกนนำด้านการเฝ้า
ระวังหมอกควัน แกนนำด้านแพทย์แผนจีน และ
แกนนำด้านการใช้สมุนไพร ในส่วนการคัดกรอง
เบื้องต้นนั้นมียาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านเป็นแกนในการดำเนินการอยู่แล้ว

4) ขั้นการให้บริการ ในขั้นนี้เป็นการบูรณา
การทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน สถานบริการ
สุขภาพ และสหสาขาวิชาชีพจากคณะ
แพทยศาสตร์ มีผู้ให้บริการจำนวน 120 คน ผล
การดำเนินการทำให้ประชาชนได้รับการคัดกรอง
สุขภาพเบื้องต้นโดยการซักประวัติ และตรวจ
สัญญาณชีพ (Vital sign) การให้ความรู้เรื่องการ
ดูแลสุขภาพด้วยแพทย์แผนจีน และแพทย์แผน
ไทยประยุกต์ จำนวน 64 คน ผู้ป่วยได้รับการ
ฝังเข็มลดความปวด จำนวน 18 คน ได้รับการนวด

คล้ายกล่ามนื้อจำนวน 22 คน การเรียนรู้เรื่อง ประเมินความพึงพอใจต่อระบบการแลกเปลี่ยน การช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่ม 29 คน การหลังจาก เรียนรู้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นดังรายละเอียดใน ให้บริการเชิงบูรณาการแล้วผู้วิจัยได้ทำการ ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ต่อกระบวนการ ดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ

ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
บริบท			
กิจกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน	4.47	0.97	สูง
ชุมชนพร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการ	4.23	0.90	สูง
สิ่งแวดล้อมด้านต่าง ๆ ของชุมชนเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ	4.19	0.95	สูง
ปัจจัยนำเข้า			
จำนวนนิสิต อาจารย์ เจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการ	4.35	0.95	สูง
อัตรากำลังของนิสิต/เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ	4.39	0.93	สูง
สื่อประกอบการเรียนรู้	3.95	0.92	สูง
เครื่องมือที่ใช้มีความทันสมัย	4.11	0.92	สูง
สถานที่ที่ใช้ในการประกอบการจัดกิจกรรม	4.15	0.97	สูง
คนในชุมชนที่ร่วมให้บริการ	3.84	1.09	สูง
กระบวนการ			
การลงทะเลียนร่วมกิจกรรม	3.88	1.11	สูง
การให้บริการวัดความดันโลหิต	3.99	0.91	สูง
การให้ความรู้เรื่องการแพทย์แผนจีน	4.03	1.02	สูง
การให้บริการฝังเข็ม	3.96	1.08	สูง
การให้ความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทย (การใช้สมุนไพร, การนวด, อบประคบ)	3.84	0.99	สูง
การให้บริการด้านการนวด, อบประคบ	3.96	0.99	สูง
การให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ (ปั๊มหัวใจ)	3.68	1.09	สูง
การให้ความรู้เรื่องการแก้ปัญหาหมอกควันในชุมชน	3.95	0.92	สูง
การอำนวยความสะดวกในการให้บริการ	4.19	0.92	สูง
ผลลัพธ์			
ความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพโดยแพทย์แผนจีน	4.23	0.90	สูง
ความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพโดยแพทย์แผนไทย	4.03	0.92	สูง
ความพึงพอใจการสร้างกลุ่มอาสาช่วยฟื้นคืนชีพ	3.92	0.97	สูง
ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้เรื่องการแก้ปัญหาหมอกควันในชุมชน	3.99	0.97	สูง
ภาพรวม	4.06	0.75	สูง

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพพบว่าทั้งในภาพรวมและรายกิจกรรมอยู่ในระดับสูง เพื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นการประเมิน พบว่า ประเด็นการประเมินที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรกคือ กิจกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ($\bar{X}$ = 4.77, SD=0.97) ทัศนคติของนิสิต/เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ($\bar{X}$ = 4.39, SD=0.93) และจำนวนนิสิต อาจารย์ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ($\bar{X}$ = 4.35, SD=0.95) ส่วนประเด็นการประเมินที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่ำสุดคือการให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ (ปั๊มหัวใจ) ($\bar{X}$ = 3.68, SD=1.09)

4) **ขั้นการสร้างชุมชนต้นแบบ** ชุมชนมีมติให้หมู่ที่ 3 บ้านสบเกียง และหมู่ 10 บ้านน้ำริน ตำบลขุนควร เป็นชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพในลักษณะสหวิชาชีพโดยชุมชน

ระยะที่ 3 การสร้างชุมชนต้นแบบ ใน 2 หมู่บ้านคือบ้านสบเกียง และบ้านน้ำริน ตำบลขุนควร เป็นการดูแลสุขภาพในลักษณะสหวิชาชีพโดยชุมชน โดยเริ่มจากการจัดอบรมชุมชนจิตอาสาหมู่บ้านละ 50 คน มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพโดยชุมชน คือ การคัดกรองผู้ป่วยขั้นต้นโดย อสม. การเฝ้าระวังการหมอกควันและการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กิจกรรมที่โดดเด่นของชุมชนคือแต่ละครอบครัวร่วมเป็นต้นแบบในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพประจำบ้าน 5 ชนิด ประกอบด้วย ว่านหางจระเข้ ฟักทะลายโจร หนุมานั่งแท่น ขิง และบอระเพ็ด การเป็นชุมชนนวดไทย การมีกลุ่มจิตอาสาด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ ส่วนการบริการที่ต้องรอสันับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์คือ การดูแลสุขภาพด้านแพทย์แผนจีน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาบริบทชุมชนพบว่าปัญหาสุขภาพชุมชนมีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนตำบลขุนควรเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ⁴ ซึ่งโดยทั่วไปเมื่อคนเราก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การทำงานหรือโครงสร้างของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะย่อมเสื่อมถอยลงไป ปัญหาสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และเป็นไปในลักษณะของโรคเรื้อรัง¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรศิลป์ ผดุมลาลา ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่าปัญหาสุขภาพของชุมชนในปัจจุบันคือ การป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ บางส่วนของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง ชุมชนต้องสร้างกลไกในการดูแลขึ้นมามีต้องรองรับซึ่งกลไกเหล่านั้นต้องอาศัยหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ด้วยศาสตร์ที่หลากหลาย¹¹ และเมื่อสังเคราะห์รูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การดูแลสุขภาพในลักษณะผสมผสานโดยสหสาขาวิชาชีพยังเป็นที่ต้องการของชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 ภาคส่วนตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของนายแพทย์ประเวศ วะสี¹² ที่เสนอว่าการดำเนินงานพัฒนาชุมชนให้สำเร็จ จะมี 3 องค์ประกอบเข้ามาเชื่อมโยงกันคือ 1) องค์การวิชาการในระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ รพ.สต. รพช. และองค์การวิชาการอื่น ๆ 2) สังคม ได้แก่ ชุมชนและกระบวนการชุมชน และ 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้การดำเนินงานหลักเป็นฝ่ายเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และทีมสหสาขาวิชาชีพจากคณะแพทยศาสตร์ ซึ่ง

เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในคณะแพทยศาสตร์ มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบโครงการทำให้เกิดการประสานงานล่าช้า เลยช่วงเวลาการจัดแผนประจำปี

2. ผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ประชาชนได้รับการคัดกรองการเจ็บป่วยเร็วขึ้น การรับการรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้นโดยศาสตร์ด้านการแพทย์แผนจีน ศาสตร์การแพทย์แผนไทยประยุกต์ นอกจากนี้ยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังหมวกคว้นและการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกวิธี รวมถึงการได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ จนส่งผลทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับสูงในทุกประเด็นการประเมิน จึงเป็นภาพสะท้อนว่าการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพเกิดผลทางบวกต่อการดูแลสุขภาพทั้งก่อนป่วย ระหว่างป่วย และหลังป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวงเดือน ภาษา, สุชัยญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนา เปสี และพนิตนาฏ รักษ์มณี¹³ ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ จำนวน 99 คนและผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 200 ราย ผลการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุมถึงชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ จัดทำคู่มือการดูแลตนเอง ปรับปรุงระบบการส่งต่อจากชุมชนมายังโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนามีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถลดระยะเวลารอคอยจากเดิมเฉลี่ย 5 ชั่วโมง เป็น 1.27 ชั่วโมง ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และพบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ อัตราการเกิดจอประสาทตาเสื่อมร้อยละ 5 อัตราการเกิด

แผลที่เท้า (DM Foot) ร้อยละ 3.91 อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 3.13 อัตราการเกิดโรคไตเสื่อมร้อยละ 2.46 ซึ่งลดลงได้ตามเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดไว้ ประเมินผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = .57) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ครบวงจรต่อเนื่องและยั่งยืน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของพิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ ศุภวดี แถวเพีย¹⁴ ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ดผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6

3. ผลการสร้างหมู่บ้านต้นแบบพบว่าการกิจกรรมที่สามารถดำเนินการต่อเนื่องในชุมชนคือการคัดกรองผู้ป่วยขั้นต้น การใช้สมุนไพร การนวดไทย และการช่วยฟื้นคืนชีพ ในส่วนของการคัดกรองผู้ป่วยขั้นต้นเป็นกิจกรรมที่ดำรงอยู่ได้โดยชุมชนเนื่องจาก รพ.สต.มีนโยบายให้ อสม.มาร่วมคัดกรองผู้ป่วยขั้นต้นอยู่แล้ว เพียงแต่มีการเชิงรุกเพิ่มขึ้น ในส่วนการใช้สมุนไพรที่มีความโดดเด่นนั้นเนื่องจากเป็นสิ่งใกล้ตัว มีอยู่ในชุมชน ประกอบ

กับนางสมพร ตาจุมปู ผอ.รพ.สต.เป็นคนในพื้นที่ มีภาวะผู้นำสูงปฏิบัติงานที่ รพ.สต.แห่งนี้มานาน ประชาชนมีความศรัทธา เป็นผู้ให้ความสำคัญ และกระตุ้นให้ประชาชนใช้สมุนไพรอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของการนวดไทยที่ประชาชนยังใช้อยู่ เนื่องจากมีนางสมร พรหมคำอ้าย เป็นแกนนำที่ ชุมชนยอมรับ ส่วนศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่ไม่มี กิจกรรมเด่นชัดที่ดำเนินการโดยชุมชนเนื่องจาก เป็นศาสตร์เฉพาะทางที่ต้องอาศัยผู้ดำเนินการที่ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งจะต้องพึ่งพาจากคณะ แพทยศาสตร์ อย่างไรก็ตามภายหลังการสร้าง หมู่บ้านต้นแบบเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า กิจกรรม ในชุมชนเริ่มคลายการตื่นตัวทั้งนี้อาจมีสาเหตุมา จากภายในคณะแพทยศาสตร์ได้เปลี่ยนทีมบริหาร ใหม่ ซึ่งผู้บริหารชุดใหม่ได้ปรับเปลี่ยนโครงการ 1 คณะ 1 โมเดลเป็นโครงการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับ กิจกรรมของโครงการเดิม ทำให้ทีมสหสาขา วิชาชีพมีกิจกรรมร่วมกับชุมชนน้อยลง

4. จากผลการศึกษาสามารถสรุปปัจจัยสู่ ความสำเร็จการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ ในชุมชนตำบลขุนควรร คือ ความต่อเนื่องของ นโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน แบบสหสาขาวิชาชีพในลักษณะทีมสุขภาพ ครอบครัว (Family health team) ตามวิสัยทัศน์ ของคณะแพทยศาสตร์ ความเข้มแข็งในการ ทำงานของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ความเข้มแข็งของ ชุมชน และการวางแผนการดำเนินการที่ สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่าในการบูรณาการ โครงการทำนุบำรุงศิลปะ วัฒนธรรม และโครงการ บริการวิชาการ มาสนับสนุนการดำเนินงาน โครงการ 1 คณะ 1 โมเดล ในลักษณะของการ ให้บริการเป็นโครงการนำร่องเพื่อกระตุ้นให้

ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นจุดแข็งของ โครงการนี้เพราะการเริ่มต้นจากการให้จะทำให้ ประชาชนเกิดความรู้สึกที่ดี แต่อาจทำให้ ประชาชนเกิดความเข้าใจว่าเป็นการบริการ ต่อเนื่องและรอรับบริการฝ่ายเดียว ดังนั้นผู้วิจัย ต้องชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจว่าขั้นตอนต่อไปจะ เป็นการสร้างชุมชนให้ดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง (self-care) นอกจากนี้คณะแพทยศาสตร์และ ชุมชนควรมีการวางแผนร่วมกันและมีการติดตาม อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของรูปแบบ

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อ ตอบสนองต่อโครงการ 1 คณะ 1 โมเดล ซึ่งต้อง ดำเนินการในภาพกว้างทั้งตำบล จึงเห็น ผลการวิจัยในบางประเด็นไม่ชัดเจน เช่น ผลของ การดำเนินการของแต่ละสาขาวิชาชีพ การพัฒนา ประชาชนจิตอาสากลุ่มต่าง ๆ ดังนั้นการวิจัยครั้ง ต่อไปควรนำผลการสังเคราะห์รูปแบบนี้ไป ออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีการ เปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มสาขา วิชาชีพจะทำให้เห็นภาพการดูแลสุขภาพโดยสห สาขาวิชาชีพที่ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเพราะได้รับ การสนับสนุนจากนายแพทย์วิชัย เทียนถาวร อดีต คณบดีคณะแพทยศาสตร์ นายสุรศักดิ์ ชัยชนะ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา นายแพทย์สมนึก ชีวาเกียรติยิ่งยง นายแพทย์ โรงพยาบาลพะเยา นายประพันธ์ เตชะบุญ สสอ. ปง นางสาวอริจิ เกณฑา นักวิชาการสาธารณสุข สสอ.ปง นางวรรณุช วงศ์เจริญ พยาบาลวิชาชีพ รพ.ปง นายนาถ บุญเทศ นายก อบต.ขุนควรร นาง สมพร ตาจุมปู ผอ.รพ.สต.ขุนควรร นายพงษ์ศักดิ์ ตักเตือน นักวิชาการสาธารณสุขประจำ รพ.สต. ขุนควรร ผู้นำชุมชน ประชาชนจิตอาสา และผู้รับ

บริหารที่ร่วมกระบวนการจนกระบวนการวิจัยสำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุขภาพ. ความหมายของคำว่าสุขภาพ [ออนไลน์] สืบค้นจาก <http://mh64012.blogspot.com/2015/11/4-who-world-health-organization.html>, 2558.
2. วิชัย เทียนถาวร. ตำรา: การสร้างเสริมสุขภาพ แนวใหม่ = 80 Yrs c quality of life. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
3. Kleinman, A. Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology Medicine, and Psychiatry, Berkley. London: University of California Press, 1980.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนคว. รายงานประจำปีงบประมาณ 2558. พะเยา ; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนคว, 2558.
5. มหาวิทยาลัยพะเยา. คู่มือนิสิต ประจำปี การศึกษา 2558. พะเยา ; . มหาวิทยาลัย พะเยา, 2558.
6. Stufflebeam, Daniel L. et al. Phi Delta Kappa national study : Education evaluation and decision making. Indiana: Phi Delta Kappa, 1977.
7. อารยา องค์เอี่ยม และ พงศ์ธำรา วิจิตเวช ไพศาล. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย [ออนไลน์] สืบค้นจาก <http://anesthai.org/public/rcat/Documents/journal/1522139804-07-Araya.pdf>, 2561.
8. ดนัย ปัตตพงศ์. การทดสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's alpha [ออนไลน์] สืบค้นจาก <http://it.nation.ac.th/faculty/danai/download/statistics%20talks7.pdf>, 2560.
9. John W. Best, Research in Education, 4 th ed. New Jersey: Prentice – Hall Inc., 1981.
10. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/january-2015/health-problems-of-the-older-person>, 2560.
11. วรศิลป์ ผัดมาลา. กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 5(4) : 96-111 ตุลาคม-ธันวาคม, 2562.
12. สุมาลี ประทุมรัตน์, อารดา สุนทรสิทธิ์ และ นคร รัตนพฤษ มอญมใหม่ จัดการใหม่ ในระบบสุขภาพชุมชน. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2554.
13. วงเดือน ภาชา, สุชัยญา เบญจพัฒนานนท์, กาญจนา เปสี และ พนิตนาฏ รักษ์มณี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล. 38(1) : 31-41 ; มกราคม-เมษายน, 2554.
14. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ ศุภวดี แก้วเพี้ย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 23(2) : 79-87 ; พฤษภาคม – สิงหาคม, 2559.

Received: 20 Apr 2020, Revised: 13 May 2020,

Accepted: 22 Jun 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง
ของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นธีรศักดิ์ พาจันท์^{1,*} เพชรรัตน์ สุขสูง²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์โดยใช้เทคนิค Rapid Office Strain Assessment (ROSA) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Multiple Logistic Regression ที่ระดับ 0.05 นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (CI) และ p-value ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.56 อายุเฉลี่ย 43.30 ปี (S.D.=10.12) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.33 ประสบการณ์ทำงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.56 ความชุกของการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 54.07 (95%CI = 45.52–62.39) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ (1) การทำงานกับคอมพิวเตอร์เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน (Adjusted OR=2.45, 95%CI: 1.10- 5.95; p-value=0.047) (2) การนั่งหลังค่อม (Adjusted OR=2.87, 95%CI: 1.24–6.58; p-value=0.013) (3) ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ (Adjusted OR=3.88, 95%CI: 1.10-13.97; p-value=0.038) และ (4) ความเครียด (Adjusted OR=3.10, 95%CI: 1.27-7.35; p-value=0.012) บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ปวดหลังส่วนล่าง ดังนั้น ควรปรับปรุงทั้งด้านพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานและออกแบบสถานงานของบุคลากรให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์เพื่อป้องกันการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน ต่อไป

คำสำคัญ ปวดหลังส่วนล่าง ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ บุคลากรสาธารณสุข¹ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น² นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเขา ตำบลมหาโพธิ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

* Corresponding author: tphajan@gmail.com

Original Article

Prevalence and Factors Associated with Low Back Pain among Health Personnel in Khon Kaen Provincial Health Office

Teerasak Phajan^{1,*}, Petcharat Sooksalung²

Abstract

This cross sectional analytical research aimed to identify the prevalence of low back pain (LBP) and factors associated with low back pain among health personnel in Khon Kaen Provincial Health Office. Samples were 135 health personnel selected by applying stratified random sampling. Data were collected by questionnaire and ergonomics risk assessment in terms of rapid office strain assessment (ROSA) and analyzed by descriptive statistics and multiple logistic regression at 0.05 level of significance, the adjusted odds ratio presented, 95 % confidence interval and p-value. The results indicated that most of the samples were females (75.56%) with the average age of 43.30 years olds (S.D.=10.12), finished bachelor's degree (53.33%) and had working experience more than 10 years (55.56%). The prevalence of low back pain among health personnel was 54.07% (95 %CI=45.52–62.39). The factors significantly associated with low back pain (p-value<0.05) were: (1) working with computer for more than 6 hours per day (Adjusted OR= 2.45, 95 %CI: 1.10- 5.95; p-value=0.047); (2) sitting with a rounded back (Adjusted OR=2.87, 95%CI:1.24-6.58; p-value=0.013); (3) working environment (ergonomics risk) (Adjusted OR=3.88, 95%CI: 1.10-13.97; p-value=0.038); and (4) having stress (Adjusted OR=3.10, 95%CI: 1.27-7.35; p-value=0.012). This study showed that most of health personnel had low back pain. Therefore, recommendations are made for the prevention of LBP of health personnel including adjusting working behaviors and working stations to be proper based on the principles of ergonomics.

Keywords: Low Back Pain, Ergonomics Risks, Health Personnel

¹ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen Province

² Public Health Technical Officer, Hua Khao Health Promoting Hospital, Maha Phot Sub-District, Sa Bot District, Lopburi Province

* Corresponding author: tphajan@gmail.com

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน (Work related musculoskeletal disorders: WMSDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพ ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain: LBP) ส่งผลให้ไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน เคลื่อนไหวลำบาก ความสามารถในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงตลอดจนไม่สามารถทำงานได้ เป็นสาเหตุที่สำคัญของการหยุดงาน¹ คนทำงานสูญเสียรายได้ สูญเสียเวลาในการรักษาตัว ตลอดจนสูญเสีย ค่ารักษาพยาบาล หากรักษาไม่ถูกวิธีอาจเกิดความพิการได้²

การปวดหลังส่วนล่าง มีสาเหตุที่สำคัญคือ ปัจจัยทางการยศาสตร์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับอริยบทท่าทางการทำงาน ได้แก่ การทำงานในท่าทางที่ผิดธรรมชาติ การยืนนาน ๆ การนั่งนาน ๆ การทำงานท่าทางซ้ำ ๆ การยกของหนัก เป็นต้น^{3,4} นอกจากนี้ยังพบปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงานส่งผลต่อการปวดหลังส่วนล่าง⁵ สำหรับอาชีพที่เสี่ยงต่อการปวดหลังส่วนล่างมักพบในอาชีพเกษตรกรรม อาชีพขับรถบรรทุกอาชีพที่นั่งทำงานกับพื้นเป็นประจำ อาชีพทำงานนั่งโต๊ะ พนักงานสำนักงานที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน^{6,7} เช่นเดียวกับบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด กำกับ ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและปฏิบัติงานร่วมกับหรือ

สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งงานเอกสาร งานวิชาการ บุคลากรส่วนใหญ่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ นั่งทำงานในอิริยาบถเดิมๆ เป็นเวลาติดต่อกันนานหลายชั่วโมง มีการเคลื่อนไหว บริหารร่างกายน้อย อันเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการปวดหลังส่วนล่างตามมาได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลความเสี่ยงไปวางแผนในการเฝ้าระวังและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – เมษายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 197 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) กรณีตัวแปรตามประเภทเจนนับ (Categorical outcome) แบบ Dichotomous และใช้สถิติ Multiple logistic regression⁸ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ($\beta = .20$ มีค่าเท่ากับ 0.84) $\alpha = 0.05$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่า $P_0 = 0.3$, $P_1 = 0.6$, $B = 0.7$, Rho-square = 0.4, Variance Inflation Factor; VIF = 1.67⁹ ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 135 คน

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เนื่องจากคุณลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันตามตำแหน่งชั้นภูมิจะทำให้มีผลต่อการเกิดการปวดหลังส่วนล่าง จำแนกเป็น กลุ่มข้าราชการ พนักงานราชการ และลูกจ้าง คำนวณสัดส่วนจำนวนตัวอย่างของแต่ละหน่วยตามขนาดประชากร (Proportional to size) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่คำนวณได้ แบ่งเป็นข้าราชการ จำนวน 111 คน พนักงานราชการจำนวน 10 คน ลูกจ้างจำนวน 14 คน รวม 135 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การปวดหลังส่วนล่าง ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว รายได้ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ บ่อยมาก = 5, บ่อย = 4, ปานกลาง = 3, นานๆครั้ง = 2 และ ไม่เคย = 1 การแปลผลพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงาน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน) เสี่ยงปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน) และ เสี่ยงต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน)¹⁰

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ใช้แบบประเมิน Rapid office strain assessment (ROSA) ในการประเมินปัจจัยด้าน

สภาพแวดล้อมที่ทำงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ = 1 คะแนน และ ไม่ใช่ = 0 คะแนน การแปลผลคะแนนเกี่ยวกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ทำงานเป็น 4 ระดับ คือ ความเสี่ยงต่ำ (1-2 คะแนน) ความเสี่ยงปานกลาง (3-4 คะแนน) ความเสี่ยงสูง (5-7 คะแนน) และ ความเสี่ยงสูงมาก (8-10 คะแนน)¹¹

ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินความเครียด โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) ลักษณะคำถามให้เลือกตอบจาก 4 ตัวเลือกคือ แทบไม่มี = 0, เป็นบางครั้ง = 1, บ่อยครั้ง = 2 และ เป็นประจำ = 3 การแปลผลความเครียด แบ่งเป็น 4 ระดับ เครียดน้อย (0-4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) เครียดมาก (8-9 คะแนน) เครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)¹²

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามอาการปวดหลังส่วนล่าง ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือกได้แก่ ใช่ = 1 และไม่ใช่ = 0

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) และ 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Multiple logistic regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% Confidence interval (CI) และ p-value

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น รับรองเลขที่ HE 6005054

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.56 อายุเฉลี่ย 43.30 ปี (S.D.=10.12) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.33 ประกอบอาชีพรับข้าราชการ ร้อยละ 82.22 ทำงานในหน่วยงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.56 ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 8.19 ชั่วโมงต่อวัน (S.D.=0.91) ทำงานกับคอมพิวเตอร์เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 74.85

2. พฤติกรรมเสี่ยงในการทำงาน

พฤติกรรมเสี่ยงในการทำงาน ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.41 ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยด้านการยศาสตร์

ผลการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์โดยใช้เทคนิค Rapid Office Strain Assessment (ROSA) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 55.56 ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยด้านความเครียด

ความเครียดในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 38.52 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 ดังตารางที่ 3

5. ความชุกการปวดหลังส่วนล่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความชุกการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 54.07 (95% CI = 45.52 – 62.39) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนและ ร้อยละ ของพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (n=135)

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00)	37	27.41
พฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67)	91	67.41
พฤติกรรมเสี่ยงระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	7	5.19

ตารางที่ 2 จำนวนและ ร้อยละ ของระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (n=135)

ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงสูงมาก (8-10 คะแนน)	43	31.85
ระดับความเสี่ยงสูง (5-7 คะแนน)	75	55.56
ระดับความเสี่ยงปานกลาง (3-4 คะแนน)	15	11.11
ระดับความเสี่ยงต่ำ (1-2 คะแนน)	2	1.48

ตารางที่ 3 จำนวนและ ร้อยละ ระดับความเครียด ของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น (n=135)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)	18	13.33
ระดับความเครียดมาก (8-9 คะแนน)	20	14.81
ระดับความเครียดปานกลาง (5-7 คะแนน)	45	33.33
ระดับความเครียดน้อย (0-4 คะแนน)	52	38.52
$\bar{x}$ (S.D.) = 5.81 (3.23) Median (Min, Max) = 5.00 (0.00, 15.00)		

ตารางที่ 4 จำนวนและ ร้อยละ การปวดหลังส่วนล่าง ของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (n= 135)

การปวดหลังส่วนล่าง	จำนวน	ร้อยละ	95% Confidence Interval
ปวดหลังส่วนล่าง	73	54.07	45.52 – 62.39
ไม่ปวดหลังส่วนล่าง	62	45.93	37.60 – 54.48

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง

จากการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การทำงานกับคอมพิวเตอร์เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน การนั่งหลังค่อม ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ และความเครียด ดังรายละเอียด

- การทำงานกับคอมพิวเตอร์เกิน 6 ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน บ่อยครั้ง-เป็นประจำ มีโอกาสปวดหลังส่วนล่างเป็น 2.45 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติบางครั้ง/นานๆครั้ง (95 % CI = 1.10 - 5.95; p-value = 0.047) ดังตารางที่ 5

- การนั่งหลังค่อมมีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่นั่งหลังค่อม

บ่อยครั้ง-เป็นประจำ มีโอกาสปวดหลังส่วนล่างเป็น 2.87 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติบางครั้ง/นานๆครั้ง (95 % CI = 1.24 - 6.58; p-value = 0.013) ดังตารางที่ 5

- ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ระดับเสี่ยงสูง-สูงมาก มีโอกาสปวดหลังส่วนล่างเป็น 3.88 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ระดับเสี่ยงต่ำ-ปานกลาง (95 % CI = 1.10 - 13.97; p-value = 0.038) ดังตารางที่ 5

- ความเครียด มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับมาก-มากที่สุดมีโอกาสปวดหลังส่วนล่างเป็น 3.10 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับต่ำ-ปานกลาง (95 % CI = 1.27 - 7.35; p-value = 0.012) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง ของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (ความสัมพันธ์คร่าวหลายตัวแปร; Multivariable analysis) (n = 135)

ปัจจัย	จำนวน	% ปวดหลังส่วนล่าง	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
การทำงานกับคอมพิวเตอร์เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน						
บางครั้ง/นานๆครั้ง	34	35.29	1	1	1	0.047
บ่อยครั้ง-เป็นประจำ	101	60.40	2.79	2.45	1.10 - 5.95	
การนั่งหลังค่อม						
บางครั้ง/นานๆครั้ง	91	45.05	1	1	1	0.013
บ่อยครั้ง-เป็นประจำ	44	72.73	3.25	2.87	1.24 - 6.58	
ความเสี่ยงทางการยศาสตร์						
เสี่ยงต่ำ-ปานกลาง	17	23.53	1	1	1	0.038
เสี่ยงสูง-สูงมาก	118	58.47	4.57	3.88	1.10 - 13.97	
ความเครียด						
ต่ำ-ปานกลาง	97	46.39	1	1	1	0.012
มาก-มากที่สุด	38	73.68	3.23	3.10	1.27 - 7.35	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความชุกการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 54.07 ซึ่งค่อนข้างสูง อาจเป็นเพราะบุคลากรส่วนใหญ่นั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันเป็นประจำ ไม่ได้ขยับร่างกายและผ่อนคลายอิริยาบถมากนัก อีกทั้งมีการบิดเอี้ยวลำตัวหยิบเอื้อมสิ่งของในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ประกอบบุคลากรบางส่วนมีความสูงของโต๊ะ เก้าอี้ระดับของหน้าจอคอมพิวเตอร์ไม่เหมาะสมกับการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การนั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์ในระยะเวลาานาน โดยไม่เปลี่ยนอิริยาบถ ทำงานในท่าทางซ้ำ ๆ เป็นต้น¹³

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง คร่าวหลายตัวแปร (Multivariable analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่

ระดับ 0.05 ได้แก่ การทำงานกับคอมพิวเตอร์เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน การนั่งหลังค่อม ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ และความเครียด

การทำงานกับคอมพิวเตอร์เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างเนื่องจากการทำงานท่าเดิมนาน ๆ (Static work posture) ร่างกายมีการเคลื่อนไหวน้อยและอยู่ท่าเดิมนาน ๆ ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวซ้ำตลอดเวลา หลอดเลือดถูกกดตันภายใน กล้ามเนื้อนำสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้น้อย เกิดการคั่งค้างของกรดแลคติก ถ้าสะสมในกล้ามเนื้อปริมาณมาก ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้าและเกิดอาการปวดได้¹⁴ การทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่สะดวก ร่างกายรับออกซิเจนไม่เพียงพอทำให้ร่างกายเกิดความเมื่อยล้า¹⁵ และสอดคล้องกับข้อค้นพบผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน มีโอกาสที่จะเกิด MSDs 7.5 เท่าของผู้ที่ใช้เวลาน้อยกว่า (95%CI=2.3-24.2)¹⁶

การนั่งหลังค่อมมีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง เนื่องจากบุคลากรนั่งหลังค่อมติดต่อกันนานๆ เป็นชั่วโมงเป็นประจำ ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อเกร็งค้างเกิดการคั่งของกรดแลคติก มีอาการเมื่อยล้า ปวด กระตุกอาจผิดรูปตามมา ซึ่งคนที่นั่งหลังค่อมมีโอกาสปวดหลังเป็น 2.23 เท่าของคนที่ไม่นั่งแบบหลังค่อม (95%CI: 1.15 – 4.32, p-value=0.0017)¹⁷

ความเครียด มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง เนื่องจากเมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะหลั่งสารเคมีในระบบประสาทและฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งในขณะที่เกิดความเครียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะหดเกร็ง ส่งผลให้มีอาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อมีความเครียดร่วมด้วยจะส่งผลให้เกิดการปวดหลังส่วนล่าง ภาวะออฟฟิศซินโดรมหรือภาวะอื่นๆ ที่รุนแรงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบความเครียด มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง⁵

ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง เนื่องจากปัจจัยทางการยศาสตร์เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่ทำงาน เช่น ความสูงของเก้าอี้ เบาะนั่ง ที่พนักพิง หน้าจอคอมพิวเตอร์ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ทำงานกับเครื่องคอมพิวเตอร์ มีลักษณะท่าทางและสภาพแวดล้อมการทำงานไม่เหมาะสม เช่น พนักพิงของเก้าอี้ทำงานไม่มีที่รองเอวหรือมีที่รองเอวไม่ได้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ร้อยละ 62.22 พนักพิงไม่สามารถปรับเอนได้ ร้อยละ 68.15 และผลการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ โดยใช้เทคนิค Rapid Office Strain Assessment (ROSA) อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 55.56 จึงส่งผลให้ความเสี่ยงทางการยศาสตร์มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าคะแนน ROSA มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางกล้ามเนื้อ การใช้ท่าทางและอริยบทที่ไม่

ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง โดยเฉพาะการมีท่าทางที่ผิดไปจากแนวปกติและเป็นระยะเวลานาน^{18,19}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดอบรมเพื่อส่งเสริมส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน การดูแลตนเองในการป้องกันโรคจากการทำงาน โดยเฉพาะภาวะปวดหลังส่วนล่างแก่บุคลากร มุ่งส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการทำงาน เช่น ท่าทางในท่าทางการทำงานที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนอริยบทในการทำงาน การจัดการความเครียดในการทำงาน รวมถึงการปรับปรุง สถานะงานของบุคลากรให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์เพื่อป้องกันการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน ต่อไป

สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป: ควรพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางในการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานของบุคลากร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) หรือการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อสร้างโปรแกรมหรือแนวทางในการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานตรงกับสภาพปัญหาและป้องกันกันปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวกและกรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Deyo RA, Dworkin SF, Amtmann D, et al. Report of the National Institutes of Health Task Force on research standards for chronic low back pain. J Manipulative Physiol Ther. 2014; 37(7): 449–467.
2. Occupational Safety & Health Administration [OSHA]. Sewing and related procedures ergonomics. Retrieved February, 15, 2018, from <http://www.osha.gov/SLTC/etools/sewing/pdf/sewinggandrelateprocedurestask.pdf>.
3. Occupational Health Clinics for Ontario Workers [OHCOW]. Work-related Musculoskeletal Disorders (WMSDs). Retrieved February, 1, 2018, from <http://www.ohcow.on.ca/resoures/handbooks/wrmd/WRMD.htm>.
4. ชนนท์ กองกมล. โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน. สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2561, จาก http://cpk-box.net/Rworkshop/OccHealth_files/เกณฑ์วินิจฉัยโรคกระดูกกล้ามเนื้อและโครงร่าง.pdf.
5. Yamato T, Yuya U, Fumihiko N, & Rei O. The association between perceived stress and low back pain among eldercare workers in Japan. J Occup Environ Med. 2017; 59(8):765-767.
6. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน, สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2561, จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/84>.
7. Yang H, Haldeman S, Lun Lu M, Baker D. Low back pain prevalence and related workplace psychosocial risk factors: A study using data from the 2010 national health interview survey. J Manipulative Physiol Ther. 2016; 39(7): 459–472.
8. Hsieh YF, Bloch AD, & Larsen DM. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine. 1998; 17:1623-34.
9. Chan E, Hamid M, Din F, Ahmad R, Nadzalan A, & Hafiz E. Prevalence and factors associated with low back pain among Malaysian army personnel stationed in Klang Valley. Biomedical Human Kinetics. 2019; 11: 9-18.
10. Best, JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc. 1977.
11. Sonne M, Villalta DL, & Andrews DM. Development and evaluation of an office ergonomic risk checklist: ROSA-Rapid office strain assessment. Applied Ergonomics. 2012; 43(1):98-108.
12. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด ST-5. สืบค้นเมื่อ 16 กันยายน 2561, จาก <http://www.dmh.go.th/test/qttest5>.
13. Wong EN, & Callaghan JP. Changes in muscle activation patterns and subjective low back pain ratings during prolonged standing in response to an exercise intervention. Journal of Electromyography and Kinesiology. 2010; 20(6): 1125-1133.

14. Callaghan JP. & McGill SM, Callaghan JP, & McGill SM. Low back joint loading and kinematics during standing and unsupported sitting. *Ergonomics*. 2011; 44: 280-294.
15. ประโยชน์ บุญสินสุข. ความเมื่อยล้าจากการทำงาน. สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2561, จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/3340>.
16. Rahman ZA, & Atiya AS. Prevalence of work related upper limbs symptoms (WRULS) among office workers. *Asia Pac J Public Health*. 2009; 21(3): 252-258.
17. Casas AS, Patino MS, & Camargo DM. Association between the sitting posture and back pain in college students. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016; 48(4): 446-454.
18. Sonne M. & Andrews DM. The Rapid Office Strain Assessment (ROSA): Validity of online worker self assessment and the relationship to worker discomfort. *Occup Ergonomics*. 2012; 10(4): 83-101.
19. จิตตากรณ์ มงคลแก่นทราย, อุไรวรรณ หมดอำตม์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในบุคลากรสำนักงาน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2562; 28(1): 37-44.

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 ธรรมสังการ. “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)