

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.ศาสตรี 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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล	มหาวิทยาลัยทักษิณ
นายปริญญา ระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
-----------------------------------	----------------------

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.ประจวบ แผลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปริญญา จิตอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.นงา สิงห์วีระธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล	มหาวิทยาลัยทักษิณ

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นายสมบัติ ชัดโพธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
นายขจร อินธิเสน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ	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 พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปริญญา จิตอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.จิรนนท์ ขาติชัยนานนท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.ภญ. กุลนาถ มากบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
ดร.อรัญย์ ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.ประยุทธ์ สุดาทิพย์	สำนักโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข
ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จตุพร เหลืองอุบล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้พิมพ์ ผู้อ่าน และสมาชิกวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI (Thai Journal Citation Index) กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยวารสารกำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม - มีนาคม เมษายน - มิถุนายน กรกฎาคม - กันยายน และ ตุลาคม - ธันวาคม) ซึ่งฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มีนาคม 2562) นี้ มีนักวิจัยที่เป็นนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาโท นักสาธารณสุข และนักวิชาการ จากหลายสถาบันส่งผลงานมาเพื่อเผยแพร่ ฉบับนี้มีบทความวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทยเพราะมีอุบัติการณ์ของโรคที่เพิ่มสูงขึ้น สำหรับบทความวิจัยทางด้านสุขภาพก็มีหลายสาขา เป็นต้นว่า ด้านการบริหาร งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคไม่ติดต่อ/โรคติดต่อ ซึ่งผลจากงานวิจัยต่าง ๆ ก็จะเป็นประโยชน์สำหรับนักสาธารณสุขได้นำไปประยุกต์ใช้ในงานประจำ หรือต่อยอดในการทำงานวิจัยต่อไป

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนขอเชิญผู้วิจัยส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อสร้างสรรค์และพัฒนาวิชาการของนักสาธารณสุขให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในยุค Thailand 4.0 โดยส่งบทความและข้อเสนอแนะ มาได้ตามอีเมล editorial.ajcph@gmail.com หรือ www.ajcph.org และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิชาการ		Review article
● ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1	■ Activities of Daily Living among Stroke Patients
รัตนพร สายตรี บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ สมเกียรติยศ วรเดช		Rattanaporn Saitree, Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet
บทความวิจัย		Research articles
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลพลับพลาไชย อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี	14	■ Factors Related to Quality of Life among Elderly People for the curriculum of the Elderly School in Plaplachi Subdistrict, U-thong District, Suphanburi Province
กิตติศักดิ์ หลวงพันทา		Kittisak Luangpantao
● การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	27	■ Developing Process for Risk Management Report System Roi-Et Hospital, Roi-Et Province
กนกพร ยอดยศ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ณรงค์ชัย สังชา		Kanokporn Yodyot, Terdsak Promaruk, Narongchai Sangsa
● รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยงตำบลบึงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	42	■ Participatory Model for Community Reduction of Traffic Accidents at the Risky Area Point in the City of Bung Wai Warinchamrab, Ubon Ratchathani
นฤมล ไกรกล วิรัตน์ ปานศิลา สงัด เชื้อลิ้นฟ้า		Naruemon Kraikon, Virat Pansila, Sangud Chualinfa

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● การประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะชัง จังหวัดร้อยเอ็ด สุธิพร หรเพิลิต นิจฉรา ทุลธรรม เสฐียรพงษ์ ศิวินา	52	■ Application of Self-care Behavior Promotion Program and Social Support For Diabetic Patients at Ban Khaotakhong Health Promoting Hospital, Kasetwisai District, Roi Et Province, Thailand Suthiporn Horapleard, Nitchara Toontom, Satianpong Siwina
● การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินงานกิจกรรมความปลอดภัยของสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) สุคนธา ท้วมพงษ์	68	■ Performance Analysis on Safety Activities Implementation of Thailand Institute of Occupational Safety and Health (Public Organization) Sukhontha Thuamphong
● พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นวรรตน์ เมามี่จันทร์ บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ สมเกียรติยศ วรเดช	80	■ Consumption Behavior of Dietary Supplements in Diabetic Patients Type 2 Navarat Maomeegan, Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet
● ความคิดเห็นของนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตที่มีต่อการให้บริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เทพพร ดงเรืองศรี	94	■ The Opinions of Students in Bachelor of Public Health Program on Education Service in Faculty of Public Health, Mahasarakham University Thepporn Dongruangsri

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี วรลักษณ์ เวฬุ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ จมาภรณ์ ใจภักดี	107	■ The Model of Control and Prevention of Liver Fluke Disease Ban Yuat Sub-district, Sangkhom District, Udon Thani Province Woraluk Wayru, Terdsak Promarak, Jamabhorn Jaipakdee
● การวิเคราะห์ระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน ธนพัฒน์ ภคชัยวิศิษฐ์	120	■ Analysis of Security Management System on Crime in Cultural Tourism Areas of Nan Municipality, Nan Province Dhanapat Pakachaivisitha
● การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี อนัญญา มานิตย์	131	■ Development of nursing service model among patients with Non-Communicable Diseases, King Narai Hospital, Lop Buri province Ananya Manit

Received: 11 Jan 2019, Revised: 18 Feb 2019,

Accepted: 10 Mar 2019

บทความวิชาการ**ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**รัตนพร สายตรี^{1,*} ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์² สมเกียรติยศ วรเดช²**บทคัดย่อ**

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นภาวะวิกฤตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตาม ความพิการดังกล่าวสามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติและช่วยเหลือตัวเองได้ บทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้ สถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการที่สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ผลกระทบต่อร่างกาย 6 มิติ คือ ระบบกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น ภาษา ความจำ และอารมณ์ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel Index เพื่อใช้ในวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สภาพครอบครัว และปัจจัยทางคลินิก ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง และควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อใช้เป็นแนวทางและการวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ โรคหลอดเลือดสมอง¹นิสิตหลักสูตร วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ²สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

*Corresponding author: r.saitree@gmail.com

*Review Article***Activities of Daily Living among Stroke Patients****Rattaporn Saitree^{1,*}, Bhunyabhadh Chaimay², Somkiattiyos Woradet²****Abstract**

Nowadays, an illness of stroke is major health problem worldwide. A post critical illness of stroke among patients remains a physical disability and affected to physical, psychological and socioeconomic aspects. However, physical disability among patients with stroke can be rehabilitated as normal and becomes a self-help ability. This article aimed to review knowledge, situation and impact of stroke; rehabilitation and recovery among stroke patients; an evaluation of activities of daily living; and factors associated with activities of daily living among stroke patients. It shows that stroke is a symptom of damaged and dysfunctional brain. Stroke is frequently found in elderly people and increasing severity. The impacts of being illness are 6 dimensions including: motor, sensory, visual, language, cognitive, and affect. Barthel index is an instrument to evaluate activities of daily living among stroke patients in order to plan for rehabilitation. In addition, factors associated with activities of daily living among stroke patients are demographic, family, and clinical factors. Therefore, the activities of daily living should be continuously evaluated among stroke patients and related factors which associated with activities of daily living should be concerned in order to be a guideline of planning for rehabilitation among patients.

Keywords: Activities of Daily Living, Rehabilitation, Stroke

¹Student in M.Sc. (Health System Management), Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

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

*Corresponding author: r.saitree@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีสาเหตุจากการขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง ปรากฏอาการหรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง อาการสำคัญ ได้แก่ อาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก¹ โรคหลอดเลือดสมองอาจไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก² ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ในอันดับที่ 2 ของประชากรทั่วโลกโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือเกิดความพิการเป็นส่วนใหญ่ โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 รายต่อแสนรายหรือประมาณร้อยละ 24 นับเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ อีกทั้งอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุระหว่าง 30 – 69 ปี⁵

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อช่วยลดการสูญเสีย และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น⁶ ทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตัวเอง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งนี้ในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นจะต้องมีการประเมินผลความสามารถใน

การประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และติดตามผลความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index (ฉบับภาษาไทย) แบ่งระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็น 4 ระดับ คือ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย/ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้/ต้องพึ่งพาคนอื่นอย่างมาก ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง/ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง และช่วยเหลือตัวเองได้/พึ่งพาตัวเองได้ เมื่อประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแล้ว สามารถนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย และปัจจัยด้านโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

ดังนั้น บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองให้ได้ ใกล้เคียงปกติมากที่สุด สร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ลดภาระการพึ่งพิงผู้อื่นในสังคม ต่อไป

ผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกประเด็นการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) สถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และ 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปเรียกว่า “Stroke” ส่วนในทางการแพทย์เรียกว่า “Cerebrovascular accident; CVA” หรือ “Cerebrovascular disease; CVD” องค์การอนามัยโลก (World health organization; WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการ หรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง มีสาเหตุจากหลอดเลือด อาจเกิดจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง⁷

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรค ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ Thrombosis stroke และ Embolic stroke ซึ่งชนิด Thrombosis stroke เป็นชนิดที่

พบได้บ่อยที่สุด เกิดจากการตีบหรืออุดตันของลิ้มเลือดในหลอดเลือดสมอง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดอาการสมองขาดเลือด ในขณะที่โรคหลอดเลือดสมองชนิด Embolic stroke เกิดจากลิ้มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นเข้าสู่หลอดเลือดในสมอง ทำให้หลอดเลือดสมองเกิดการตีบหรืออุดตัน ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเลือด หรือการรับประทานยาคุมกำเนิดบางชนิด

2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ทำให้มีเลือดออกในสมองหรือช่องใต้เยื่อหุ้มสมอง ส่วนมากพบในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามระยะเวลาการเกิดโรค ออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) โรคหลอดเลือดชนิดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack : TIA) เป็นภาวะที่สมองเสียหน้าที่จากการขาดเลือดไปเลี้ยง อาการอาจหายได้ภายใน 10 นาที ถึง 24 ชั่วโมง 2) โรคหลอดเลือดสมองชนิดยังไม่สิ้นสุด (Stroke in evolution) เป็นภาวะที่สมองเสียหน้าที่ทีละน้อย และทวีความรุนแรงมากขึ้น และมีความรุนแรงมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว และ 3) โรคหลอดเลือดสมองอย่างสมบูรณ์ (Complete stroke) เป็นภาวะที่สมองเสียหน้าที่โดยสิ้นเชิง และมีอาการรุนแรงมากที่สุด

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง มักขึ้นอยู่กับระดับความเสียหายของสมอง ความรุนแรงหรือตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลาย⁸ โดยทั่วไปอาการของโรคหลอดเลือดสมองทั้งสอง

ชนิดมีความคล้ายคลึงกัน แต่ชนิดที่มีเลือดออกในสมองจะมีการปวดศีรษะและอาเจียนร่วมด้วย อาการที่พบบ่อย ได้แก่ 1) แขนขาอ่อนแรง 2) มองไม่เห็น ตามัว หรือมองเห็นภาพซ้อน 3) ชาบริเวณใบหน้าหรือบริเวณแขนขา 4) ปากเบี้ยว หลับตาไม่สนิท 5) มึนงง ทรงตัวลำบาก เดินเซ หรือมีอาการบ้านหมุน 6) พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้ ลื่นแข็ง ไม่เข้าใจคำพูด หรือพูดไม่ได้ หรือนึกคำพูดไม่ได้ 7) ซึม หรือหมดสติ 8) ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นต้น อาการเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นทันทีทันใด ในบางรายที่เป็นภาวะสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันอาจเกิดอาการเตือนแล้วหายไป หรืออาจจะเกิดขึ้นหลายครั้งก่อนที่มีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง⁷ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงรอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงหลัก

1) ภาวะความดันโลหิตสูง บุคคลที่มีความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติประมาณ 3 – 17 เท่า ทั้งนี้ ขึ้นกับอายุและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง

2) ภาวะน้ำตาลในโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดอาการผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือด และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงประมาณ 2.5 – 4.0 เท่า

3) ภาวะไขมันในเลือดสูง การมีภาวะไขมันในเลือดสูงจะก่อให้เกิดผนังหลอดเลือดแดง

แข็ง และส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือด

4) การสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตันของหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 3 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มที่มีอายุน้อยและสูบบุหรี่จัด โดยที่การสูบบุหรี่ส่งผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (High Density Lipoprotein: HDL) และการเพิ่มคาร์บอนมอนอกไซด์ในกระแสเลือด ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลทำลายเยื่อบุผิวและเอ็นโดทีเลียเซลล์และทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงรอง

สำหรับปัจจัยเสี่ยงรองที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเป็นผู้สูงอายุ เชื้อชาติ การดื่มสุรา โรคหัวใจ โรคเลือด การรับประทานยาคุมกำเนิด ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ประวัติครอบครัวที่มีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการเพิ่มการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมระดับความดันโลหิต ไขมัน และน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ รับประทานอาหารให้สมดุล หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มหวาน มัน งดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และควรตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ

2. สถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของ

ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลก และสูงเป็นอันดับ 5 ของประชากรที่มีอายุ 15 - 59 ปี นอกจากนี้ พบว่า แต่ละปีมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 6 ล้านคน³ ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ประมาณ 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือเกิดความพิการเป็นส่วนใหญ่ โดยพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนามารวมถึงประเทศไทยด้วย สำหรับสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 ราย ต่อแสนราย หรือประมาณร้อยละ 2⁴ โดยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดใน 5 อันดับโรค โดยมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดประมาณ 1.5 – 2.0 เท่า อีกทั้งแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 43.3 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558 และมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 – 69 ปี จาก 33.5 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 40.9 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นลำดับที่หนึ่งในผู้หญิง และเป็นลำดับที่สามในผู้ชาย และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) สูงเป็นลำดับที่ 2 ทั้งในเพศชายและหญิง

ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองอาจไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในทันที แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพิการ เกิดปัญหาสุขภาพจิตกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว และยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม²

ผลกระทบจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานด้านต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 6 ด้าน⁶ ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อ (Motor) การรับรู้ความรู้สึก (Sensory) การมองเห็น (Visual) ภาษา (Language) ความจำ (Cognition) และอารมณ์ (Affect) โดยผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว การนั่ง การยืน หรือการเดิน แม้ว่ากล้ามเนื้อยังคงมีความแข็งแรง แต่อาจไม่สามารถทรงตัวในท่าทางดังกล่าวได้ดังเดิม ส่วนการรับรู้ความรู้สึก มักมีอาการชา หรือปวด ตลอดจนปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร และปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ สำหรับการมองเห็น ในผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาตาพร่า มัว มองเห็นไม่ชัด หรืออาจเห็นภาพซ้อน⁸

ในส่วนด้านภาษา ผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเรียนรู้ บางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ไม่สามารถพูดและเข้าใจภาษาทั้งการพูดและการเขียนได้ บางรายไม่สามารถพูดได้แต่ฟังเข้าใจ บางรายสามารถพูดได้แต่พูดในสิ่งที่ต้องการพูดไม่ได้ หรือมีปัญหาด้านการเปล่งเสียง สำหรับด้านความจำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจจดจำสิ่งต่างๆ ได้น้อยลง ในส่วนด้านอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยอาจมีอาการแปรปรวน เช่น เดียวหัวเราะเดียวร้องไห้ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจเกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ตลอดจนอาจเกิดพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

ปัจจุบันจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ จึงส่งผลให้สัดส่วนของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดอาการบกร่องหรือพิการขึ้นในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งอาการบกร่องหรือความพิการเหล่านี้ อาจฟื้นฟูให้กลับมาในสภาพเดิมได้ยาก และส่งผลให้ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 เกิดอาการบกร่องหรือความพิการอย่างถาวร ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด เพื่อบำบัดและฟื้นฟูอาการบกร่องหรือความพิการดังกล่าว ให้ฟื้นคืนกลับมาให้มากที่สุด และป้องกันไม่ให้เกิดอาการบกร่องหรือความพิการเพิ่มมากขึ้น

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง² แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะเฉียบพลัน เป็น ระยะ 1 - 2 สัปดาห์หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงนี้ จะเริ่มในขณะที่ผู้ป่วยยังนอนพักอยู่บนเตียง การฟื้นฟูในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อต่อ และเพื่อให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังกล้ามเนื้อที่น้อยที่สุด นอกจากนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูในช่วงต่อไป

การทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองจากแพทย์ เพื่อประเมินระดับการรับรู้ อาการอ่อนแรง อาการชา และระดับการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ จากนั้นแพทย์และนักกายภาพบำบัดจะกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟู

สมรรถภาพของผู้ป่วยร่วมกัน และให้การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ เมื่อเสร็จสิ้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีกำลังกล้ามเนื้อกลับคืนมา และเพียงพอที่จะทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างและทรงตัวได้

2) ระยะฟื้นฟูตัว คือ ระยะ 3 - 6 เดือน หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยในช่วงนี้จะเริ่มทรงตัว และสามารถนั่งได้นานขึ้น ระยะนี้เหมาะสำหรับการเริ่มทำกายภาพบำบัดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่วางไว้ ภายใต้การดูแลของนักกายภาพบำบัด หรือการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดกำหนด

3) ระยะทรงตัว โดยทั่วไปผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการฟื้นตัวที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม หากสมรรถนะใดไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ ผู้ป่วยอาจมีโอกาเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการบกร่องหรือพิการอย่างถาวร สำหรับในระยะทรงตัวนี้ จึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้สูญเสียสมรรถนะเพิ่มมากขึ้นไปกว่านี้ นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาสมรรถภาพให้คงที่

การฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นตัว ทั้งนี้เมื่อสมองของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน โดยสมองส่วนที่เหลืออยู่จะทำงานทดแทนสมองส่วนสูญเสียไป ซึ่งความเร็วของการทำงานทดแทนของสมองแต่ละส่วนอาจแตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะไม่สามารถฟื้นคืนสู่ภาวะปกติได้ทุกคนขึ้นกับปัจจัย ดังนี้

1) ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคบริเวณหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก

(Small vessel) มีโอกาสหายได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ (Large vessel)

2) เวลา การได้รับการรักษาเร็ว ยังมีโอกาสหายเป็นปกติได้มากขึ้น

3) วิธีการรักษา ความพร้อมของเทคโนโลยีในการรักษา โดยการใช้อุปกรณ์ เทคนิคที่เหมาะสมและยาที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการยืนยันว่าเกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในระยะเฉียบพลันสามารถตอบสนองต่อการรักษาได้ดี โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Tissue plasminogen activator; rt-PA) ทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายในเวลา 3 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการ ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสของการฟื้นตัวจากความพิการให้กลับมาใกล้เคียงปกติได้ประมาณ 1.5 – 3.0 เท่า ในขณะที่เดียวกันการให้ยาดังกล่าวอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองได้ประมาณร้อยละ 6.0

- การใส่สายสวนเพื่อเปิดหลอดเลือดสมอง การรักษาด้วยวิธีนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่และยังมีเนื้อสมองส่วนที่ดีหลงเหลืออยู่ และมีอาการไม่เกิน 6 ชั่วโมง

- การรับประทานยาแอสไพรินอย่างน้อย 160 มิลลิกรัมต่อวัน ภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดอาการจะสามารถช่วยลดโอกาสการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ และตัน และการเสียชีวิตลงได้

- การรับตัวผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke unit) นับเป็นวิธีการดูแล และรักษาที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต

หรือพิจารณาได้อีกวิธีหนึ่ง เนื่องจากมีแนวทางในการดูแล และเป็นการรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ

- การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Hemicraniectomy) เป็นการรักษาด้วยวิธีการเฉพาะกรณีที่มีอาการรุนแรง อาการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Middle cerebral artery) เท่านั้น

4) การทำกายภาพบำบัด ควรเริ่มทำกายภาพบำบัดเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตในทันที และควรได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด

5) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เพื่อไม่ให้เกิดการกลับซ้ำ เช่น การรักษาความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม มัน ส่งเสริมให้กินผักและผลไม้ งดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นหัวใจ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงภาวะเครียด เป็นต้น

4. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

สำหรับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปัจจุบันนิยมใช้เครื่องมือ Barthel Index⁹ ซึ่งสร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel ในปี ค.ศ. 1965 โดยเครื่องมือดังกล่าว สามารถนำมาใช้ในการประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การขึ้น/ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอน 4) การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา 5) การอาบน้ำ

6) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน 7) การเดินขึ้นลงบันได 8) การสวมใส่เสื้อผ้า 9) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ 10) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ มีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน

การใช้แบบประเมิน Barthel Index ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง คือ ประเมินก่อนให้การรักษา ประเมินระหว่างการรักษา และประเมินเมื่อสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้ทราบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่มีอยู่เดิมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนพิจารณาแนวโน้มของความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้แบบประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เห็นความก้าวหน้าในการฟื้นตัวของผู้ป่วยตลอดช่วงการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินและมีค่าคะแนนไม่เพิ่มขึ้น บ่งชี้ได้ว่าศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยลดลง ซึ่งในปี พ.ศ. 2537 สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁰ ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย และในปี พ.ศ. 2550 ปรับปรุงฉบับภาษาไทยเพิ่มเติมโดยสถาบันประสาทวิทยา¹¹ มีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน ต่อมาได้มีการปรับปรุงและปรับการประเมินให้มีค่าคะแนนเต็ม 20 คะแนน¹² เพื่อให้สามารถนำมาใช้งานได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น ปัจจุบันนอกจากแบบประเมิน Barthel Index สามารถใช้ในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยประเภทอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple traumatic injuries)¹³ ผู้สูงอายุ (Older People)¹⁴ เป็นต้น

ในส่วนของการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่อง เดิมสามารถแบ่งระดับคะแนนจากระบบคะแนนเต็ม 100 คะแนน (จำนวน 20 ข้อๆ ละ 5 คะแนน) ออกเป็น 4 ระดับ คือ 1) ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ (0 – 20 คะแนน) 2) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (25 – 45 คะแนน) 3) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (50 – 70 คะแนน) 4) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (75 – 90 คะแนน) และ 5) สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (100 คะแนน)¹¹

การประเมินในระบบคะแนนเต็ม 20 คะแนน สามารถแบ่งระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ 3 ระดับ คือ 1) ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ (4 คะแนน) 2) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (5 – 14 คะแนน) และ 3) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (15 – 20 คะแนน)¹²

นอกจากนี้ เกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพื่อใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีการแบ่งระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันออกเป็น 4 ระดับ คือ 1) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0 – 4 คะแนน) 2) ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้ หรือต้องพึ่งพาคนอื่นอย่างมาก (5 – 8 คะแนน) 3) ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (9 – 11 คะแนน) และ 4) ช่วยเหลือตัวเองได้ หรือพึ่งพาตัวเองได้ (12 – 20 คะแนน)¹⁵

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันถูกใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ¹⁶ เนื่องจากสามารถสื่อสารและใช้งานได้ง่าย ทั้งระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ นอกจากนี้ยังสามารถทำการประเมิน

เพื่อให้คะแนนได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว¹⁷ โดยพบว่า แบบประเมินดังกล่าวมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและมีความน่าเชื่อถือสูง เนื่องจากมีการทดสอบระหว่างผู้ประเมิน (High inter-rater reliability) ทั้งนี้แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับสูง¹⁸

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกออกเป็นปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยสภาพครอบครัว และปัจจัยทางคลินิก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร โดยพบว่า ปัจจัยด้านอายุเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจากการศึกษาของ Whittle H และ Goldenberg D พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง¹⁹ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยด้านการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง²⁰ ในขณะที่การศึกษาของ King RB พบว่า ปัจจัยเพศ และรายได้ ไม่มีผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน²¹

2) ปัจจัยสภาพครอบครัว พบว่า การดูแลจากญาติ การเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน²⁰ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว จะมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

3) ปัจจัยทางคลินิก พบว่า อาการสำคัญอาการนำของโรค ตำแหน่งของการเกิดโรค (ผล CT scan หรือ MRI) กำลังกล้ามเนื้อแขนขาหลังการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยการศึกษาของ จันทร์จิรา ลิ้มถาวร พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีค่าคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อยู่ระหว่าง 0 - 4 คะแนน เมื่อได้รับการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลง²² เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยะภัทร เดชพระธรรม และคณะ พบว่า ปัจจัยกำลังขาต้านอ่อนแรงเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความสามารถในการลุกจากการนอนมานั่งได้เอง มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน²³ ทั้งนี้ปัจจัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และด้านของร่างกายที่อ่อนแรง ไม่มีผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน²¹

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดบริเวณสมอง ทำให้สมองขาดเลือด ส่งผลให้เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแนวโน้มและความรุนแรงสูงเพิ่มขึ้น การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลตลอดชีวิต

ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ส่งผลต่อระบบการทำงานด้านต่างๆ ของร่างกาย 6 ด้าน คือ 1) การสั่งงานกล้ามเนื้อ เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขาส่วนใดด้านหนึ่ง

2) การรับรู้ความรู้สึก เกิดอาการชาหรือปวด มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ 3) การมองเห็น เกิดตาพร่า ตามัวมองเห็นไม่ชัด หรือเห็นภาพซ้อน 4) ด้านภาษามีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ไม่สามารถพูดในสิ่งที่ต้องการพูด พูดลำบาก 5) ด้านความจำ จดจำสิ่งต่าง ๆ ได้น้อยลง และ 6) ด้านอารมณ์ มีอารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า เบื่อหน่าย อีกทั้งทั้งผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยง่ายได้อีกด้วย

สำหรับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินได้โดยใช้แบบประเมิน Barthel Index ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การขึ้น-ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการ

ขับถ่ายปัสสาวะ และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ โดยแบบประเมินดังกล่าว มีความสะดวกในการประเมิน และสามารถสื่อสารให้เข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา สภาพครอบครัว การดูแลจากผู้ดูแล และปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อาการสำคัญ อาการนำของโรค ตำแหน่งของการเกิดโรค กำลังกล้ามเนื้อแขนขา หลังการเกิดโรค

ดังนั้น การใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด สร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ลดภาระการพึ่งพิงผู้อื่นในสังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วียะดา คักดีศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล. คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2552.
2. พรเทพ มิ่งมัลย์รักษ์. ศูนย์หลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลศิริรินทร์. เช็กอาการเปลี่ยนชีวิต ป่วยอัมพาต อัมพาตเฉียบพลัน. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2560 จาก <https://health.kapook.com/view89057.html>
3. World Stroke Organization. World Stroke Campaign. [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 16]; Available from: <http://www.world-stroke.org>.
4. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2561 จาก http://www.si.mahidol.ac.th/th/sic/news_detail.asp?n_id=3884
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
6. ชื่นชม ชื้อลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2555; 12(1): 97 – 111.
7. น้อมจิตต์ นวลเนตร. หลักการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยทางระบบประสาท. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548.

8. พัชรินทร์ เจริญผล. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. สาระบุรี: โรงพยาบาลมวกเหล็ก; 2555.
9. Mahoney FJ and Barthel DW. Functional evaluation : The Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.
10. Jitapunkul S., Kamolratanakul P. and Ebrahim S. Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Slum. J Med assoc Thai. 1994; 77: 231 – 238.
11. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2550.
12. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2554.
13. ดวงกมล สุวรรณ, วิภา แซ่เตี๋ย และประณีต ส่งวัฒนา. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2560; 9(2): 14 - 25.
14. นงนุช แยมวงษ์. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการใน โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2557; 21(1): 37 - 44.
15. พิษญาณนท์ งามเฉลียว. โรคหลอดเลือดสมอง: การดูแลที่บ้าน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2560 จาก http://medinfo2.psu.ac.th/commed/document/conf/2012/CVA_HHC_upload.pdf
16. Hsueh I., Lee M. and Hsieh C.. Psychometric characteristics of The Barthel Activities of Daily Living Index in stroke patients. J Formos Med Assoc 2001; 100(8): 526 – 532.
17. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มินะพันธ์, ประเสริฐพร จันท, สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, เยาวลักษณ์ จันทเกษมจิต และอำไพ อยู่วัลย์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549; 16(1): 1 – 9.
18. บุษกร โลหารขุน, ปานจิต วรรณภริระ, จินตนา ปาลิวนิช และกัญญารัตน์ คำจูน. ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย. พุทธชินราชเวชสาร. 2551; 25(3): 841-851.
19. Whittle H, Goldenberg D. Functional health status and instrumental activities of daily living performance in non-institutionalized elderly people. J Adv Nurs 1996; 23: 220-227.
20. รุ่งทิพย์ กาญจนวิจิตร และปิยะภัทร พัชรา วิวัฒน์พงษ์. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันแบบมีอุปกรณ์ของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2548; 15(1): 1 – 9.
21. King RB. Quality of life after stroke. Stroke 1996; 27(9): 1467-1472
22. จันทรจิรา ลิมถาวร. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการเรียนรู้โดยการกระทำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารกรมการแพทย์. 2559; 3: 92 – 101.

23. Dajpratham P., Kuptniratsaikul V.,
Putthakumnerd W. and Limumpai P..
Walking Function at 1-Year after Stroke
Rehabilitation: A Multicenter Study. J
Med Assoc Thai 2014; 97(1): 107 – 112.

Received: 8 Feb 2019, Revised: 18 Feb 2019,

Accepted: 3 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ
ตำบลพลับพลาไชย อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรีกิตติศักดิ์ หลวงพันเท^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลพลับพลาไชย อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 86 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน 2560 โดยใช้แบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 ที่ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญสามท่าน ส่วนที่ 3 ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย อัตราการตอบกลับร้อยละ 100.00 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติพรรณนา แสดงด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบ การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 67.8 ปี มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรส มีรายได้เฉลี่ย 1,887 บาท โดยส่วนใหญ่มีลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลในครอบครัวกับคู่สมรสครอบครัว และจำนวนสมาชิกครอบครัวในปัจจุบันเฉลี่ย 3.53 คน ปัจจัยการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก 48 คน (ร้อยละ 55.8) พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 60 คน (ร้อยละ 69.8) เมื่อพิจารณาแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านย่อย ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ยกเว้นด้านจิตใจ อยู่ระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน และปัจจัยการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยจัดให้มีการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต โรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ¹วิทยากรชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

*Corresponding author: loung10@gmail.com

Original Article

**Factors Related to Quality of Life among Elderly People
for the curriculum of the Elderly School in Plaplahi Subdistrict, U-thong
District, Suphanburi Province**

Kittisak Luangpantao^{1,*}

Abstract

The purposes of this survey research were to study factors related to the quality of life (QoL) among elderly people for the curriculum in the Elderly School in Plaplahi Subdistrict, U-thong District, Suphanburi Province. Simple random sampling was used to recruit 86 elderly from the population. Data collection was carried out from August to September, 2017 by using structured questionnaire. Instrument development part I and II was tested for content validity and reliability by using 3 experts. Part III using World Health Organization Quality of Life assessment instrument Brief – Thai. The response rate for questionnaires were 100 percent. Data were analyzed using Descriptive statistics including percentage, mean and standard deviation; Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results show that the majority of the samples were female, averaged aged 67.8 years, graduated from primary school and marriage. The mean income of the elderly was 1,887 baht per month. Most of them were living with family members and spouses which the number of family members were around 3.53 persons. Moreover, factor related to social welfare or social services provided in the elderly had a good level (55.8 percent, 48 persons). In term of overall quality of life (QoL), the study found that around 69.8 percent (60 persons) of the elderly had a moderate level for all domains including physical, social and environment, except psychological domain with a good level. Factors associated with overall QoL were marital status, number of family members and social welfare or social services provided for the elderly. For recommendations, to develop the curriculum and enhance the quality of life among elderly people in the Elderly School, government social services provided help to increase the quality of life for elderly and also community and family support systems will be required in the future.

Keywords: Quality of life, Elderly school, Elderly people

¹Instructor, Professional Level, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi

*Corresponding author: loung10@gmail.com

บทนำ

การเป็นผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เกิดตามวัยเกิดขึ้นโดยธรรมชาติขึ้น จากข้อมูลจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุโลกได้มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่ององค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเพราะนอกจากมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นแล้วยังมีอายุยืนยาวมากขึ้นกว่าเดิม ที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก พ.ศ. 2525 ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” สถานการณ์สังคมไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มด้านโครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สัดส่วนของประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ ก็มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าพิจารณาสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ พบว่า ใน พ.ศ.2493 ประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนร้อยละ 5.0 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.1 ในพ.ศ.2543 ซึ่งใช้ระยะเวลา 50 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และในปีพ.ศ.2558 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.6 ใช้ระยะเวลา 15 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.5 ซึ่งใช้ระยะเวลา 10 ปี¹ ดังนั้นจะเห็นว่าประชากรผู้สูงอายุในสังคมไทยได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ระยะเวลาที่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเท่าตัวจะสั้นลงเรื่อย ๆ นอกจากนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุได้เพิ่มจากร้อยละ 4.9 เมื่อปี 2513 เป็นร้อยละ 14.2 ในปี 2558 และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25 ภายในอีก 15 ปีข้างหน้า² และในปี 2560 ประชากรในประเทศไทยมีจำนวน 65.5 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.1 ใกล้เคียงสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์³ ซึ่งเมื่อมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้ปัจจัยการผลิตทางด้านแรงงานลดลง ภาครัฐจำเป็นต้อง

เพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการสังคม และการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ดังนั้นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมและมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ

ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้ง ต้องอยู่ตามลำพัง ขาดคนดูแล ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัว นอกจากนี้แล้วยังมีปัญหาเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัญหาทางสังคมอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญซึ่งรัฐบาลผู้บริหารประเทศ พร้อมทั้งหน่วยงานต่าง ๆ ต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันแก้ไขปัญหที่จะเกิดขึ้น โดยการช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างได้มีคุณภาพ และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคมต่อไป ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็น เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง และการสูญเสียต่าง ๆ เช่น ความสมบูรณ์แข็งแรง ความสวยงามของร่างกาย เพื่อน สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ สภาวะของการสูญเสียดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเศร้า ว่าเหว รู้สึกโดดเดี่ยว ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ สิ้นหวัง และขาดที่พึ่งพิง อันส่งผลให้คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุลดลง จึงควรต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมกันในโรงเรียนผู้สูงอายุ เช่น ในด้านทำอาชีพเสริมเพิ่มรายได้ การออกกำลังกาย การมีความสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกัน ก็จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการรับรู้ทางด้านความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อบุคคล

อื่น และด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล

ดังนั้น การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหน่วยพื้นฐานของชุมชน จะสะท้อนให้เห็นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ดีและมีความเหมาะสมที่จะนำไปสู่การเตรียมการ เพื่อรองรับผลกระทบที่เกิดขึ้น และการที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องมาจากการมองตัวเอง ชุมชน และสังคมของตนเองให้ชัดและมีความเข้าใจวัฒนธรรมของตนเอง มีเป้าหมาย และมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกัน คนในชุมชนต้องร่วมกันคิด ร่วมกันสร้าง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชนของตนเอง ตัวอย่างของชุมชนที่เข้าได้กับแนวคิดดังกล่าว คือ ตำบลพลับพลาไชย อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นตำบลจัดการสุขภาพ ระดับดีมาก ที่มีการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของการดำเนินงานทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลพลับพลาไชย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข สำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลพลับพลาไชย ได้เป็นดำเนินการให้ผู้สูงอายุมาร่วมทำกิจกรรมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 จนถึงปีงบประมาณ 2560 มีผู้สูงอายุสำเร็จหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลพลับพลาไชย จำนวน 2 รุ่น จำนวน 106 คน จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลพลับพลาไชย จะมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อสร้างความรู้เชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลพลับพลาไชย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ตำบลพลับพลาไชย เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปสะท้อนกลับเพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเพื่อการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในการนำไปปรับใช้ อันจะยังผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและประชากรที่กำลังย่างเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในภาพรวมต่อไปในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลพลับพลาไชย อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลพลับพลาไชย อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2560 โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวและปัจจัยการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการเป็นอิสระ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการดูแลเอาใจใส่ ด้านความพึงพอใจของตนเอง ด้านความมีศักดิ์ศรี และมีตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ประชากรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลพลับพลาไชย อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 2 รุ่น รวมทั้งหมด 106 คน โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี

เทียบตาราง Krejcie & Morgan จำนวน 86 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ทั้งหมด จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 5 ด้าน รวม 25 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life assessment instrument – BREF-THAI: WHOQOL-BREF-THAI)⁴ จำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การจัดบริการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.784 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life assessment instrument – BREF-THAI: WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Submission form for Ethical Review) จากหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ได้พิจารณารับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย หมายเลขโครงการ 6/2560 เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2560

2. ทำหนังสือขออนุญาต ขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภออู่ทอง ถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลพลับพลาไชย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ได้จากสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2560

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

5. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ ครบถ้วน และถูกต้อง มาลงรหัส แล้วนำไปประมวลผลข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ใช้สถิติวิเคราะห์ คือ สถิติพรรณนา แสดงด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เพื่อพรรณนาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลครอบครัวกับคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลพลับพลาไชย อำเภออุทุมพร จันทบุรี

3. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลพลับพลาไชย อำเภออุทุมพร จันทบุรี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลพลับพลาไชย อำเภออุทุมพร จันทบุรี ทั้งหมด 86 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 67.8 ปี มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีสถานภาพคู่มีรายได้เฉลี่ย 1,887.21 บาท โดยส่วนใหญ่มีลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลในครอบครัวกับคู่สมรสครอบครัว และจำนวนสมาชิกครอบครัวในปัจจุบันเฉลี่ย 3.53 คน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ ที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุทุมพร จ.สุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา	จำนวน (n = 86)	ร้อยละ (100.0)
เพศ		
ชาย	18	20.9
หญิง	68	79.1
อายุ (ปี)		
60 – 64 ปี	26	30.3
65 – 69 ปี	38	44.2
70 – 74 ปี	10	11.6
75 – 79 ปี	7	8.1
≥ 80 ปีขึ้นไป	5	5.8
$\bar{X} = 67.8$, $SD = 6.21$, $Min = 60$, $Max = 87$		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	20	22.3
ประถมศึกษา	60	69.8
มัธยมศึกษา	3	3.5
อนุปริญญาหรือ ปวส.	2	2.3
ปริญญาตรี	1	1.2

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา	จำนวน (n = 86)	ร้อยละ (100.0)
สถานภาพสมรส		
โสด	7	8.1
สมรส	43	50.0
ม่าย	34	39.5
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	2	2.3
รายได้		
≤ 1,000 บาท	46	53.5
1,001 – 2,000 บาท	15	17.4
2,001 – 3,000 บาท	15	17.4
>3,000 บาท	10	11.6
Min = 0, Max = 10,000		
ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลครอบครัว		
บุตร	29	33.7
คู่สมรส	34	39.5
ตัวคนเดียว	6	7.0
อยู่กับหลานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป	3	3.5
อยู่กับหลานที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีขึ้นไป	2	2.3
อยู่กับญาติพี่น้องหรือคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือบุตรหลาน	12	14.0
จำนวนสมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน		
1-2 คน	26	30.2
3-4 คน	40	46.5
5-6 คน	16	18.6
7-8 คน	4	4.7
$\bar{X} = 3.53$, SD = 1.62, Min = 1, Max = 8		

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ

การจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 93.23$) คะแนนการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุต่ำสุดคือ 34 คะแนน คะแนนการจัดบริการสวัสดิการ

สังคมแก่ผู้สูงอายุสูงสุด คือ 123 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุระดับมาก ร้อยละ 55.8 รองลงมาการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุระดับปานกลางร้อยละ 41.9 และการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุระดับน้อย ร้อยละ 2.3 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี จำแนกตามระดับการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ในภาพรวม

ระดับการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 86)	ร้อยละ
ระดับมาก	48	55.8
ระดับปานกลาง	36	41.9
ระดับน้อย	2	2.3
$\bar{X} = 93.23, SD = 17.94, Min = 34, Max = 123$		

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ

ตามแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (BREF-THAI: WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า โดยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในภาพรวม ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.8 และระดับคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในภาพรวม ระดับไม่ดี ร้อยละ 30.2 และสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุรายด้าน พบว่า ทุกด้านได้แก่ สุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี จำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาพรวม จากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (BREF-THAI: WHOQOL-BREF-THAI)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน (n =86)	ร้อยละ
ไม่ดี	26	30.2
ปานกลาง	60	69.8
ดี	0	0.0
$\bar{X} = 2.31, SD = 0.46, Min = 1, Max = 3$		

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและลักษณะการอยู่อาศัยกับ
บุคคลรอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ
ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=86)				χ^2	p-value
	ไม่ดี/ปานกลาง		ดี			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	12	(60.0)	8	(40.0)	1.179	0.282
ประถมศึกษาขึ้นไป	48	(72.7)	18	(27.3)		
สถานภาพสมรส						
โสด	6	(85.7)	1	(14.3)	6.464	0.039
สมรส	28	(82.4)	6	(17.6)		
ม่าย/หย่า/แยก	26	(57.8)	19	(42.2)		
ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลรอบครัว						
บุตร/ธิดา/คู่สมรส	44	(69.8)	19	(30.2)	0.33	0.984
คนเดียว	4	(66.7)	2	(33.33)		
หลาน/ญาติ	12	(70.6)	5	(29.4)		

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการ จัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุกับคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียน ผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ พบว่า จำนวนสมาชิก

ในครอบครัวและการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี ที่นัยสำคัญ ทางสถิติระดับ 0.001 แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่
ผู้สูงอายุ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย
อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	จำนวน	r	p-value
รายได้	86	.111	.311
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	86	.252	.019*
การจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ	86	.593	.001**

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี พบว่า ในภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของณัฏฐาณ ราช⁵ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การวิจัยของภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทโรศรีศรี⁶ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการวิจัยของสุรจิตต์ วุฒิการณ⁷ พบว่าผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากการวิจัยของมยุรี ว่องไวรอด และสุนิดา ชูโชติ⁸ พบว่าผู้สูงอายุของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐ เขตอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี การวิจัยของดวงใจ คำคง⁹ พบว่าผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี และการวิจัยของสายโสม วิสุทธิยานนท์ และรัชนิกร โชติชัยสถิตย์¹⁰ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการ คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก็เป็นไปตามวัยของความเสื่อมตามกาลเวลาของสภาวะร่างกายในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุ มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมสภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลง ตามช่วงของการเปลี่ยนแปลงในชีวิตและจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและหน่วยงานราชการต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งรัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรมคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชนสนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัยส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องส่งเสริมและจัดสวัสดิการ ให้แก่ผู้สูงอายุผู้ยากไร้ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ใกล้บ้าน ผู้สูงอายุสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลได้ง่าย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลมีความใกล้ชิด ซึ่งสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี

1. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

1) ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของวีรพงษ์ ยางเตียว¹¹ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดยโสธร แต่แตกต่างจากการวิจัยของสายโสม วิสุทธิยานนท์ และรัชนิกร โชติชัยสถิตย์⁹ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.01 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมชนบท มีครอบครัวหรือหน่วยงานของรัฐ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การดูแลเรื่องสุขภาพและคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่ามีระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากก็ไม่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2) สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการวิจัยของดวงใจ คำคง⁹ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง แต่แตกต่างจากผลงานวิจัยของวีรพงษ์ ยางเดี่ยว¹¹ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดยโสธร ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี อยู่ในสังคมชนบทสถานภาพสมรสเป็นสิ่งสำคัญที่สังคมในชนบทให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตคู่กับสามีหรือภรรยา ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3) รายได้ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งแตกต่างจากผลงานวิจัยของภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี⁶ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 และการวิจัยของสายโสม วิสุทธียนนท์ และรัชนิกร โชติชัยสถิตย์¹⁰ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลลำโรงเหนือ

จังหวัดสมุทรปราการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.01 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมชนบทผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจมีผลต่อการดำเนินชีวิตไม่มาก ถึงแม้ว่า มีรายได้ไม่มากก็ไม่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4) ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลครอบครัว พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของสายโสม วิสุทธียนนท์ และรัชนิกร โชติชัยสถิตย์¹⁰ พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลลำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 แต่แตกต่างจากการวิจัยของภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี⁶ พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคลครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมชนบท มีครอบครัวหรือหน่วยงานของรัฐ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การดูแลเรื่องสุขภาพและคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะอยู่อาศัยเพียงลำพังหรืออยู่กับญาติก็ไม่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่นัยสำคัญทางสถิติ

ระดับ 0.05 ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่แตกต่างจากการวิจัยของสายโสม วิสุทธียนนท์ และรัชนิกร โชติชัยสถิตย์¹⁰ พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลลำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี อยู่ในสังคมชนบทเป็นครอบครัวขยายอยู่กับบุตรหลานด้วยกันหลายคน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี⁶ พบว่า การจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 แต่แตกต่างจากการวิจัยของสายโสม วิสุทธียนนท์ และรัชนิกร โชติชัยสถิตย์¹⁰ พบว่า ปัจจัยการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลลำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพดีระดับมากจะมีคุณภาพชีวิตดี และผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพไม่ดีคุณภาพชีวิตก็จะไม่ดี ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนให้แก่องค์กรบริหารส่วนตำบล รวมทั้งความไม่ครอบคลุมในการกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานขององค์การ

บริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ในส่วนของการเข้าถึงระบบบริการบางอย่างของผู้สูงอายุ ซึ่งในความเป็นจริงของสังคมชนบท การเดินทางคมนาคมก็ยังเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทั้งในเรื่องของความไม่สะดวกและอยู่ห่างไกลสถานบริการ รวมทั้งสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมของผู้สูงอายุ และการขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่โดยลำพัง

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ต.พลับพลาไชย อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน และปัจจัยการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้น ในระดับนโยบาย ควรเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักและดำเนินการเพื่อพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุที่สำเร็จหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยจัดให้มีการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมสังคมไทยให้เป็นสังคมที่มีครอบครัวขยายให้มากขึ้น เพราะการที่ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับบุตรหลานเป็นครอบครัวขยายจะทำให้มีความอบอุ่นในครอบครัว นอกจากนี้ส่งเสริมให้หน่วยงานรัฐได้มีการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น เพราะผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีโอกาสการเข้าถึงการบริการต่าง ๆ ได้ด้วยความลำบาก ทำให้ไม่ได้รับการดูแลคุณภาพชีวิต ถ้าหน่วยงานรัฐได้จัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2550.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
4. สุวัฒน์ มหัตนิรันดกุล. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลสวนปรุง. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
5. ัญญา ณ ราช. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การเมืองและการบริหารจัดการ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
6. ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร” สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรรณานิคมร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
7. สุรจิตต์ วุฒิการณ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐแนวใหม่ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2556.
8. มยุรี ว่องไวรอด และสุนิตา ชูโชติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐ เขตอำเภอมือง จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการธุรกิจทั่วไป คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554.
9. ดวงใจ คำคง. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2554.
10. สายโสม วิสุทธียนนท์ และรัชนิกร โชติชัยสถิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลสำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช; 2556.
11. วีรพงษ์ ยางเดี่ยว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดยโสธร” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.

Received: 7 Oct 2018, Revised: 5 Feb 2019,

Accepted: 27 Feb 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

กนกพร ยอดยศ^{1,*} เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์² ณรงค์ชัย สังชา³

บทคัดย่อ

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) และมีความสำคัญในการเฝ้าระวังความปลอดภัยเชิงระบบ ทั้งด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 80 คน โดยศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน 2561 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบผล ก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ Paired Simple t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ครั้งนี้มี 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) ประกาศนโยบาย 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยง 5) รณรงค์ 2P Safety เสี่ยงตามสายขยายความรู้ 2P Safety 6) การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code 7) ติดตาม ประเมินผล และ 8) ถอดบทเรียน จากการพัฒนาส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับค่าเฉลี่ยของ บทบาทในการบริหารความเสี่ยง ความรู้ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติ ความพึงพอใจ และวัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากกระบวนการพัฒนาทำให้เกิดรูปแบบของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คือ ROIET Model

คำสำคัญ: 2P Safety ระบบรายงานความเสี่ยง

¹นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*Corresponding author: Kanokporn.yod@msu.ac.th

*Original Article***Developing Process for Risk Management Report System
Roi-Et Hospital, Roi-Et Province****Kanokporn Yodyot^{1,*}, Terdsak Promaruk², Narongchai Sangsa³****Abstract**

Risk management in hospitals is an important part of quality health care development towards Hospital Accreditation and also to focus on security surveillance systems for safety of patients and health personnel (2P Safety). This participation action research aimed at studying the development of risk report system and alert notices or risk management in Roi Et hospital. A total of 80 samples were health personnel in hospital. The study was carried out during February to June, 2018. Both qualitative and quantitative data were collected. Descriptive statistics, including percentage, average, standard deviation and inferential statistics such as Paired Simple t-test were employed for data analyses. The research found that an eight-stage risk report system and alert notice development process; 1) Context and risk situation analysis, 2) Planning development, 3) 2P Safety Policy announcement, 4) Risk report participatory meeting, 5) 2P Safety campaign, 6) Risk Reporting via QR Code, 7) Followed-up, and 8) Lesson learned action, showed an effective on risk report system and alert notice development. The mean scores of risk management roles, knowledge, participation, practices, satisfaction, and safety culture were significantly increased. Furthermore, ROIET Model for risk report system and alert notices was occurred. In conclusion, key successful factors in risk report system and alert notice development process included 3P: P-Policy, P-Participation, and P-Proactive.

Keyword: 2P Safety, Risk report system¹Master of Public Health Student, Mahasarakham University²Lecturer, Mahasarakham University³Doctor, Roi-Et Hospital

*Corresponding author: Kanokporn.yod@msu.ac.th

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มีแนวคิดการพัฒนาโดยได้น้อมนำหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 - 11 เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยให้สังคมไทยสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมั่นคงเกิดภูมิคุ้มกัน และมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลและยั่งยืน¹ มีการกำหนดยุทธศาสตร์ และทิศทางในการพัฒนาเพื่อให้เกิดสังคมไทยที่พึงประสงค์และการพัฒนาสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยให้มีการปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก และการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมุ่งพัฒนาคุณภาพ ระบบ และวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการ ควบคุม เฝ้าระวัง และป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ²

จากวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปี 2540 เป็นบทเรียนของการขาดการบริหารความเสี่ยงซึ่งความสูญเสียขยายวงกว้างไปทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศต่างๆ แถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงเหนือ แนวคิดในการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การศึกษาเรื่องการบริหารความเสี่ยง จึงมิได้จำกัดอยู่เพียงแต่มุมมองของการควบคุมภายในอีกต่อไป หากแต่การบริหารความเสี่ยงได้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการองค์การทุกประเภท ทั้งองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน องค์การทางการศึกษา องค์การทางสาธารณสุข ดังนั้น บทบาทขององค์กรด้านสาธารณสุขจึงเป็นอีกองค์กรหนึ่งที่ต้องตระหนักถึงการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อให้เกิด

ความปลอดภัย ทั้งสำหรับผู้รับบริการผู้ให้บริการ และสถานพยาบาล²

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนั้น จึงได้แถลงนโยบาย “ความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety)” ให้กับสหสาขาวิชาชีพและองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติและพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับการประเมินเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับประเทศ ด้วยเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาจากองค์การอนามัยโลกภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยกำหนดให้มีเป้าหมายความปลอดภัยเป็น National Patient and Personnel Safety Goals และวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน การสนับสนุนให้มี National Incidents Reporting and Learning System ที่เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรและหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ ส่วนภูมิภาค ส่วนกลาง และระดับประเทศ เพื่อเกิดการพัฒนาเชิงระบบ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์ และให้โรงพยาบาลในสังกัดร่วมประกาศนโยบายลงสู่พื้นที่เพื่อนำมาสู่การพัฒนาต่อไป โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด A จำนวน 820 เตียง เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ย 2,558 คน/วัน³ มีการรายงานความเสี่ยงผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ตู้อแสดงความคิดเห็น เขียนบันทึกเรื่องเรียน และยื่นร้องเรียนขอเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 ซึ่งการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีจำนวนผู้มารับบริการที่สูง และให้บริการที่หลากหลายทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยง และ

อุบัติการณ์ที่มากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเมื่อทบทวนข้อมูลการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลแล้วพบว่า จำนวนผู้ร้องเรียนจากปี 2557-2560 พบความเสี่ยง/อุบัติการณ์ 27,938 เหตุการณ์, 19,765 เหตุการณ์, 15,929 เหตุการณ์ และ 17,860 เหตุการณ์ ตามลำดับ แยกเป็นความเสี่ยงระดับ E-I ปี 2557-2560 มีจำนวน 276 เหตุการณ์, 324 เหตุการณ์, 216 เหตุการณ์ และ 125 ตามลำดับ หากแยกตามความรุนแรงระดับ E-I ที่ได้รับรายงานทันเวลา ปี 2557-2560 พบว่า รายงานทันเวลาจำนวน 43 เหตุการณ์, 63 เหตุการณ์, 128 เหตุการณ์ และ 67 เหตุการณ์⁴

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ โดยมีตัวชี้วัดที่ต้องการบรรลุเป้าหมายของการจัดการบริหารความเสี่ยงที่สำคัญ⁵ เช่น ร้อยละความเสี่ยงด้านคลินิก ระดับ E-I และความเสี่ยงทั่วไประดับ 4 รายงานทันเวลา ร้อยละ 80 พบว่าโรงพยาบาลร้อยเอ็ดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากมีการรายงานความเสี่ยงระดับ E-I ทันเวลาเพียง ร้อยละ 56 ในปี 2560 ซึ่งมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ เพราะความเสี่ยงระดับ E-I ที่รายงานไม่ทันเวลาทำให้จัดการความเสี่ยงได้ไม่ทันเวลา และความเสี่ยงนั้นไม่เกิดการทบทวนหาสาเหตุของปัญหาอย่างแท้จริง

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญดังกล่าวในการรายงานความเสี่ยงในระบบ HRMS เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกมิติ และลดปัญหาจำนวนการรายงานน้อยกว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. บริบทของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
2. กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
3. ผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ โดยศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
2. กลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน และคณะกรรมการความปลอดภัยด้านผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 80 คน
3. ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561 – เดือนมิถุนายน 2561 รวมระยะเวลา 5 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีกระบวนการวิจัย ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart⁶ มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (Action) ขั้นที่ 3 การสังเกต

(Observation) ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านประชากร ตามบริบทและพื้นที่ที่ศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล จำนวน 80 คน โดยใช้หลักการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออกที่กำหนด ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- มีประสบการณ์ทำงานบริหารความเสี่ยงมากกว่า 1 ปี และยังคงอยู่ในตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน และคณะกรรมการความปลอดภัยด้านผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

- เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน

- มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- ยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย
- ย้ายถิ่นที่อยู่ขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (Focus Group) การรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร แบบบันทึกการจัดกิจกรรม แบบนิเทศติดตามงาน แบบบันทึกการสังเกต และการสัมภาษณ์

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด มีคำถาม 6 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

- ส่วนที่ 2 บทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีบทบาทคือ มาก ปานกลาง และน้อย

- ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย ชนิดคำตอบ 2 ตัวเลือก ก ข ค และ ง

- ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีการมีส่วนร่วมคือ มาก ปานกลาง และน้อย

- ส่วนที่ 5 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ มีการปฏิบัติคือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

- ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความพึงพอใจ มาก ปานกลาง และน้อย

ชุดที่ 2 แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture)⁷ มีข้อคำถาม 12 มิติ จำนวน 42 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความคิดเห็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่
 - สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
 - สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

จากการศึกษาบริบทของกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบว่า โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A ขนาด 820 เตียง มีจำนวนผู้มาใช้บริการ 2,558 คน/วัน ทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้มากขึ้นเช่นกัน จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงในองค์กรเพิ่มขึ้นด้วย แต่ทั้งนี้ ในปี 2557 จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากประเด็นคำถามการ Focus Group พบว่า บริบทปัญหาการรายงานความเสี่ยงในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ผ่านมาโรงพยาบาลเคยมีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยในโรงพยาบาล แต่นโยบายไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ เนื่องจากขาดการติดตามประเมินผล ในโรงพยาบาลมีหลากหลายช่องทางในการรายงานความเสี่ยง เช่น ตู้แสดงความคิดเห็น ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ระบบรายงานความเสี่ยงผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล คือ ระบบ HRMS: Health care Risk Management System ซึ่งช่วยเก็บอุบัติการณ์ที่รายงานเป็นฐานข้อมูลได้ สาเหตุของการไม่รายงานความเสี่ยงพบว่า เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นมีการ

ดำเนินที่ตัวบุคคลไม่ได้มองที่ประเด็นของระบบงาน ทำให้ไม่กล้ารายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับงานของตน เพราะกลัวผลกระทบ และกลัวที่จะถูกบันทึกความผิดพลาดไว้ในประวัติการทำงาน ทำให้จำนวนการรายงานความเสี่ยงลดลงกลายเป็น Under Report อีกทั้ง ระบบรายงานความเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนมาใช้ระบบใหม่จากเดิมเป็นการรายงานผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล และปรับเปลี่ยนเป็นระบบรายงานแบบ On Cloud ทำให้การรายงานพบระบบ Error บ่อยครั้ง ทำให้บุคลากรคิดว่าเป็นเรื่องที่ยากต่อการเข้าถึง หลายหน่วยงานเจ้าหน้าที่ไม่รู้วิธีการใช้งานระบบเนื่องจากยังไม่มีการจัดอบรมให้ความรู้ เรื่องการใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 38-48 ปี ร้อยละ 51.25 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 55.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 41.25 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 82.50 มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 16 - 27 ปี ร้อยละ 48.75 ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอยู่ระหว่าง 4-13 ปี ร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่ เคยได้รับการอบรมโครงการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง 1 - 4 ครั้ง ร้อยละ 51.25 และส่วนใหญ่มีตำแหน่งด้านการบริหารงาน คือ หัวหน้างานร้อยละ 47.50

จากการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานผู้เกี่ยวข้องและผู้บริหารให้ทราบถึงกระบวนการวิจัย คัดเลือกผู้ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ร้อยเอ็ด และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้ทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้ ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้ระบบการรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม HRMS อบรมรณรงค์กระตุ้นนโยบาย 2P ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน โดยกิจกรรมการกระตุ้นผ่านระบบหัวหน้างาน และการรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action)
ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

1) ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มุ่งมั่นในการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐาน และสอดคล้องกับนโยบายการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจร้อยละ 87.94 ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้นและ กิจกรรมนี้ทำให้ทุกคนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของโรงพยาบาลมากขึ้น และจะมุ่งพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกมิติ และมีความคาดหวังว่า นโยบาย 2P Safety จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบต่อไป และจะนำไปสู่การปฏิบัติที่หน้างานอย่างจริงจัง โดยการนำของหัวหน้าหน่วยงาน

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้ระบบรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม HRMS โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ และผู้เขียนโปรแกรมรายงานความเสี่ยงจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2 ท่าน ซึ่งจากการสรุปผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจในกระบวนการ การทำงานของระบบรายงานความเสี่ยงมากขึ้น มีความรู้เรื่องระดับ

ความรุนแรงของอุบัติการณ์ รู้ขั้นตอนการเข้าใช้งาน และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดสู่หน่วยงานได้ และเสนอแนะให้จัดอย่างต่อเนื่อง

3) อบรมรณรงค์กระตุ้นนโยบาย 2P Safety โรงพยาบาลร้อยเอ็ดใช้กระแส “อ้อเจ้า พี่เวอร์” ในการขับเคลื่อนกระตุ้นให้บุคลากรในโรงพยาบาลรวมถึงผู้รับบริการ ตระหนักถึงความปลอดภัยมากขึ้น ระหว่างทางมีการแจกธง 2P Safety ให้แก่ตัวแทนหน่วยงาน ในธงประกอบด้วยข้อความกระตุ้นให้เกิดการรายงานความเสี่ยง เช่น “ความปลอดภัย มุ่งแก้ไขเชิงระบบ 2P Safety เกิดได้ทุกที่ ทำได้ทุกคน” หรือจะเป็นเนื้อเพลงบอม ที่มีความหมาย ถึงระดับความรุนแรงของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เช่น “A เกิดที่นี้ B เกิดที่ไกล C เกิดกับใคร D ให้ระวัง E ต้องรักษา F เยียวยานาน G ต้องพิการ H ต้องการปั๊ม I จำใจลา” เพื่อลดปัญหาการรายงานระดับความรุนแรงไม่ถูกต้องอีกด้วย จากการจัดกิจกรรมรณรงค์ครั้งนี้พบว่า กระแสของการรายงานความเสี่ยงเจ้าหน้าที่มีความตื่นตัว ทำให้จำนวนการรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้น การรายงานแบบ Under Report ลดลง และการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงมีความถูกต้องมากขึ้น

4) ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน โดยการลงหน้างานแจกแผ่นพับความรู้ ขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง และความสำคัญของการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนโดยเน้นให้หัวหน้างานเป็นคนพาทำ จากการติดตามสัมภาษณ์ผลการดำเนินงานพบว่า หัวหน้าหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความตื่นตัว และให้ความเห็นว่าสามารถเข้าถึงระบบได้ง่ายขึ้นและยังสามารถติดตามผ่านไลน์ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ต่างจากเมื่อก่อนที่ไม่มีขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานล่าช้าเพราะไม่รู้จะเริ่มต้นจากจุดไหน อีกทั้ง การส่งเสริมให้รายงานความเสี่ยงและทบทวนนั้น ทำให้มีฐานข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการดำเนินการพัฒนาขั้นตอนต่อไป

5) การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code จากการเปลี่ยนของโลกปัจจุบันที่โซเชียลมีเดียมีอิทธิพลกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เช่น Facebook, Line รวมถึงผู้มารับบริการ (ลูกค้าภายนอก) บุคลากรภายในโรงพยาบาล (ลูกค้าภายใน) ก็เช่นเดียวกันที่ใช้สื่อเหล่านี้ในการสื่อสาร แจ้งเตือน และรับรู้ข่าวสารต่างๆ ซึ่งสติ๊กเกอร์ QR Code จะติดอยู่ทุกจุดที่มีผู้แสดงความเห็นทั่วโรงพยาบาล จำนวน 64 จุด โดยใช้ Google Form ในการสร้างแบบรายงานความเสี่ยง/ข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ ผ่านระบบออนไลน์ ดังนั้น การรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code เป็นอีกหนึ่งวิธีที่เราเลือกใช้ในการรับรายงานความเสี่ยงพบว่า เป็นการเพิ่มช่องทางที่สะดวก รวดเร็ว และมีการตอบสนองต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทันทีที่มีการรายงานความเสี่ยงเข้ามา ทำให้การจัดการข้อร้องเรียนหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นรวดเร็ว และทันเวลา จากการดำเนินงานพบว่า มีผู้รับบริการรายงานความเสี่ยงเข้ามาผ่านระบบ QR Code จำนวน 18 ครั้ง ซึ่งเห็นได้ว่าการเพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยง ทำให้ผู้รับบริการมีทางเลือกมากขึ้น และช่องทางนี้สามารถรายงานได้สะดวก รวดเร็ว และผู้รับบริการกล้าที่จะเสนอแนะมากขึ้น

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

ผู้วิจัยได้สนับสนุนการดำเนินงาน โดยการแจก Flowchart การรายงานความเสี่ยง คู่มือการบริหารความเสี่ยง การตอบรับเชิงรุก เช่น การแก้ไขปัญหา ระบบรายงานความเสี่ยงเชิงรุก และการตอบข้อซักถามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้แก้ปัญหารวดเร็วทันเวลา การติดตาม นิเทศงาน โดยการ ลงหน้างานเชิงรุก สัมภาษณ์ และสังเกตบริบทหน้างาน เฝ้าระวังติดตามจากโปรแกรม HRMS และหัวหน้างานช่วยประเมินความถี่การรายงานผ่านช่องทางต่างๆ

การติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ในการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

บทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการมีบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 และหลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ยบทบาทการบริหารความเสี่ยง	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.23	0.34	0.11	0.06 – 0.14	79	5.76	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.13	0.25					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 20.00 และหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.75

รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.25 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการบริหารความเสี่ยง และการรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ยความรู้	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	14.75	1.62	2.31	1.90 - 2.71	79	-11.38	<0.001*
หลังพัฒนา	80	17.06	1.02					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.75 และหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ใน

ระดับมาก ร้อยละ 83.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.75 เมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.34	0.41	0.33	0.23 - 0.41	79	-7.14	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.67	0.33					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.96 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 37.97 และหลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีอยู่ในระดับ

มาก ร้อยละ 78.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.50 เมื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการปฏิบัติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ย การปฏิบัติ	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.29	0.32	0.36	0.29 - 0.43	79	-9.79	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.65	0.32					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม พบว่า ระดับมาก ร้อยละ 83.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.75 เมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.33 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 38.67 และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.75 เมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

ค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจ	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.20	0.50	0.36	0.25 - 0.47	79	-6.53	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.56	0.32					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.48 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 32.14 หลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.65 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.47 เมื่อเปรียบเทียบระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 80)

วัฒนธรรมความปลอดภัย	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	80	2.05	0.77	0.36	0.27 - 0.45	79	-8.027	<0.001*
หลังพัฒนา	80	2.34	0.75					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยวิธีการจัดเวทีแยกหน่วยงานรูปแบบเชิงรุก เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านการจัดสรรเวลาให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยน แสดงข้อคิดเห็นการพัฒนาระบบ รายงานความเสี่ยงครั้งนี้ จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 หน่วยงานด้านการแพทย์ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า หัวหน้าหน่วยงานวิกฤติอายุรกรรม (MICU1) ได้นำขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงรูปแบบใหม่ไปใช้ในหน่วยงานพบว่า การจัดการความเสี่ยงง่ายขึ้นและรู้จักขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากแก้ไขได้ทันเวลา และเห็นด้วยกับการใช้ QR Cord เป็นอีกหนึ่งช่องทางในการรายงานความเสี่ยง เพราะทันต่อเทคโนโลยีที่ก้าวล้ำในยุค 4.0 หัวหน้าหน่วยงานสูติ-นรีเวชกรรมให้ความเห็นว่า การดำเนินงานยังคงต้องพัฒนาต่อไปเนื่องจากปัจจุบันมีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดการติดตามเชิงรุกระดับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพิ่มเติมเพราะในบางครั้งเจ้าหน้าที่อาจจะให้ข้อคิดเห็นที่ต่างจากหัวหน้างาน อาจจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาต่อไป

ครั้งที่ 2 หน่วยงานสนับสนุนทั่วไปจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า หัวหน้าหน่วยงานตรวจสอบภายใน ให้ความเห็นว่า หน่วยงานสนับสนุนจะไม่มีความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ทำให้สถิติการรายงานความเสี่ยงน้อยกว่าสายงานด้านการพยาบาล จึงได้เฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับด้านสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งแวดล้อม และได้นำแผนผังการรายงานความเสี่ยงมาประยุกต์ใช้ในการต่อยอดการตรวจสอบภายใน

จากการถอดบทเรียน พบว่า รูปแบบของการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้ง

เตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คือ ROJET Model ประกอบด้วย R: Rapid Response(การตอบสนองที่รวดเร็วในการแก้ปัญหา) O: Organization of Learning (นำพาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้) I: Information Technology (ควบ คู่ การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม) E: Errorless (ลดปมการกล่าวโทษหากผิดพลาด) T: Time (สามารถแก้ปัญหาตามเวลาที่กำหนด)

จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนทุกกิจกรรม รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย สามารถสรุปเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนางาน คือ 3P ประกอบด้วย

P: Policies คือ นโยบาย ซึ่งผู้นำเห็นความสำคัญและเป็นผู้ดำเนินการประกาศนโยบาย ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุข 2P Safety ดังเห็นได้จากการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติแก่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลโดยเน้นย้ำให้บุคลากรทุกคนมีความมั่นใจในการรายงานความเสี่ยง สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกมิติ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนสิ่งต่าง ๆ

P: Participation คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกหน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ด้วยความตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัว (Awareness) ดังเห็นได้จากการทำให้รู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อองค์กร ในการเฝ้าระวังความเสี่ยง และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำโดยไม่กล่าวโทษกัน มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการมีวัฒนธรรมความปลอดภัย

P: Proactive of Work คือ การทำงานเชิงรุก ดังเห็นได้จากการสื่อสารเชิงรุกลงสู่หน่วยงาน

เพื่อส่งเสริม และกระตุ้นให้รายงานความเสี่ยง และ
แจ้งเตือนให้ทันเวลา รวมถึงแนะนำขั้นตอนการ
รายงานความเสี่ยงผ่านช่องทางต่างๆ ซึ่งได้รับความ
สนใจจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างมาก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาบริบทของการพัฒนาระบบ
รายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน พบว่า การ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือของ
ทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของ
การพัฒนาระบบ นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย
และนำลงสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล
ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด แต่ถือได้ว่าทุกคนมีความ
ตระหนักมากขึ้นและความตื่นตัวเมื่อเกิดอุบัติการณ์
มากขึ้น พัทธิดา สุภิสุทธิ์⁸ ได้ศึกษาการบริหาร
ความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่
คัดสรร ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพบริหารนโยบาย
ในการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ใน
องค์กรพยาบาล องค์กรพยาบาลสามารถนำ
นโยบายมาสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด รวมถึง
สามารถรายงานความเสี่ยงได้จากการนำเทคโนโลยี
มาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของโลก
ปัจจุบัน ทำให้การเข้าถึงของทั้งผู้รับบริการและ
บุคลากรสาธารณสุขนั้นง่าย สะดวก รวดเร็วขึ้น
สอดคล้องกับการศึกษาของวิชาญ เอี่ยมรัมย์กุล⁹ ที่
ได้ศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร
ความเสี่ยงในโรงพยาบาล ผ่านเครือข่าย
อินเทอร์เน็ต กรณีศึกษา โรงพยาบาลพนมไพร
อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษาประสิทธิภาพของระบบโดยใช้วิธีแบบกล่อง
ดำ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ที่มีต่อ
ระบบโดยดำเนินการตามวงจรการพัฒนาระบบ
พัฒนาระบบโดยภาษาพีเอสพี และระบบข้อมูลมาย
เอสคิวแอล

กระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง
ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart⁶ มาเป็น
กรอบดำเนินการ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการหา
แนวทางแก้ไขปัญหและพัฒนากระบวนการรายงานความ
เสี่ยง มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประชุม
ชี้แจงและประสานงานผู้เกี่ยวข้องทราบ 2) การ
วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์การบริหารความ
เสี่ยงในโรงพยาบาล 3) การร่วมกันกำหนด Action
Plan 4) การปฏิบัติตามแผน ทั้งหมด 5 กิจกรรม 5)
การสนับสนุน ติดตาม นิเทศงาน 6) การถอด
บทเรียนและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนว
ทางการแก้ไขปัญหในวงรอบต่อไป ซึ่งเป็นการ
ดำเนินงานเชิงรุกโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของ
ผู้เกี่ยวข้องในงานบริหารความเสี่ยง ดำเนินการตาม
ความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ ซึ่งเกิดรูปแบบใหม่
ในการแก้ไขปัญหและพัฒนากระบวนการรายงานความ
เสี่ยงและการแจ้งเตือน

ผลการศึกษาเปรียบเทียบกับก่อนหลัง พบว่า
ระดับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงใน
โรงพยาบาล ก่อนการพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับปาน
กลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมี
ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างรู้บทบาทใน
การบริหารความเสี่ยงของตนเองดี แต่ด้วยภาระงาน
ที่มีมาก รวมถึงยังขาดการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ
จึงทำให้ไม่ได้แสดงบทบาทในการบริหารเสี่ยง
ออกมาอย่างเต็มที่ แต่ก็มีโอกาสพัฒนาในด้านการ
ส่งเสริมและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ระดับความรู้
ระดับการมีส่วนร่วม ระดับการปฏิบัติ และระดับ
วัฒนธรรมความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนา
อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เจริญ
สะอาด¹⁰ ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการ
บริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงาน
บริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ
จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ระดับความรู้หลังพัฒนามี

คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความไวต่อการรับสารที่ถูกสื่อออกไปในรูปแบบของสื่อต่างๆ เช่น QR Code ความรู้ หรือจากกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจการใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงมากขึ้น ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จากการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนใน 6 ขั้นตอน พบว่า ผลของการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดรูปแบบของการพัฒนาพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คือ ROJET Model ที่ สอดคล้องกับการการดำเนินงานพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ และต้องดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องในวงรอบที่ 2 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

R = Rapid Response (การตอบสนองที่รวดเร็วในการแก้ปัญหา) คือ การจัดการความเสี่ยงอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ซึ่งในกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนนั้น พบได้ในกิจกรรมการส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน โดยกิจกรรมการกระตุ้นผ่านระบบหัวหน้างานและรายงานตอบกลับอย่างรวดเร็ว

O = Organization of Learning (นำพาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้) คือ เริ่มต้นจากผู้บริหารเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ประกาศนโยบาย 2P Safety ระดับโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจนร่วมกัน รวมถึงการพัฒนาการเรียนรู้ภาวะของการเป็นผู้นำในหน่วยงาน (Leadership) และการเรียนรู้ร่วมกัน ของคนในหน่วยงาน (Team Learning) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะการแก้ปัญหา

ร่วมกัน และพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการพูดคุยกันบ่อยๆ กล้าที่จะเล่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ได้พบเจอให้เพื่อนร่วมงานฟัง เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นย่อมทำให้เกิดการถอดบทเรียน วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาได้

I = Information Technology (ควบคุมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม) คือ การนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการบริหารความเสี่ยง พบได้ในกิจกรรมการรายงานความเสี่ยงผ่าน QR Code ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสอดคล้องกับการเปลี่ยนของโลกในปัจจุบันที่สื่อสารผ่านโลกโซเชียลมากกว่าสื่อสารด้วยเอกสาร

E = Errorless (ลดปมการกล่าวโทษหากผิดพลาด) คือ ให้มองว่าทุกคนสามารถทำให้เกิดความผิดพลาดได้ ดังนั้น ในการบริหารความเสี่ยงจะไม่โทษที่ตัวบุคคล จะเน้นที่การมองเชิงระบบ และปรับปรุงระบบการทำงานให้เหมาะสมในกระบวนการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง ประการแรกที่สำคัญที่สุดก็คือการสร้างความตื่นตัว (Awareness) ให้เขารู้สึกว่าเขามีส่วนร่วม และจำเป็นที่จะต้องทำโดยไม่กล่าวโทษกัน ทำให้เกิดวัฒนธรรมลดการกล่าวโทษ เพิ่ม Awareness

T = In Time (สามารถแก้ปัญหาตามเวลาที่กำหนด) คือ การบริหารความเสี่ยงหากเป็นความเสี่ยงที่มีความรุนแรงในระดับสูง (E-I) จำเป็นต้องมีการทบทวนและรายงานทันเวลา เช่น ความเสี่ยงระดับ G-I ที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วยนั้นต้องรายงานผู้บริหารทันที และรายงานในระบบภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงก็มีความสำคัญต่อการรายงานและแจ้งเตือนเช่นเดียวกัน หากความเสี่ยงนั้นทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตแต่ผู้รายงานไม่สามารถวิเคราะห์ความรุนแรงของเหตุการณ์ได้ ก็อาจจะทำให้ได้รับแก้ไขปัญหาล่าช้า พบในกิจกรรมการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและการลงหน้างานเชิงรุกที่ผู้วิจัยและทีมได้ลงพื้นที่ในการแจกสื่อแผ่นพับและอธิบายขั้นตอนการ

รายงานความเสี่ยง และการวิเคราะห์ระดับความรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดรูปแบบการพัฒนากระบวนการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือน ซึ่งสอดคล้องบริบทที่ศึกษา ประเด็นที่ยังคงต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องคือ

1) การกระตุ้นให้เข้าใจบทบาทการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยการส่งเสริมให้ผู้มีบทบาทกระตุ้นบุคลากรในหน่วยงาน นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และลดวัฒนธรรมการกล่าวโทษ หากเกิดความผิดพลาดและเพิ่มวัฒนธรรมความปลอดภัย ให้ทุกคนเกิดความตื่นตัว และสามารถรายงานความเสี่ยงได้ทันเวลาและถูกต้อง

2) ควรจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การบริหารความเสี่ยง และเรียนรู้การใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการทำงานเชิงรุก ลงสู่หน่วยงานมากกว่าการจัดที่ห้องประชุม เพราะการลงหน้างานทำให้เห็นบริบทความพร้อมด้านอุปกรณ์ กำลังคน หรือภาระงานของแต่ละหน่วยงานจะทำให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด และบุคลากรในหน่วยงานก็ยังสามารถได้เรียนรู้ร่วมกัน

3) การพัฒนาในวงรอบถัดไปอาจศึกษาประสิทธิภาพของระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด รวมถึงการศึกษาร่วมกับโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานพยาบาล และได้เรียนรู้หลากหลายมุมมองต่างบริบท ว่าจะมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไรจึงจะเหมาะสมและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ควรทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้ระบบการรายงานความเสี่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เนื่องจากในขั้นตอนการรายงานนั้นว่ามีความสำคัญต่อระบบบริหารความเสี่ยง การพัฒนาให้ระบบการรายงานที่ง่าย จะทำให้บุคลากรมีการรายงานเข้าไปมากขึ้น และสามารถทำให้แก้ไขปัญหาได้ทันเวลา

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1) จำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมากทำให้ในแต่ละระยะของการวิจัยจำเป็นต้องแยกดำเนินการ และนำผลการศึกษามาวิเคราะห์เป็นภาพรวมในภายหลัง

2) โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีจำนวนหน่วยงาน 125 หน่วยงาน ทำให้การลงหน้างานไม่ครบทุกหน่วยงาน ข้อมูลการวิเคราะห์อาจยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนางานบริหารความเสี่ยงขององค์กรต่อไปหลังเสร็จสิ้นการวิจัยในครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่เคารพทุกท่านที่กรุณาชี้แนะ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จครบถ้วน ขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ที่มอบทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์มนต์ชัย วิวัฒน์สิทธิพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ให้การสนับสนุนทุกด้าน ขอขอบพระคุณ เพื่อนร่วมทีมทุกท่านที่ร่วมกันฝ่าฟันอุปสรรค และร่วมแลกเปลี่ยนปัญหา แลกประสบการณ์ร่วมกันจนสำเร็จในวันนี้ รวมถึงครอบครัวที่ให้โอกาสทางการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12.; 2560.
2. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2544.
3. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2560.
4. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. คู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2560.
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ฉบับที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดีวัน จำกัด; 2561.
6. Kemmis and Mc Taggart. 1988.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture): กรุงเทพฯ; 2558.
8. พัทธิดา สุภิสุทธิ์. การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
9. วิชาญ เอี่ยมรัมย์กุล. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต กรณีศึกษา โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2553.
10. นภัสกรณ เชิงสะอาด. การการพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.

Received: 23 Nov 2018, Revised: 20 Feb 2019,

Accepted: 12 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง
ตำบลบุงหวาย อำเภอมะนัง จังหวัดยะลานฤมล ไกรกุล^{1,*} วิรัตน์ ปานศิลา² สดก เชื้อลิ้นฟ้า³

บทคัดย่อ

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย เป็นสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่สำคัญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ตำบลบุงหวาย อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา สุ่มคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 330 คนเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน คือ Paired Sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดำเนินงานครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาบริบทและวางแผนการดำเนินงาน 2) การปฏิบัติตามแผน 3) การนิเทศ ติดตามการดำเนินงาน 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ภายหลังการดำเนินงานพบว่าพฤติกรรมกรรมการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมายอุบัติเหตุก่อนการศึกษา ค่าเฉลี่ย 3.52 ± 0.34 หลังการศึกษามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 4.46 ± 0.23 กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนการศึกษากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย 3.36 ± 0.23 หลังการศึกษากลุ่มตัวอย่างมี ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.46 ± 0.26 ข้อมูลเชิงคุณภาพ พื้นที่สามารถวิเคราะห์จุดเสี่ยงจำนวน 5 จุด และร่วมหาแนวทางแก้ไข เปรียบเทียบการดำเนินงานก่อนและหลังดำเนินการบาดเจ็บลดลง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.73 เสียชีวิตลดลง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สรุปการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยงในครั้งนี้ ผู้นำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถร่วมวิเคราะห์จุดเสี่ยงในพื้นที่ของตนเองหาแนวทางการแก้ไข และร่วมกันแก้ไขปัญหาในชุมชนโดยใช้ทรัพยากรที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานในทุกขั้นตอนตามบริบทของตนเอง ทั้งนี้ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับทุกภาคส่วน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม ผู้นำชุมชน จุดเสี่ยง

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม³หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

*Corresponding author: pupuew2012dpc7@gmail.com

Original Article

Participatory Model for Community Reduction of Traffic Accidents
at the Risky Area Point in the City of Bung Wai Warinchamrab,
Ubon Ratchathani

Naruemon Kraikon^{1,*} Virat Pansila² Sangud Chualinfa³

Abstract

The traffic accidents problem of Thailand is the leading cause of injury and death. The object of the action research was to study the participatory model of the community for reduction the traffic accidents problem in the risky area, Bung Wai sub-district, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. Target group was according to the criteria of 330 persons. Collecting Data used questionnaire, for both quantity and quality data and a group meeting method. Statistic used for this research study were the frequency, mean, percentile, standard deviation and Paied Sample t-test, for the qualification data using the text analysis. The results of the research were as follows: Process in operation 4 steps 1) Study the context and plan the implementation, 2) Take action according to the plan, 3) Fallow up the implementation, 4) Sharing and learning lessons learned. After the operation, it was found that the behavior of the traffic accidents target group pre research , the average score of the traffic accidents management were 3.52 ± 0.34 post study the average score increased to be 4.46 ± 0.23 . The result of the community participation, pre study the sample group had the average score 3.36 ± 0.23 , post study the sample group had the score increased to be 4.46 ± 0.26 . The result of the quality data, in the risky area we can identify and analyzed 5 risky areas and cooperate to resolve. The comparison pre and post study concerning the accident, the injury were reducing 11 cases or 29.73 % Life lost reducing 2 cases or 66.67% statistic significantly ($P\text{-value} < 0.05$). A research of Participatory model for community reduction of traffic accidents at the risky area point area. There is a factor of success. Strong leaders have network partners working together with the government. The community is involved in every step.

Keywords: Participation, Community leader, Risky point area.

¹Master of Public Health, Mahasarakham University

²Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³Mahasarakham Provincial Public Health Office

*Corresponding author: pupuew2012dpc7@gmail.com

บทนำ

ปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลกจากการรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับสถานการณ์อุบัติเหตุจราจรทางถนนของประชากรทั่วโลกพบว่าประเทศไทยติดอันดับ 2 ของโลกมีอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุจราจร 44 ต่อประชากรแสนคน ทุก ๆ ชั่วโมงมีคนไทยต้องเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเกือบ 2 ราย ในปี 2555 มีผู้เสียชีวิต 14,059 ราย มีคนบาดเจ็บรักษาในโรงพยาบาล จากอุบัติเหตุทางถนนหรือ admit กว่า 300 รายต่อวัน จำนวน 110,777 ราย อุบัติเหตุทางถนนเกิดในช่วงเทศกาล ปีใหม่ สงกรานต์ เพิ่มขึ้นจากช่วงปกติเกือบ 2 เท่า¹ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์บาดเจ็บเสียชีวิต พิกการ มากที่สุด² ที่นอนโรงพยาบาลมากถึงร้อยละ 82.25 มีอวัยวะที่บาดเจ็บสูงสุด คือ ศีรษะ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุสูงสุด เวลา 16.00 น. - 19.59 น. มีการดื่มสุรา ร้อยละ 38 เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มากที่สุด รองลงมาเป็นรถยนต์ส่วนบุคคล และรถปิกอัพ³

การแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงเพื่อดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนนที่ผ่านมาขับเคลื่อนผ่านระบบสุขภาพอำเภอโดยมีคณะกรรมการศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนระดับอำเภอในการประสานงานความร่วมมือและบูรณาการ การดำเนินงาน ซึ่งมีการกำหนดและแก้ไขจุดเสี่ยงรายไตรมาส โดยมีมาตรการและวิธีการแก้ไขปัญหาจากทางภาครัฐส่วนใหญ่เพื่อให้ถือปฏิบัติ⁴ แต่ยังไม่ได้มีการดึงการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมในการแก้ไขปัญหาย่างแท้จริง ทั้งนี้ทำให้มีผลกระทบต่อผู้เสียชีวิตในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภาระในการดูแลรักษา มีผู้พิการในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลต้องมีการจ่ายเบี้ยผู้พิการ สูญเสียบุคคลวัยทำงาน ทางหลวงชนบทต้องจ่ายค่าซ่อม

บำรุง ครอบครัวยังมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น การดูแลรักษาปัจจัยเกี่ยวกับกิจกรรมและงานและปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมการแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุควรมุ่งเน้นการแก้ไขที่สาเหตุสำคัญคือปัจจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยในระดับต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นระดับชาติระดับหน่วยงานหรือองค์กรจนถึงระดับครอบครัว มาตรการในการป้องกันปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรอาศัยมาตรการที่สำคัญด้านการศึกษาการแพทย์และสาธารณสุขด้านกฎหมาย ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงมีแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁵ รวมทั้งนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มมาประยุกต์ร่วมในการจัดทำรูปแบบ

การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ตำบลบึงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีถึงแม้ว่าจะมีกฎหมายและนโยบายการปฏิบัติโดยภาครัฐควบคู่กับการณรงค์กระแสสังคมในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนที่ยาวนาน⁶ แต่ปัญหานี้เป็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับสังคมในทุกๆระดับ ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลาย ๆ ด้านทั้งด้านประชาชนที่ขาดความตระหนัก ชุมชนขาดการมีส่วนร่วม การนำกฎหมายและมาตรการทางสังคมมาบังคับใช้อย่างจริงจังยังไม่เกิดขึ้นในสังคม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดผลกระทบที่ก่อให้เกิดความความสูญเสียกับทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจจากการศึกษาทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าความสำเร็จต้องเกิดขึ้นจากความร่วมมือของประชาชนในชุมชน และผู้นำชุมชนในการเข้าไปมีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมทำในการแก้ไขปัญหามาในทุกๆขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนงาน ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน ขั้นตอนการสังเกต และขั้นตอนการสะท้อนผลทำให้ผู้วิจัยจึงตัดสินใจศึกษาแบบ

การมีส่วนร่วมของประชาชนลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในจุดเสี่ยงชุมชนบุงหวาย ที่มีพื้นที่ติดถนนมีการจราจรหนาแน่นและพบว่าเป็นพื้นที่มักจะเกิดอุบัติเหตุจราจรอยู่เสมอ

ฉะนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจต่อปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่ดังกล่าว จำนวน 4 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1, หมู่ที่ 3, หมู่ที่ 7 และหมู่ที่ 19 จำนวน 672 หลังคาเรือน ประชากร 2,582 คน ตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี⁷ ที่เน้นความร่วมมือของประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนต่อไป⁸ การสำรวจวิเคราะห์ปัญหาในชุมชน ร่วมปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา โดยกระบวนการความร่วมมือของคนในชุมชน ความสามารถในการเชื่อมประสานสู่หน่วยงานในระดับท้องถิ่นที่เข้ามาเกี่ยวข้องจะสามารถชี้ให้เห็นศักยภาพของชุมชนในการจัดการจุดเสี่ยงภายในชุมชนของตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของประชาชนลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานของประชาชนเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 3) เพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของประชาชนตามกระบวนการชุมชนเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 4) เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่เสี่ยงสูงตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ศึกษา ประชากรเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้รถใช้ถนนในพื้นที่อาศัยอยู่และรับผิดชอบในเขตตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยประชาชนซึ่งเป็นตัวแทน หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 7 และหมู่ที่ 19 ตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้เทคนิคกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ซึ่งยึดกระบวนการ PAOR ของ Kemmis and Mc Taggart⁹ มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยศึกษาบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและจัดทำแผนปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 2 ลงมือปฏิบัติงาน (Action) โดยนำแผนปฏิบัติการที่ได้มาปฏิบัติตามแผนกิจกรรมหรือโครงการที่กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผล (Observation) โดยนิเทศติดตามและประเมินการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถอดบทเรียน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มและสรุปผลการดำเนินงาน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

- 1) กลุ่มที่ 1 ประชากรซึ่งเป็นตัวแทน หมู่ที่ 1, หมู่ที่ 3, หมู่ที่ 7 และหมู่ที่ 19 ตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี ประชากรทั้งหมด 2,622 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างสุ่มแบบใช้เกณฑ์ เป็นตัวแทนในการ

ตอบแบบสำรวจและวัดพฤติกรรมการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และทัศนคติเกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรทางถนนในชุมชนซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 347 คน

2) กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มแกนนำที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุจราจรในชุมชนตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มาจาก ตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จำนวน 48 คน

ระยะเวลาดำเนินการ ทำการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม 2561 ถึง มิถุนายน 2561

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาดำเนินงานวิจัยจำนวน 6 เดือน ระหว่างประกอบด้วยขั้นตอนดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการวิจัย 2) ระยะดำเนินการวิจัย และ 3) ระยะประเมินผลการวิจัย

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ประสานงานกับผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่

1.2 เตรียมชุมชนโดยการประชุมชี้แจงให้ชุมชนได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยที่จะดำเนินการในชุมชน

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 การวางแผน (Planning) เป็นการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) การสำรวจข้อมูลพื้นฐานบริบทชุมชนของพื้นที่ และสภาพการดำเนินงานของชุมชน โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารภายในชุมชน และหน่วยงานราชการที่อยู่ในพื้นที่ ว่ามีทุนทางธรรมชาติ ทุนทางกายภาพ ทุนทางการเงิน ทุนทางมนุษย์ และทุนทางสังคมและวัฒนธรรมใน

ชุมชนประกอบด้วยอะไรบ้าง สสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนว่ามีประชาชนเกิดอุบัติเหตุทางถนน มากน้อยขนาดไหน ผลกระทบที่เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมีอะไรบ้าง

2) ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนำเสนอในเวทีประชาคมหมู่บ้าน เพื่อคืนข้อมูลให้ประชาชนรับทราบถึงปัญหาขนาด ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน นำมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดประเด็นที่สนใจ หลังจากนั้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา และสะท้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชน นำไปสู่การกำหนดสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงในชุมชนในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ออกแบบกิจกรรมที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระบุงroupsเป้าหมาย ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และระบุทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม ประเพณีของคนในชุมชน ออกมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติว่าจะทำกิจกรรมอะไรบ้าง มีประเด็นสำคัญที่ต้องสนทนาร่วมกัน¹⁰

2.2 การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ โดยกลุ่มผู้นำชุมชนดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในชุมชน

2.3 การสังเกต (Observation) เป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ การติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินการ และการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ดังนี้

1) การติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินการ ผู้วิจัยประเมินโดยเก็บข้อมูลผลการ

ดำเนินงานของกิจกรรมที่เกิดขึ้นตามแผนปฏิบัติการ 2 เดือนต่อครั้ง (1) การดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ใช้แบบบันทึกกิจกรรมจัดเก็บข้อมูลกิจกรรมที่เกิดขึ้นว่าบรรลุตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ตั้งไว้หรือไม่ สนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน และกลุ่มตัวอย่างถึงปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะ (2) การสังเกตพฤติกรรมของผู้นำชุมชนและกลุ่มตัวอย่างในการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม (3) วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น และข้อค้นพบที่สำคัญจากการดำเนินกิจกรรม นำมาสรุปกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

2) การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย

3. ระยะประเมินผลการวิจัย

3.1 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้นำชุมชน ในประเด็นความสำเร็จของการดำเนินงาน ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะ และนำข้อค้นพบที่เกิดขึ้น มาสังเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมและดำเนินงานของประชาชนเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ตำบลบึงห้วย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (15 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรม การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน (28 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบวัดกระบวนการมีส่วนร่วม (22 ข้อ)

ส่วนที่ 4 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน (5 ข้อ)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อหารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนลดอุบัติเหตุในพื้นที่จุดเสี่ยง เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP)

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม

2. เสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

4. ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index: IOC) จากนั้นนำ ผลการตรวจสอบแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะผลรวมค่า IOC ของทั้งหมดชุดคำถาม เท่ากับ 0.98

5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ชุด เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) แบบวัดพฤติกรรม

การดำเนินงานอุบัติเหตุจราจรทางถนน มีค่า Reliability 0.847 และแบบวัดกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนมีค่า Reliability 0.844 แล้วไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

7. การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติ Paired Sample t-Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพื่อวิเคราะห์ เปรียบเทียบพฤติกรรม การดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานลดอุบัติเหตุจราจรทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ในกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อ ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

8. จริยธรรมในการวิจัยผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติ จริยธรรมในมนุษย์ของคณะกรรมการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 059/2561 รับรองเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2561 หมดอายุ วันที่ 4 มิถุนายน 2562

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพศชาย ร้อยละ 66.40 เพศหญิง ร้อยละ 33.60 อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุดร้อยละ 30.30 รองลงมา คือ อายุในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 29.10 ส่วนใหญ่มีสถานะสมรส

ร้อยละ 57.30 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 45.80 ส่วนใหญ่เป็นอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 54.50 บทบาทหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในชุมชนร้อยละ 47.90 รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 17.30 ข้อมูลเคยเกิดอุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 16.40 สมาชิก ในครอบครัวเคยเกิดอุบัติเหตุด้วยรถจักรยานยนต์ มากที่สุด ร้อยละ 3.00 เคยเห็นเหตุการณ์ อุบัติเหตุร้อยละ 36.10 ในครอบครัวส่วนใหญ่มี รถยนต์จำนวน 1 คัน ร้อยละ 45.80 มี รถจักรยานยนต์จำนวน 1 คันมากที่สุด ร้อยละ 56.40 ขับรถยนต์เป็นร้อยละ 38.50 ขับ รถจักรยานยนต์เป็นร้อยละ 90.90 มีใบอนุญาต ขับขี่รถยนต์ร้อยละ 31.80 มีใบอนุญาต รถจักรยานยนต์ร้อยละ 79.10 สภาพรถที่ใช้ส่วนใหญ่มีสภาพที่สมบูรณ์ใช้ความเร็วมากที่สุดในที่ 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ร้อยละ 38.20 เคยขับรถยนต์หรือฝ่าไฟแดงร้อยละ 90.90

ระดับพฤติกรรม การดำเนินงานอุบัติเหตุจราจรทางถนนก่อนและหลังการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการดำเนินการ แบบวัดพฤติกรรมที่สูงที่สุด คือ ระดับการดำเนินงานมาก ร้อยละ 98.80รองลงมาคือระดับ การดำเนินการปานกลาง ร้อยละ 0.90 เมื่อ เปรียบเทียบก่อน-หลังการดำเนินการ ระดับการ ดำเนินการที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ระดับการ ดำเนินการมาก มีร้อยละที่เพิ่มขึ้น เท่ากับ 64.80 และระดับการดำเนินการลดลงคือระดับการ ดำเนินการปานกลาง มีร้อยละที่ลดลงเท่ากับ 98.60

ระดับกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนก่อนและหลังการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนที่สูงที่สุด คือ ระดับการมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 99.10 รองลงมาคือระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ 0.60 เมื่อเปรียบเทียบก่อน-หลังการดำเนินการ ระดับการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ระดับการมีส่วนร่วมมาก มีร้อยละที่เพิ่มขึ้น เท่ากับ 91.46 ทั้งนี้ มีร้อยละที่ลดลงมากที่สุดในระดับการมีส่วนร่วมน้อย มีร้อยละที่ลดลง 100รองลงมาคือ ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง มีร้อยละที่ลดลงเท่ากับ 99.34

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดำเนินงานอุบัติเหตุจราจรทางถนน และกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการดำเนินงานอุบัติเหตุจราจรทางถนนก่อนการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 3.52 ± 0.34 หลังการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 4.46 ± 0.23 กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 3.36 ± 0.23 หลังการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.46 ± 0.26 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนก่อนการศึกษาและหลังการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบร้อยละของแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาพบว่า คำถามที่ 1 ท่านเห็นอะไรจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน มีประเด็นคำตอบที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ จากพฤติกรรมของผู้ขับขี่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 117.39 รองลงมา คือ สภาพของสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.50 คำถามที่ 2 ท่านรู้สึกอย่างไรกับ

อุบัติเหตุจราจรทางถนนในชุมชน มีประเด็นคำตอบที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ สูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน เพิ่มขึ้นร้อยละ 43.75 รองลงมา คือ ความร่วมมือและงบประมาณ เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.38 คำถามที่ 3 ท่านคิดอย่างไรกับอุบัติเหตุจราจรทางถนนในชุมชน มีประเด็นคำตอบที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ปรับแก้สภาพถนนที่ไม่เหมาะสม เพิ่มขึ้นร้อยละ 21.95 และ มีประเด็นคำตอบที่ลดลงมากที่สุด คือ เกรงกรรม ลดลงร้อยละ 69.44 คำถามที่ 4 ท่านคิดว่าควรแก้ไขปัญหามิให้เกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนอย่างไร มีประเด็นคำตอบที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ปรับพฤติกรรมการขับขี่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 53.85 รองลงมา คือ มาตรการทางกฎหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.57 คำถามที่ 4 บทบาทหน้าที่ของท่านต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชนมีอะไรบ้าง ประเด็นคำตอบที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ บอกกล่าวตักเตือนดูแลบุตรหลาน เพิ่มขึ้นร้อยละ 100.00 รองลงมา คือ ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.78

การเปรียบเทียบจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตของปี 2560 กับปี 2561 แยกตามรายหมู่บ้าน

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของปี 2560 กับปี 2561 ของประชากรในตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยแยกเป็นรายหมู่บ้าน พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของหมู่ 1 บ้านโนนน้อย ลดลง 4 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของหมู่ 3 บ้านดอนชาด ลดลง 3 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของหมู่ 7 บ้านบึงหวายตก ลดลง 2 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต ลดลง 1 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของหมู่ 19 บ้านบึงหวายกลาง ลดลง 4 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต ลดลง

1 ราย และจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของตำบลบึงหวาย ลดลง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.73 จำนวนผู้เสียชีวิต ลดลง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ตำบลบึงหวาย จังหวัดอุบลราชธานีสามารถสรุป ตามขั้นตอน PAOR ได้ดังนี้

ระยะที่ 1 P1 ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหาอุบัติเหตุจราจรในชุมชนผลผลิต เก็บแบบสำรวจและวัดพฤติกรรมการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมและทัศนคติเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 330 คน

P2 วางแผนและแนวทางการดำเนินงานลดอุบัติเหตุในชุมชน ผลผลิต ประชาคมเพื่อวางแผนโครงการแก้ไขปัญหามืออุบัติเหตุในชุมชนและร่างสัญญาประชาคมเพื่อประกาศและบังคับใช้

ระยะที่ 2 A1 แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อลดอุบัติเหตุผลผลิต มีคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานลดอุบัติเหตุ

A2 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชนผลผลิต ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์เสียงตามสายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

A3 พัฒนาแกนนำชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนผลผลิต แกนนำชุมชน จำนวน 48 คน ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพ จำนวน 2 วันโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Top Model)

A4 เฝ้าระวังการป้องกันการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน ผลผลิตติดตามการดำเนินงานลดอุบัติเหตุ 2 เดือนต่อครั้ง

A5 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานผลผลิต เก็บรวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบก่อน/หลัง

การดำเนินการ 1) แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินงาน 2) แบบวัดกระบวนการมีส่วนร่วม 3) แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับอุบัติเหตุ 4) จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่

ระยะที่ 3 O1 ประเมินผลการดำเนินงานรูปแบบการมีส่วนร่วม ผลผลิต เก็บรวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบ ก่อน/หลังการดำเนินการ 1) แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินงาน 2) แบบวัดกระบวนการมีส่วนร่วม 3) แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับอุบัติเหตุ 4) จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่

ระยะที่ 4 R1 ถอดบทเรียน เยี่ยมเสริมพลังผลลัพธ์หน่วยงานภาครัฐและชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเกิดสัญญาประชาคมในพื้นที่ห้ามขับซิ่งจักรยานยนต์เสียงดังในพื้นที่ ฝ่าฝืนปรับ 1,000 บาท มีการวิเคราะห์และแก้ไขจุดเสี่ยงในพื้นที่จำนวน 5 จุด หลังการประเมินมีระดับพฤติกรรมการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมและทัศนคติเกี่ยวกับอุบัติเหตุเป็นไปในทางที่ดีขึ้นส่งผลให้การบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการทำกิจกรรมการมีส่วนร่วมควรมีการเพิ่มภาคีเครือข่ายจากกลุ่มเยาวชน รวมทั้งทำกิจกรรมพัฒนาทักษะ และความรู้ให้แก่เยาวชนด้วย เช่น การฝึกขับซิ่งปลอดภัย การจัดเวทีถ่ายทอดจากผู้ที่มีประสบการณ์ การเกิดอุบัติเหตุเพื่อเพิ่มความตระหนัก

2. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ของชุมชน และภาคีเครือข่ายด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพื่อให้เกิดการขยายผลไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นในชุมชน

3. ในการปรับปรุงแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชนตามมติของที่ประชุมก่อนที่จะดำเนินการ ควรมีการปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางภาครัฐเสียก่อนเพื่อไม่ให้เป็นการเพิ่มพื้นที่จุดเสี่ยง

4. เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงานของคณะกรรมการ ในระยะต่อไปของการดำเนินงานของชุมชน ควรมีกิจกรรมการคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานให้กับประชาชนได้รับทราบ เนื่องด้วยแผนปฏิบัติการชุมชนวางผลลัพธ์ 3 ระยะ ถึงแม้กระบวนการวิจัยจะจบลงแต่กระบวนการดำเนินงานของชุมชนยังขับเคลื่อนต่อจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการวิจัยในพื้นที่ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization (WHO/27.2015); 2015.
2. ศิริกุล กุลเลียบ และคณะ. ศึกษาข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์: โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) โรงพิมพ์ เดือน กันยายน; 2553.
3. มณีรัตน์ งอยภูธร. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดพฤติกรรมจราจรเสี่ยง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ในเขตเทศบาลตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
4. ธรรมนูญ ไวยเนตรและคณะคู่มือการสอบสวนการบาดเจ็บ สำนักกระบวนวิชา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-13 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัดสาขา 4; 2557.
5. อีรุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานผลการดำเนินงานอุบัติเหตุ ประจำปี 2558: (เอกสารอัดสำเนา); 2558.
7. ไทยตำบลต่อทคอม. ข้อมูลตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ อุบลราชธานี. (อินเตรีเน็ต) (เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2559), เข้าถึงได้จาก <http://www.thaitambon.com/tambon/341511>; 2559.
8. ชูดา โค้วธนพานิช. การศึกษาและพัฒนาคู่มือการสำรวจและวิเคราะห์จุดเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน; 2558.
9. Kemmis, S' and McTaggart, R. The action research reader (3rd edition): Geelong: Deakin University Press; 1990.
10. วิรติ ปานศิลา. เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า; 2554.

Received: 26 Nov 2018, Revised: 21 Feb 2019,

Accepted: 1 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะเทยวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

สุธิพร หรเพ็ด^{1,*} นิจรรดา ทูลธรรม² เสฐียรพงษ์ ศิรินา³

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะเทยวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว ได้แก่ Paired Samples t-test และ Independent Samples t-test ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงภายหลังการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสรุป การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเอง ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง การฝึกอบรม เพื่อการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³โรงพยาบาลกะเทยวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

*Corresponding author: srikharm@hotmail.com

*Original Article***Application of Self-care Behavior Promotion Program and Social Support
For Diabetic Patients at Ban Khaotakhong Health Promoting Hospital,
Kasetwisai District, Roi Et Province, Thailand****Suthiporn Horapleard^{1,*}, Nitchara Toontom², Satianpong Siwina³****Abstract**

Diabetes patients who cannot control blood sugar levels risk for incurrent disease. Therefore, encouraging patients to have potential and good self-care behaviors is important. This quasi-experimental research aimed to study the effects of self-care behavioral programs and social support on diabetic patients at the sub-district health promoting hospital of Ban Khaotakhong, Kasetwisai, Roi-Et, Thailand. The sample groups were consisted of 34 patients in experimental group and 34 patients in control group. Data were collected using questionnaire and analyzed using descriptive statistics, such as percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics namely, paired samples t-test and independent samples t-test were used for comparing mean score of the knowledge and behaviors. After the experiment, the results showed that the health knowledge and behavior of experimental group were improved. In addition, the experimental group had significantly higher score on health knowledge and behavior than the control group ($p < 0.001$). Moreover, the blood glucose level in the experimental group was significant decreased after experiment and significantly lower than the control group ($p < 0.001$). In summary, promoting diabetes patients to self-care with using knowledge sharing among the diabetes patients, training for food consumption appropriate to diabetes, exercising and emotional controlling together with social supporting can be used as a guideline for developing health behaviors and controlling blood sugar levels in diabetic patients.

Keywords: health behavior, social support, diabetes mellitus, sugar level in the blood¹Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Mahasarakham University²Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University³Kasetwisai Hospital

*Corresponding author: srikharm@hotmail.com

บทนำ

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American diabetes association: ADA) ได้เสนอแนะให้บุคคลที่มีความเสี่ยงจำเป็นต้องได้รับการลดน้ำหนักและออกกำลังกาย รวมทั้งมีการเฝ้าติดตามทุก 1-2 ปีในกลุ่มที่จะพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวาน¹ เนื่องจากมีผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยืนยันว่าการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุม น้ำหนักตัว สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคลงได้² นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลเป็นอีก หนึ่งกระบวนการที่ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ให้ดีขึ้นเพื่อที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้เสนอว่า กลยุทธ์ในการป้องกันโรคเบาหวาน ที่ดีที่สุดคือ การค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และการพยายามลดปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของการเกิดโรคในชุมชน (population or public health approach) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญ และผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานเป็นปัญหาของประเทศ จึงได้มีนโยบายในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาระบาดโรคเบาหวาน โดยได้จัดทำแผนโรคเบาหวานแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างชัดเจน ทั้งนโยบายระดับชาติ ระดับปฏิบัติการส่วนภูมิภาค และระดับท้องถิ่น เพื่อให้สามารถนำแผนสู่การปฏิบัติได้อย่าง เป็นรูปธรรม โดยมีระยะเวลาในการดำเนินงาน 10 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2559 ซึ่งสาระของแผนโรคเบาหวานแห่งชาตินี้ มียุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาและสนับสนุนระบบบริการให้มีความครอบคลุม และสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานใน

เรื่องการป้องกันควบคุม และการจัดการโรคเบาหวาน รวมไปถึงการสนับสนุนให้มีโครงการในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน ควบคุมเบาหวาน เช่น โครงการออกกำลังกายในชุมชน โครงการสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โครงการ “อาสา พาไร้พุง” โครงการ “สนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” และได้จัดทำแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน เพื่อสนับสนุนนโยบายให้ปรากฏผลเป็นจริงในการสร้างสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในที่สุดปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมเข้าสู่สังคมอุตสาหกรรม รวมถึง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ซึ่งมีแนวโน้มว่าประชากรวัยเด็กเริ่มลดลง ประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะโครงสร้างและจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงจากอาการเจ็บป่วยด้วย กลุ่มโรคติดต่อ ขาดสารอาหาร และเกี่ยวกับความยากจนไปสู่กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สืบเนื่องมาจาก พฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะแวดล้อม และโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคมะเร็งซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นตามลำดับ³ จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 371 ล้านคน และเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานประมาณ 280 ล้านคน ทั้งนี้คาดว่าปีพ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 500 ล้านคน จากรายงานของสำนักสถิติพยากรณ์ที่ได้จำนวนผู้ป่วยใน ปี 2544 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการจาก

สถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2552, 2553 และ 2554 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรัง โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 5,942 เป็น 6,051 ราย และเป็น 8,158 ราย ตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานประจำปี พ.ศ. 2555–2557 ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลองในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 122 คนมีผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลสูงที่รักษาระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 98 ราย พ.ศ. 2556 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 136 คนมีผู้ป่วยระดับน้ำตาลสูงที่รักษาระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 105 ราย พ.ศ. 2557 จำนวนมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 148 คนมีจำนวนผู้ป่วยระดับน้ำตาลสูงที่รักษาระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 119 พ.ศ. 2558 จำนวนมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 158 คนมีจำนวนผู้ป่วยระดับน้ำตาลสูงที่รักษาระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 120 พ.ศ. 2559 จำนวนมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 160 คนมีจำนวนผู้ป่วยระดับน้ำตาลสูงที่รักษาระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 122⁴ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโรคแทรกซ้อนตามระบบต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้นเช่นกันและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงรวมถึงตัวบุคคลเองรักษาระดับน้ำตาลในเลือดไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มจำนวนมากขึ้นในทุกปี พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการ แสดงออกบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอก โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ และการปฏิบัติในทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกันและเกิดสัมพันธ์กันอย่างเห็นได้ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การพักผ่อน ตรวจสุขภาพประจำปี การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในภาวะที่เจ็บป่วยเพื่อรักษาให้อยู่ในระดับลดภาวะแทรกซ้อนหรือความรุนแรง ที่จะเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การไปรับการรักษาพยาบาล การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การเสริมสร้างแรงบันดาลใจให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นการสร้างพลังทางด้านจิตใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีกำลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนคลายความเครียดการหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะต้องอาศัยแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำให้สุขศึกษาระดับให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการรับรู้การดูแลการปฏิบัติชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม⁵ ที่ได้ศึกษาผลของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองการใส่ใจ ตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่พึงอินซูลิน พบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองการใส่ใจตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดรวมถึงการรับรู้และสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Audet⁶ ได้ศึกษาการเปรียบเทียบคุณภาพของชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่รับการสนับสนุนและให้เข้าร่วมกิจกรรมแบบเผชิญหน้าแบบดั้งเดิม และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนด้านสังคมโดยประเมินผลจากพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจที่มีการควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ ประเภท 1 หรือเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 160 จากงานวิจัยนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งสองรูปแบบนี้สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้

ไม่แตกต่างกัน ฉะนั้น การสนับสนุนทางสังคมควรปรับปรุงวิธีการที่ใหม่ ๆ และความหลากหลายของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อช่วยความไม่เสมอภาคในการดูแลสุขภาพอันเนื่องมาจากความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากร โดยการสร้างแรงบันดาลใจ กิจกรรมทางพฤติกรรม ทางปัญญา มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญของระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพทางกายภาพของชีวิตและคุณภาพจิตของชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปสรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวทางด้านจิตใจและการควบคุมระดับน้ำตาล สามารถทำให้เกิดการเสริมสร้างความเข้มแข็ง เกิดทักษะ สามารถควบคุมโรคเบาหวานและนำไปสู่การมีสุขภาพดี

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง โดยคาดหวังให้ได้ข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาครัฐอีกทาง

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาผลประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และด้านพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คำถามการวิจัย

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดมีความแตกต่างกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเดิมอย่างไร

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรม (Intervention) กับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มทดลองแต่ไม่ได้รับกิจกรรม แล้วนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน ก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมและหลังจากได้รับกิจกรรมผ่านไปแล้ว 7 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

$X_1X_2X_3X_4X_5X_6X_7$ หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 1 - 7 ซึ่งเป็นกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กระบวนการให้ความรู้โดยทีมผู้วิจัยและทีม

วิทยาการ เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองตามหลักการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในแต่ละครั้งจะแบ่งแต่ละช่วงเวลาให้กับ 5 พฤติกรรม คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการกับความเครียดและการป้องกันความเสี่ยงในชีวิตประจำวันด้วยการทำกิจกรรมกลุ่ม เล่าปัญหาและแนวทางแก้ไขร่วมกันเล่าประสบการณ์กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มการใช้คำพูดชักจูงกระตุ้นให้เกิดความตระหนักเห็นความสำคัญคุณค่าในตนเอง ดังนี้

X₁ หมายถึง กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้จับเข้าเล่าเรื่อง แนะนำตัวเองสร้างสัมพันธภาพโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันในเรื่องการรับประทานอาหารการรับประทานยาการออกกำลังกาย สร้างความตระหนักให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยการเปิดวิธีทัศน์ในการให้ความรู้

X₂ หมายถึง กิจกรรมกินเท่าไรถึงจะพอดีสาธิตอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ Model อาหารเพื่อให้เกิดความตระหนักในการรับประทานอาหารอย่างพอดีจะมีการจัดอบรมโดยเชิญวิทยากรทางด้านโภชนาการอาหารมาให้ความรู้ในเรื่องการพลังงานอาหาร คำนวณการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อของผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคน มีสมุดประจำตัวในการจดบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ตามการคำนวณพลังงานอาหารในแต่ละคน ซึ่งในแต่ละมื้อการรับประทานอาหารในแต่ละคนไม่เหมือนกัน

X₃ หมายถึง กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดโดยวิธีการนั่งสมาธิ หลับตาเบา ๆ ผับตาปิด 90%อย่างบังคับใจ เพียงตั้งสติ วางใจเบา ๆ ณ ศูนย์กลางกาย กำหนดนิมิตเป็น ดวงแก้วใส ๆ...เบา ๆ หรือ องค์พระใส ๆ...เบา ๆ หรือ ลมหายใจ เข้า-ออก...เบา ๆ หรือ อาการท้อง

พอง-ยุบ...เบา ๆ เพียงอย่างเดียวหนึ่งกำหนดนิมิต นึกนิมิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นอุบายล่อใจให้เข้ามาตั้งมั่นในกายเมื่อใจเข้ามาหยุดนิ่งในกาย การกำหนดนิมิตก็หยุดโดยอัตโนมัติรับรู้การเปลี่ยนแปลงภายในกายและจิตใจ ด้วยความสงบอยู่ในความดูแลของกัลยาณมิตรอย่างใกล้ชิดอย่าใช้กำลัง คือ ไม่ใช่กำลังใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ไม่บีบกล้ามเนื้อตา เพื่อให้เห็นนิมิตเร็ว ๆ ไม่เกร็งแขน ไม่เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ไม่เกร็งตัว ฯลฯ เพราะการใช้กำลังตรงส่วนใดของร่างกายก็ตาม จะทำให้จิตเคลื่อนจากศูนย์กลางกายไปสู่จุดนั้นเมื่อเลิกจากนั่งสมาธิแล้ว ให้ตั้งใจไว้ที่ศูนย์กลางกายฐานที่เจ็ดทีเดียว ไม่ว่าจะอยู่ในอิริยาบถใดก็ตาม เช่น ยืน เดิน นอน หรือนั่ง อย่าย้ายฐานที่ตั้งจิตไปไว้ที่อื่นเป็นอันตราย ให้ตั้งใจบริกรรมภาวนา พร้อมกับนึกถึงบริกรรมนิมิตเป็นดวงแก้วใส หรือองค์พระแก้วใส ควบคู่กันไปตลอด

X₄ หมายถึง กิจกรรมการออกกำลังกายการเหยียดและยืดกล้ามเนื้อ ก่อนออกกำลังกายควรบริหารโดยการยืดข้อและมัดกล้ามเนื้อต่าง ๆ เป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อและกล้ามเนื้อ และช่วยลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและข้อต่อขณะออกกำลังกายเต็มที่โดยยืดกล้ามเนื้อออกช้า ๆ จนรู้สึกตึง โดย การนั่งลงกับพื้นแล้วก้มแตะปลายเท้าช้า ๆ แล้วยืนขึ้นเพื่อบริหารไหล่ ต้นคอ แขน และขา การยืดเหยียด แต่ละท่าให้ทำแล้วค้างไว้ นับ 1-15 จึงกลับมาทำตั้งต้น ทำท่าละ 3-5 ครั้ง ให้ทำ 5-10 นาที ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัวควรหาที่เกาะยึดเพื่อป้องกันการหกล้ม และไม่ควรใช้วิธีสับัดแขนหรือขารุนแรงเพราะจะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และไม่ควรเหยียดยืดกล้ามเนื้อด้วยท่าที่ต้องก้มนาน ๆ หรือยกแขนขา ที่เป็นมุมกว้างนาน ๆ เพราะอาจจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้

X₅ หมายถึง กิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกันโดยการให้กำลังใจผู้ป่วยโดยจะจัดเป็นกลุ่มให้ผู้ป่วยได้

พบปะพูดคุยให้กำลังใจกัน โดยผู้ป่วยเองเยี่ยมเสริมพลังใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันให้ทุกคนเกิดความเป็นเจ้าของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

X₆ กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ จับเข้าเล่าเรื่อง แนะนำตัวเองสร้างสัมพันธภาพโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย รวมถึงการไปพบแพทย์ตามนัดโดย สร้างความตระหนัก ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยการเปิดวิทัศน์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

จากแบบสอบถามเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เฉลี่ย ค่ากลาง ค่าฐานนิยม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในส่วนของการเปรียบเทียบค่าตัวแปรจากคำถามการวิจัย ใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistic) จะมีการทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล ผลการตรวจสอบข้อมูลยอมรับว่าเป็นการแจกแจงปกติตามข้อตกลงแล้วจึงมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ทดสอบและสถิติเปรียบเทียบของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำการรวบรวมแบบสอบถามเอง ดำเนินการ 2 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยมหาสารคามเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งนี้เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของตำบลทุ่งทอง อำเภอกะษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

1.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่ออำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับกลุ่มผู้สูงอายุในการทำวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ดำเนินการเดือนมิถุนายน 2560 เก็บข้อมูล ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง (O₁)

และกลุ่มควบคุม (O₃) โดยผู้วิจัย ใช้แบบสอบถาม สำหรับเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองใน กลุ่มทดลองในระยะเวลา 7 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากแบบสอบถามเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เฉลี่ย ค่ากลาง ค่าฐานนิยม และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ในส่วนของการเปรียบเทียบค่าตัวแปรจาก คำถามการวิจัย ใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistic) จะมีการทดสอบการแจกแจงปกติของ ข้อมูล ผลการตรวจสอบข้อมูลยอมรับว่าเป็นการ แจกแจงปกติตามข้อตกลงแล้วจึงมีการวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สถิติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแล ตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ทดสอบ และ สถิติ เปรียบเทียบของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ทดสอบ

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรม การดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอ เกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เสนอสรุปผลการวิจัย ตามความมุ่งหมายของการวิจัย ได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้าน คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างใน การวิจัย สรุปผลได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปทางประชากร ของกลุ่มทดลอง 34 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.76 อายุเฉลี่ย 54.76 ปี (SD = 12.67) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.35 มี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.35 การศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 55.88 ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของทุกคนในครอบครัวต่อ เดือน ไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 44.11 และมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เฉลี่ย 142.00 mg/dl (SD = 21.30) เป็นผู้ป่วยเบาหวานระดับ 1 (FBS = 126 -154 mg/dl) ร้อยละ 50 การ เปรียบเทียบความรู้โรคเบาหวาน พฤติกรรม สุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลัง การทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง สรุปผลดังนี้

1) การ เปรียบ เทียบ ความรู้ เรื่อง โรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่ม ทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วน ใหญ่มีความรู้โรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.65 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองส่วน ใหญ่มีความรู้โรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.41 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคเบาหวาน ก่อนการทดลอง 15.35 คะแนน ค่าเฉลี่ยความรู้ โรคเบาหวานหลังการทดลอง 19.52 คะแนน ผล การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2) การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อน การทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรม สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.88 หลัง การทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรม สุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.47 ค่าเฉลี่ยของ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง 2.36

คะแนน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง 3.32 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

3) การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองครึ่งหนึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 126 -154 mg/dl ร้อยละ 50.00 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงน้อยกว่า 126 mg/dl ร้อยละ 58.82 ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง 142.00 mg/dl ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง 116.17 mg/dl ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

4) การเปรียบเทียบความรู้โรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สรุปผลดังนี้

5) การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองเกือบทั้งหมดมีระดับความรู้โรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.74 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับความรู้โรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.59 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคเบาหวานภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 19.52 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคเบาหวานในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 15.00 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

6) การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.47 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.59 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม

สุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 3.32 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 2.48 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

7) การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 116.17 mg/dl ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 142.58 mg/dl

8) ผลการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ 7 กิจกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้ (1) กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ “จับเข่าเล่าเรื่อง” พบว่า กลุ่มตัวอย่างและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้สร้างสัมพันธภาพ มีความไว้วางใจกัน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การปฏิบัติตัว และการรับประทานอาหารในวิถีชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ รับรู้ถึงความเสี่ยงและอันตรายจากภาวะเบาหวาน (2) กิจกรรมกินเท่าไรถึงจะพอดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะ ทบทวน ด้านโภชนาการ และวิเคราะห์เรื่องสารอาหาร 5 หมู่ และเมนูอาหารที่ควรรับประทาน การคำนวณพลังงานจากอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน การฝึกวิเคราะห์ข้อมูลจากฉลากโภชนาการที่แสดงบนสินค้า สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำๆ ได้ และสามารถบันทึกการบริโภคอาหารประจำวัน (3) กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่าง ได้ฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีทักษะด้านจัดการอารมณ์ การผ่อนคลาย ความเครียดโดยการกำหนดลมหายใจ การนั่งสมาธิ กลุ่มตัวอย่างมีคิดเห็นร่วมกันว่า การฝึกสมาธิช่วยให้มีสติ รับรู้ถึงความต้องการของร่างกายและจิตใจ และตั้งใจนำไปปฏิบัติต่อไปในชีวิตประจำวัน (4) กิจกรรมการออกกำลังกาย ผลการทำกิจกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะเรื่องการออกกำลังกาย มีทักษะการออกกำลังกายและมีพันธะสัญญาที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (5) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจเพื่อการปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น รู้สึกว่าได้รับความรัก ความไว้วางใจ ได้พบปะพูดคุยเยี่ยมให้กำลังใจกัน การสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยเสริมพลังซึ่งกันและกัน กิจกรรมดังกล่าวทำให้สามารถประเมินสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สภาพที่เป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่สามารถจัดการแก้ไขปัญหได้ในขณะนั้น ได้รับข้อมูลข่าวสารอันเป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ (6) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นเตือนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อเนื่อง ได้รับการประเมินสมุติบันทึกรายกิจกรรม เพื่อการประเมินและให้คำแนะนำ การทบทวนเป้าหมายการดูแลสุขภาพ และสร้างแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพ และ (7) กิจกรรมประกวดบุคคล มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อเป็นบุคคลต้นแบบให้กลุ่มตัวอย่างคนอื่นได้เรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของคนอื่น ๆ ต่อไป อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลต้นแบบก็ได้รับกำลังใจ ทำให้พฤติกรรมคงทนถาวรได้

อภิปรายผล

จากการวิจัย ผลของโปรแกรมพฤติกรรม การดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะทราวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.76 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.35 จากการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 55.88 และมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ระหว่าง 126 - 154 mg/dl ร้อยละ 50 ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุด ณ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ทั้งในผู้ชายและหญิง วิชัย เอกพรากร⁷ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิ่มละมัย หนูเก่า⁸ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 96.70 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 76.70 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุที่มีความชุกของโรคเบาหวานมากที่สุด

2. ความรู้โรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคเบาหวานก่อนการทดลอง 15.35 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวานหลังการทดลอง 19.52 คะแนน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิ่มละมัย หนูเก่า⁸ พบว่า

การทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย=9.10) แต่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 16.73) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายใจ โพนาม⁹ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้นอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 17.80) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (ค่าเฉลี่ย 38.09) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ค่าเฉลี่ย 45.74) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรคอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 42.51) ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามรูปแบบปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้โรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้ การจัดประสบการณ์ให้กับกลุ่มทดลองได้พิจารณาพิจารณาและตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่ กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ “จับเข่า เล่าเรื่อง” กลุ่มตัวอย่างได้สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย รวมถึงการไปพบแพทย์ตามนัด การเปิดวิสัยทัศน์ การร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็น รวมทั้งกิจกรรมกินเท่าไรถึงจะพอดี กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติตามฐานความรู้ด้านโภชนาการ โดยใช้สื่อ Model อาหาร อาหารหลัก 5 หมู่และเมนูอาหารที่ควร

เลือกรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การฝึกทักษะในการคำนวณพลังงานจากอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน การฝึกวิเคราะห์ข้อมูลจากฉลากโภชนาการที่แสดงบนฉลากอาหาร

3. ความรู้โรคเบาหวานหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคเบาหวานภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.52 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคเบาหวานในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 15.00 คะแนน สอดคล้องกับงานวิจัยของนิมละมัย หนูคำ⁸ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตำบลตากแดด อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ภายหลังการทดลองตามโปรแกรม ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาค้นนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการทดลองที่ออกแบบให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มความสามารถดูแลตนเอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care theory) จุฬารัตน์ โสตะ¹⁰ ที่กล่าวไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมายด้วย 2 ระยะ คือ (1) ระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งบุคคลที่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง โดยการสืบสวน ศึกษาข้อมูล และต้องมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์เพื่อพิจารณาว่าสิ่งนั้นเหมาะสมต่อสถานการณ์

และการดูแลตนเองใหม่ อย่างไรก็ตาม เพื่อพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ (2) ระยะการกระทำและผลของการกระทำ การกระทำต้องมีเป้าหมาย การเลือกกิจกรรมที่จะกระทำทั้งเป็นเกณฑ์สำหรับใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติ เช่น การพิจารณาว่าต้องมีการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ต้องดื่มน้ำอุ่นตอนเช้าวันละ 1-2 แก้ว ต้องนอนวันละ 6-8 ชั่วโมง

4. พฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีขึ้นจากเดิม ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 2.36 คะแนน หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.32 คะแนน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภิชาติ กตะศิลา¹¹ ได้พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การจัดให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองจนเกิดความชำนาญและมีทักษะในการปฏิบัติที่เหมาะสม และมีความมั่นใจในวิธีปฏิบัติมากขึ้นด้วย กระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้วยกระบวนการกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตนเองเพื่อค้นหาปัญหาในสภาพที่เป็นอยู่เดิม การแสดงความเข้าใจและเห็นใจของสมาชิกทีมที่จะร่วมกันเพื่อการดูแลตนเอง การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการฝึกทักษะที่จำเป็น สำหรับการดูแลตนเองได้แก่การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การรับประทานอาหาร และร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัว จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น อีกทั้งการใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งโปรแกรมทดลองครั้งนี้กำหนดระยะเวลา 7 สัปดาห์ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญที่จะดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับศิริพร ธรรมมีภักดี⁵ ทำการทดลองการสร้างแบบจำลองเพื่อตอบคำถามว่า ระยะเวลาอันแคบในการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเพื่อการเปลี่ยนแปลงให้ประสบความสำเร็จผลการทดลองพบว่าจำนวนวันที่จะทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนได้และมีโอกาสพัฒนาเป็นนิสัยได้ตั้งแต่ 18 – 254 วัน โดยระยะเวลาที่ต่างกันนี้มาจากความยากของกิจกรรมที่แตกต่างกัน

5. พฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 3.32 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 2.48 สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีย์ สงวนชื่อ และ ปณิธาน กระสังข์¹² ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนตำบลสวนพริกไทย อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หลังเข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 การที่กลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่ากลุ่มทดลองสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้เรียนรู้ในกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์ ฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีทักษะด้านจัดการอารมณ์ การผ่อนคลาย

คลายความเครียดโดยการกำหนดลมหายใจ การนั่งสมาธิ โดยนำไปปฏิบัติต่อไปในชีวิตประจำวัน มีพันธะสัญญาที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งสองครั้ง ทำให้รู้สึกได้รับกำลังใจและความมั่นใจในพฤติกรรมมากขึ้น และมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว อีกทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นเตือนเป็นระยะ รับรู้ตนเองมีพัฒนาดีขึ้น สามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปได้ง่ายและถูกต้องมากขึ้น กิจกรรมที่กล่าวมาสอดคล้องกับแนวคิดของ จุฬารักษ์ โสตะ¹⁰ ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือทั้งวัตถุ สิ่งของ กำลังใจและการช่วยเหลือ จากบุคคลรอบข้างทั้งใกล้ชิดและเกี่ยวข้องสัมพันธ์ เพื่อจะช่วยให้รู้สึกมีคุณค่า ความสำคัญ มีพลังที่จะดำเนินชีวิต หรือกระทำการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คนเราเกิดมาอยู่ในสังคมต้องมีการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น การพบปะพูดคุยติดต่อสื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลสนับสนุนกัน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ธรรมมีภักดี⁵ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบยั่งยืน บทบาทของบริบททางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวานในภูมิภาคออสเตรเลีย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการประเมินความเสี่ยงของตัวเอง ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่

แข็งแกร่ง การเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ให้ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนจากครอบครัวที่แข็งแกร่ง และการสนับสนุนจากชุมชน การมีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจในระดับบุคคลและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิ่มละมัย หนูเก่า⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนแบบบูรณาการต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตำบลตากแดด อำเภอดงระการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีร้อยละผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราวดี ตรีเดช¹³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมคู่มือเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาค้นคว้านี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจพยาธิสภาพของโรค มองเห็นอันตรายภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากการควบคุมโรคไม่ได้ การใช้บุคคลต้นแบบสุขภาพดี

เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ประสบผลสำเร็จสามารถควบคุมโรคได้ดี และการสนับสนุนทางด้านสมุดคู่มือประจำตัว เพื่อกำกับติดตามให้กลุ่มทดลองกำกับติดตามตนเองสามารถเฝ้าระวังและประเมินตนเองได้ การฝึกการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมาก หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอดหรือใช้น้ำมัน การรับประทานอาหารให้ได้สัดส่วน การจัดการความเครียดด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจเข้าออก การฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน การแกว่งแขน ทำให้กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จนนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น

7. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Huang และคณะ ได้ทำการศึกษาผลของการสร้างแรงบันดาลใจบวกกับพฤติกรรมทางปัญญาต่อผลการรักษาอาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานในผู้ใหญ่ชนิดที่ 2 ผลการทดลองพบว่า การสร้างแรงบันดาลใจกิจกรรมทางพฤติกรรมทางปัญญา มีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาอาการซึมเศร้า และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คุณภาพทางกายภาพของชีวิตและคุณภาพจิตของชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมดูแลตามปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการศึกษารั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรม

การส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้จัดกิจกรรมแบบต่อเนื่อง 7 กิจกรรมในระยะเวลา 7 สัปดาห์ ได้แก่ การส่งเสริมการเรียนรู้ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การเยี่ยมบ้าน การใช้บุคคลต้นแบบสุขภาพดี มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองได้ สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพกล่าวว่า การจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำเป็นต้องลดทั้งหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผัก รวมถึงออกกำลังกายสม่ำเสมอ ดูแลทั้งหมดนี้ไปพร้อม ๆ กัน

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 4 ข้อ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้โรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานใหม่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็น

หรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างสม่ำเสมอ

2. ควรเสริมทักษะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการตนเองได้

3. ควรจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านให้ต่อเนื่องเพื่อเป็นการสนับสนุนและการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือเป็นวิทยากร ร่วมออกแบบและจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัย ขอขอบพระคุณคณะอาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ธิติ สนับบุญ และวราภรณ์ วงศ์ถาวรวัดณ์. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสมภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
2. Knowler, W. et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle. N Eng J Med, 2002; 393–403.
3. สำเริง แหยมกระโทก และรุ่งจิรา มังคละศิริ. คู่มือการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน (หน่วย

บริการปฐมภูมิ: PCU) หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. นครราชสีมา: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา; 2550.

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง. ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังปี 2555 – 2557. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง ตำบลทุ่งทอง อำเภอกะชังร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด; 2557.
5. ศิริพร ธรรมมีภักดี. การเสริมพลังอำนาจตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองไผ่ อำเภอนาคู จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
6. Audet, C. M. A Comparison of Quality of Life in Traditional Face-to-Face and Internet-based Diabetes Social Support Group Participants. Ann Arbor: United States; 2013.
7. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี; 2557
8. นิยมะมัย หนูเก่า. ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตำบลตากแดด อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556
9. สายใจ โพนาม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตำบลปากห้วย อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร. 2558; 10:108-130.

10. จุฬารักษ์ โสตะ. แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554
11. อภิชาติ กตะศิลา. การใช้สมุดบันทึกข้อมูลทางคลินิกร่วมกับการสนับสนุนจากเพื่อนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
12. อารีย์ สงวนชื่อ และ ปณิธาน กระสังข์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี; 2560.
13. จิราวดี ตริเดช. ผลของโปรแกรมคู่มือเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอ น้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.

Received: 9 Jan 2019, Revised: 24 Jan 2019,

Accepted: 12 Feb 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน)

สุคนธา ท้วมพงษ์^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) หรือ สสปท. และ 2) ศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ และปัจจัยผลลัพธ์ ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย จำนวน 3 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรของ สสปท. จำนวน 4 คน 2) เครือข่ายความปลอดภัย ทั้งหมด 6 คน ได้แก่ 2.1) สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดสงขลา จำนวน 2 คน 2.2) ศูนย์ความปลอดภัยแรงงานพื้นที่ 12 จังหวัดสงขลา จำนวน 2 คน 2.3) เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานภาคใต้ จำนวน 2 คน และ 3) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์พรรณนา (Descriptive analysis) จากการวิเคราะห์เนื้อหาและตีความข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ รวมทั้งตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสปท. ยังขาดแผนการกระตุ้นการประชาสัมพันธ์ที่ดี ขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณสนับสนุนกิจกรรม รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การประชุมนัดหมายการประชุมเครือข่ายค่อนข้างยาก ส่งผลต่อการเตรียมข้อมูลและการเข้าร่วมประชุม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการประชุมที่ยังผูกขาดความคิดเห็นอยู่บ้าง นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการเดินทางและการไม่ได้รับอนุญาตของผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย 2) การดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสปท. ถือว่ามีประสิทธิภาพ ภายใต้อุปสรรคและข้อจำกัด บุคลากรมีความตระหนักและให้ความสำคัญ รับทราบขั้นตอน กระบวนการในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย สามารถปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามนโยบายและแผนงานขององค์การ มีส่วนร่วมและมีความพึงพอใจ ในการประชุมเครือข่าย และในกิจกรรมความปลอดภัย มีความต้องการให้ สสปท. จัดกิจกรรมความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องทุกปี จากข้อค้นพบในประสิทธิภาพครั้งนี้ เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการความปลอดภัยในสถานประกอบการ และการเข้าถึงของประชาชน ควรมีการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และส่วนที่เกี่ยวข้องให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน กำหนดให้งานความปลอดภัยเป็นหัวใจสำคัญ ที่ทุกสถานประกอบการต้องดำเนินการหาแนวทางที่เหมาะสม ยึดหยุ่นในแผนอัตรากำลัง บูรณาการการทำงานทุก และเน้นการมีส่วนร่วม

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ การดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย สสปท.

¹นักศึกษา หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการความปลอดภัย โรงเรียนนายร้อยตำรวจ

*Corresponding author: thuamphong@gmail.com

*Original Article***Performance Analysis on Safety Activities Implementation of Thailand Institute of Occupational Safety and Health (Public Organization)**Sukhontha Thuamphong^{1,*}**Abstract**

The purposes of this research were to study 1) problems, difficulties, and 2) performance of safety activity implementation in the aspects of input, process and outcome factors of Thailand Institute of Occupational Safety and Health (Public Organization) or TOSH. The data was collected using purposive sampling which consisted of 3 groups of people affiliated with safety activities; 1) 4 TOSH staffs, 2) 6 safety network staffs which are 2 persons from Department of Labour Protection and Welfare and 2 persons from Office of Occupational Safety and Health area 12 Songkla province and 2 persons of Southern Safety Officer and 3) 5 safety activity participants. Semi - structured interview questions were used for TOSH staff and safety network staffs and for safety activity participants. The collected data were analyzed by Descriptive analysis using content analysis and interpretation and triangulation technique were applied to examine the reliability of the data. The research findings were as follow: 1) The problems and difficulties in TOSH's performance were lacking of a good public relation, manpower, budgets, travel cost and the difficulty in safety network meeting appointment making, resulted in data preparations and meeting attendances. Furthermore, a few dominant ideas in the meeting and safety activity participants' travel unauthorized difficulty were also found. 2) The TOSH's performance considered to be effective given the obstacles and limitations faced. TOSH staffs were aware of procedures and processes, were able to achieve the goals as planned, participated in the network meeting and safety activities and satisfied and required annual activities. It is recommended that TOSH allocated resources both manpower and budget, determined safety as core value and set standard for business establishments. In addition, TOSH should seek an effective and flexible manpower plans, coordinate inter-department cooperation and focused on overall participations.

Keywords: Performance, Safety Activity Implementation, TOSH¹Master of Public Administration Student in Security Management Program

*Corresponding author: thuamphong@gmail.com

บทนำ

การบริหารงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเสมอคือ ความปลอดภัย โดยเฉพาะกลุ่มภาคอุตสาหกรรมการผลิต มีความเสี่ยงที่แรงงานจะได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานสูง ส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์ส่วนรวม ระดับประเทศ รวมทั้งครอบครัว อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ความประมาทของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นความปลอดภัยในการทำงานจึงเป็นหัวใจสำคัญของการทำงาน เมื่อผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง โอกาสที่จะประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยจากการทำงานก็ย่อมลดน้อยลง ตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 มาตรา 52 บัญญัติให้กระทรวงแรงงานจัดตั้ง สสปท. ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 มีผลบังคับใช้ ซึ่ง สสปท. มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการรณรงค์ ส่งเสริม ป้องกันเกี่ยวกับความปลอดภัยให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีการพัฒนาความรู้และจิตสำนึกที่ดีทางด้านความปลอดภัย อีกทั้งเป็นหนึ่งในการขับเคลื่อน นโยบาย Safety Thailand และระเบียบวาระแห่งชาติ “แรงงานปลอดภัยและสุขภาพอนามัยดี” โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายด้านความปลอดภัยทุกภาคส่วน รวมทั้งเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนทางวิชาการ และประสบการณ์ในด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในส่วนภูมิภาค (มาตรา ๕๒ แห่งพระราชบัญญัติความปลอดภัย

อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔)

ในฐานะผู้วิจัยเป็นบุคลากรของ สสปท. จึงสนใจศึกษาการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสปท. ว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการหรือไม่อย่างไร และพื้นที่ที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือพื้นที่ภาคใต้ จังหวัดสงขลา จากข้อมูลรายงานประจำปี 2559 กองเงินทุนทดแทน¹ พบสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานอยู่ในระดับสูง มีอัตราประสบอันตราย 12.38 ต่อลูกจ้างพันราย (สำนักกองทุนทดแทน, 2559) เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสปท. ในครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) หรือ สสปท.
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) หรือ สสปท. ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ปัจจัยผลลัพธ์

ขอบเขตของงานวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ด้านองค์การ และด้านบุคลากร ของ สสปท. และเครือข่ายความปลอดภัย

2) ปัจจัยกระบวนการ ประกอบด้วย การประชุมเครือข่าย และการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย

3) ปัจจัยผลลัพธ์ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ของเครือข่ายความปลอดภัย และผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม 1) บุคลากรของ สสพท. จำนวน 4 คน 2) เครือข่ายความปลอดภัย ทั้งหมด 6 คน ได้แก่ 2.1) สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จังหวัดสงขลา จำนวน 2 คน 2.2) ศูนย์ความปลอดภัยแรงงานพื้นที่ 12 จังหวัดสงขลา จำนวน 2 คน 2.3) เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ภาคใต้ จำนวน 2 คน และ 3) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย จำนวน 5 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่ คือ พื้นที่ภาคใต้ ทั้งจังหวัดสงขลา

ขอบเขตระยะเวลา เดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรของ สสพท. และเครือข่ายความปลอดภัย และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านความปลอดภัยในการทำงาน ประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ทั้งในและต่างประเทศ

2. สร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ บุคลากรของ สสพท. เครือข่ายความปลอดภัย และผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย และนำมาวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ข้างต้น

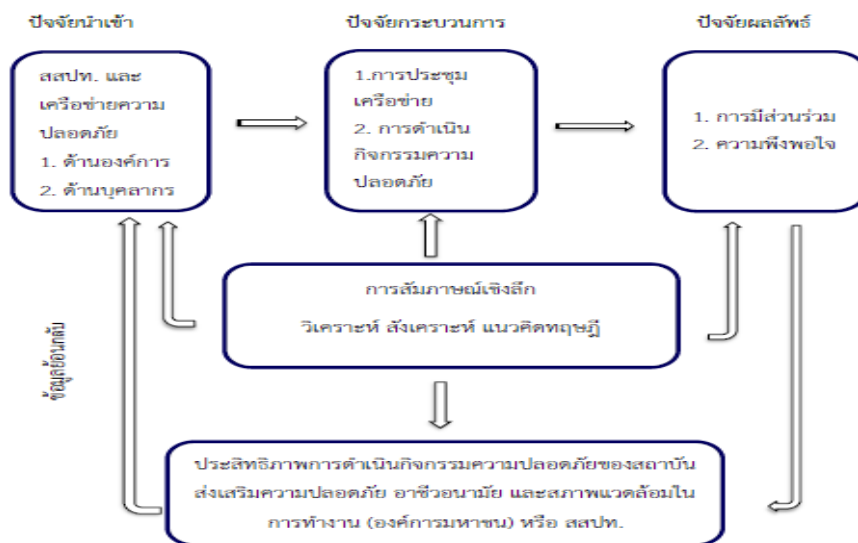
3. หาคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เทียบตรงครอบคลุมเนื้อหา โดยมีค่าการทดสอบเท่ากับ 0.86

4. นัดหมายสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

5. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกาสังเกตการตอบคำถาม และสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์พรรณนา (Descriptive analysis) จากการวิเคราะห์เนื้อหาและตีความข้อมูล หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ และปัจจัยผลลัพธ์ โดยวิธีการตรวจสอบแหล่งบุคคล ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยท่านหนึ่งและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยอีกท่านหนึ่ง ที่เป็นการตรวจสอบว่าถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปเพื่อใช้ยืนยันข้อมูล ว่าข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

6. สร้างข้อสรุปและจัดทำรายงานผลการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ผลการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพ. และ 2) ประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพ. ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ปัจจัยผลลัพธ์

1. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพ.

1.1 ปัญหาและอุปสรรค ด้านองค์การ พบข้อจำกัดด้านองค์การ 2 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 นโยบายและแผนงานในการประชาสัมพันธ์ คือ การกำหนดนโยบายและแผนงานในการประชาสัมพันธ์ให้เครือข่ายความปลอดภัยได้เข้าถึงข้อมูลด้านความปลอดภัย และการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย ซึ่ง สสพ. ได้มีการประชาสัมพันธ์การดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย ในหลายช่องทาง เช่น เว็บไซต์ เฟสบุ๊ก ไลน์กลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามยังขาดแผนการกระตุ้นการประชาสัมพันธ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยที่ดีพอ นอกจากนี้สถานประกอบกิจการ

ขาดการประชาสัมพันธ์ภายในให้กับบุคลากรของหน่วยงานตนทราบ ทำให้ส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงข้อมูลด้านความปลอดภัย และไม่ทราบการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพ.

ประเด็นที่ 2 งบประมาณสนับสนุนกิจกรรมความปลอดภัย ส่วนใหญ่ สสพ. และเครือข่ายความปลอดภัย ได้รับการสนับสนุนงบประมาณด้านวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ อย่างเพียงพอ ยกเว้นงบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรมความปลอดภัยที่ยังไม่เพียงพอ

1.2 ปัญหาและอุปสรรค ด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยล่าช้า และไม่มี การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน

1.3 ปัญหาและอุปสรรค ด้านประชุม เครือข่าย พบว่า มีปัญหาและอุปสรรค 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การนัดหมาย เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมมีหลายหลากฝ่ายมาจากหลายหน่วยงาน ทำให้การนัดหมายค่อนข้างยาก การเตรียมข้อมูลสำหรับการประชุมอาจไม่ครบถ้วน

ผู้เข้าร่วมประชุมไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมประชุมได้ เนื่องจากได้รับการประสานงานการติดต่อที่ล่าช้า

ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วม ในการประชุมเครือข่าย จากผู้เข้าร่วมประชุมเป็นตัวแทนจากหลายหน่วยงาน มีทั้งระดับอาวุโส และระดับปฏิบัติการ อาจทำให้การเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมยังไม่ดีเท่าที่ควร บางครั้งเกิดการผูกขาดความคิดเห็น รวมถึงปัญหาเรื่อง งบประมาณการเดินทาง เนื่องจากหน่วยงานไม่มีงบประมาณในการสนับสนุนการเข้าร่วมประชุม

1.4 ปัญหาและอุปสรรคของผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย ส่วนมาก คือ การเดินทางทั้งจากระยะทางจากที่พักไปยังสถานที่จัดกิจกรรม และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงการติดภารกิจที่ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมความปลอดภัยได้ และผู้บังคับบัญชาไม่อนุญาตให้ร่วมกิจกรรม

2. ประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพท.

2.1 ด้านปัจจัยนำเข้า แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านองค์การ และด้านบุคลากร

2.1.1 ด้านองค์การ ผู้วิจัยสรุปออกเป็น 2 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 นโยบายและแผนงาน สสพท. และเครือข่ายความปลอดภัย มีนโยบายและแผนงานด้านความปลอดภัยชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายและแผนงาน ว่ามีแผนการดำเนินโครงการตามแผนงบประมาณแผ่นดิน มีการกำกับและการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด

ประเด็นที่ 2 งบประมาณสนับสนุน สสพท. และเครือข่ายความปลอดภัย มีงบประมาณสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์อย่างเพียงพอ ยกเว้นงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมความปลอดภัยยังไม่เพียงพอ

2.1.2 ด้านบุคลากร ผู้วิจัยสรุปออกเป็น 3 ประเด็น คือ อัตรากำลัง การปฏิบัติงานด้านความ

ปลอดภัยตามที่ได้รับมอบหมาย และความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัย ซึ่งประเด็นอัตรากำลังนั้น พบว่า อัตรากำลังไม่เพียงพอ ในส่วนประเด็นการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยตามที่ได้รับมอบหมาย พบว่า สสพท. และเครือข่ายความปลอดภัย สามารถปฏิบัติงานตามภารกิจตามที่ได้รับมอบหมาย บรรลุผลสำเร็จตามแผนงานภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร รวมทั้งส่วนใหญ่ตระหนักและให้ความสำคัญในกิจกรรมความปลอดภัยขององค์การ

2.2 ด้านปัจจัยกระบวนการ แบ่งการวิเคราะห์ ออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการประชุมเครือข่ายและด้านกิจกรรมความปลอดภัย

2.2.1 ด้านการประชุมเครือข่าย ผู้วิจัยสรุปออกเป็น 2 ประเด็น คือ ประเด็นการนัดหมาย และประเด็นการประชาสัมพันธ์ ซึ่งพบปัญหาด้านการนัดหมายและการประชาสัมพันธ์

2.2.2 ด้านกิจกรรมความปลอดภัย พบว่าบุคลากรของ สสพท. และเครือข่ายความปลอดภัยทราบขั้นตอนกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยผ่านทาง เว็บไซต์ของ สสพท. และไลน์กลุ่มของเครือข่ายความปลอดภัย และได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย

2.3 ด้านปัจจัยผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความพึงพอใจ

2.3.1 ด้านการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสรุปได้เป็น 2 ส่วน คือ

1) การมีส่วนร่วมในการประชุมเครือข่ายสรุปได้ 2 ประเด็น คือ ประเด็นผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรี สามารถซักถามได้ทุกประเด็น ในที่ประชุมจะลงมติเสียงข้างมาก และสรุปการประชุมแต่ละครั้ง และนำข้อเสนอแนะที่ได้มาดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยให้บรรลุวัตถุประสงค์ และประเด็น

ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมและตัดสินใจในมติในการประชุม

2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมความปลอดภัย สรุปประเด็นสำคัญได้ 2 ประเด็น คือ สมัครใจหรือเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และให้ความสำคัญกับทุกกิจกรรมความปลอดภัย

2.3.2 ด้านความพึงพอใจ จากมุมมองของเครือข่ายความปลอดภัย ผู้วิจัยสรุปได้ 2 ส่วน

1) พึงพอใจในการเข้าร่วมประชุม เครือข่าย ผู้วิจัยสรุปได้ 2 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 พึงพอใจในการเข้าร่วมประชุมเครือข่าย พบว่า มีความพึงพอใจในทุกด้านในการร่วมประชุมเครือข่ายความปลอดภัย ไม่ว่าจะเป็นบรรยากาศในการประชุม สถานที่จัดประชุม ความเป็นกันเองของผู้เข้าร่วมประชุม การให้เกียรติในการยอมรับฟังความคิดเห็น

ประเด็นที่ 2 ความต้องการให้มีการประชุมเครือข่าย พบว่าเครือข่ายความปลอดภัยให้ความสำคัญกับการประชุมเครือข่าย เนื่องจากเป็นการสร้างความสนิทสนมของเครือข่ายแต่ละพื้นที่ให้ทำงานร่วมกันมากขึ้น และเป็นเวทีรับฟังปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยโดยแท้จริง

2) ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมการสัมมนาวิชาการค่อนข้างมาก โดยมองว่าการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยมีหัวข้อการสัมมนาวิชาการที่หลากหลาย มีความทันสมัย โดยเฉพาะเรื่องกฎหมาย ผู้เข้าร่วมประชุมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญ ออกเป็น 2 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 ความพึงพอใจในกิจกรรมความปลอดภัย พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย มีความพึงพอใจในกิจกรรมความปลอดภัย ให้ความสนใจในทุกกิจกรรม และให้ความคิดเห็นว่าควรเพิ่มกิจกรรมการปฐมพยาบาล

เมื่อเกิดอุบัติเหตุไฟช็อตในครั้งต่อไป เพื่อให้มีความหลากหลาย

ประเด็นที่ 2 ความพึงพอใจในภาพรวมกิจกรรมความปลอดภัย พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในภาพรวมของกิจกรรมความปลอดภัยในระดับมาก เนื่องจากเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดีและอยากให้มีการจัดกิจกรรมความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในทุกปี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพท. ผู้วิจัยวิเคราะห์ประสิทธิภาพจากข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ (interview) ซึ่งเป็นการสนทนา หรือการเจรจาอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล 2 ฝ่าย คือ นักวิจัย (ฐานะผู้สัมภาษณ์) และผู้ให้ข้อมูล (ฐานะผู้ถูกสัมภาษณ์) ภายใต้บรรยากาศของการมีปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างกันตามที่² กล่าวเกี่ยวกับการวิเคราะห์ประสิทธิภาพไว้ว่า ถ้าพิจารณาว่างานใดจะมีประสิทธิภาพสูงที่สุดนั้น ให้ดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า (Input) กับผลผลิต (Output) ที่ได้รับ เพราะฉะนั้น ตามทฤษฎีนี้ประสิทธิภาพจึงหมายถึง องค์ประกอบเนื้อหา 3 ส่วน ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ และปัจจัยผลลัพธ์ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลดังนี้

1. ประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพท. ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย บุคลากรของ สสพท. และเครือข่ายความปลอดภัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์เป็น 2 ประเด็น ด้านองค์การและด้านบุคลากร ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปราย ดังนี้

1.1 ด้านองค์การ ผู้วิจัยค้นพบว่า ภายในหน่วยงานมีนโยบายและแผนงานด้านความปลอดภัย มีการกำกับและการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด ทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามนโยบายและแผนงาน ดังนั้นประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย ของ สสพท. มาจากการมีนโยบายและแผนงานที่ชัดเจน บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัย และปฏิบัติงานเต็มที่ ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ ดังที่³ ได้กล่าวถึงประสิทธิภาพพบว่า ความพอเพียงของรายได้ (อัตราส่วนระหว่างรายได้กับรายจ่าย) ความสามารถในการพึ่งตนเองด้านรายได้ขององค์การ (อัตราส่วนระหว่างรายได้ที่ไม่รวมเงินอุดหนุน กับรายได้จากเงินอุดหนุน) ศักยภาพในการพัฒนาขององค์การ (อัตราส่วนระหว่างรายจ่ายเพื่อการลงทุน/พัฒนากับ รายจ่ายประจำ) และความมั่นคงทางด้านการเงินขององค์การ (อัตราส่วนระหว่างเงินสะสมกับหนี้สินรวม)

ส่วนปัญหาที่พบในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย คือ อัตราค่าจ้าง และงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยยังไม่เพียงพอ แหล่งเงินได้มาจากเงินงบประมาณจากภาครัฐเป็นผู้จัดสรรให้เพียงแหล่งเดียวให้ดำเนินการ ซึ่งจัดสรรไว้ตามงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ สสพท. และเครือข่ายความปลอดภัยยังต้องการงบประมาณที่สนับสนุนกิจกรรมความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น เพื่อการรณรงค์ส่งเสริม และการขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยให้เกิดประโยชน์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ³ ที่ทำการศึกษาศักยภาพในการดำเนินงานระบบแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองควาย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอุปสรรคในการรักษาพยาบาล คือ ประเด็นจำนวนบุคลากรที่มีน้อยกว่าอัตราค่าจ้างที่กฎหมายกำหนดไว้ จึงเสนอแนะให้มีการปรับปรุงแก้ไขโดยการเพิ่ม

จำนวนบุคลากรให้เป็นไปตามระเบียบกฎหมายกำหนด

1.2 ด้านบุคลากร ผู้วิจัยค้นพบว่า บุคลากรของ สสพท. และเครือข่ายความปลอดภัย มีความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัย และได้ปฏิบัติงานตามภารกิจตามที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุผลสำเร็จตามแผนงาน ภายใต้ข้อจำกัดในด้านบุคลากรและงบประมาณ สอดคล้องกับ⁴ ได้กล่าวถึงการวัดประสิทธิภาพว่ามี 3 แง่มุม คือ (1) ประสิทธิภาพในแง่ของมูลค่าใช้จ่าย หรือต้นทุนการผลิต (Input) เช่น การใช้ทรัพยากร ทั้งเงิน คน วัสดุ เทคโนโลยีที่มีอยู่อย่างประหยัด คัดค้านและเกิดการสูญเสียที่น้อยที่สุด (2) ประสิทธิภาพในแง่ของกระบวนการบริหาร (Process) เช่น การทำงานที่ถูกต้องได้มาตรฐานรวดเร็วและใช้เทคนิคที่สะดวกสบายกว่าเดิม (3) ประสิทธิภาพในแง่ของผลลัพธ์ เช่น การทำงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อสังคม เกิดผลกำไรทันเวลา และผู้ปฏิบัติงานต้องมีความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัย และให้ความสำคัญในกิจกรรมความปลอดภัยขององค์การ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพท. จึงถือได้ว่ามีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่ตระหนักและให้ความสำคัญในกิจกรรมความปลอดภัยขององค์การ และมีความเชื่อว่าเรื่องความปลอดภัยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความปลอดภัย จัตุรัสความปลอดภัย (Safety Square) เป็นแผนภูมิ พบว่าจัตุรัสความปลอดภัยน่าจะใช้เป็นเป้าหมายในการปฏิบัติของทุกฝ่ายเพื่อบรรลุเป้าหมาย

เมื่อพิจารณาปัญหาที่พบในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพท. ด้านบุคลากร พบว่า อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ ส่งผลให้การขับเคลื่อนกิจกรรมก็มีความล่าช้า รวมถึงบุคลากรของเครือข่ายความปลอดภัย

มีภาระงานประจำ จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพ. ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ³ ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพในการดำเนินงานระบบแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองควาย จังหวัดเชียงใหม่พบว่า อุปสรรคในการรักษาพยาบาล ได้แก่ องค์ประกอบด้านบุคลากร

2. ประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพ. ด้านปัจจัยกระบวนการประกอบด้วย การประชุมเครือข่าย และการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์เป็น 2 ประเด็น ด้านการประชุมเครือข่าย และด้านกิจกรรมความปลอดภัย

2.1 การประชุมเครือข่าย

ผู้วิจัยค้นพบว่า การประชุมเครือข่ายและการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากพบปัญหาด้านการนัดหมายและการประชาสัมพันธ์ ซึ่งในการนัดหมายนั้น เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมมีหลากหลายฝ่ายจากหลายหน่วยงาน ทำให้การนัดหมายค่อนข้างยาก การเตรียมข้อมูลในที่ประชุมไม่ครบถ้วน และผู้ที่เชิญให้มาเข้าร่วมประชุมไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมประชุมได้ เนื่องจากได้รับการประสานการติดต่อที่ล่าช้า บางส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องงบประมาณการเดินทางเนื่องจากหน่วยงานไม่มีงบประมาณในการสนับสนุนการเข้าร่วมประชุม รวมทั้งปัญหาการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงและล่าช้าทำให้การนัดหมายประชุมผิดพลาดและคลาดเคลื่อน สอดคล้องกับ⁵ ได้ให้ความหมายของประสิทธิภาพไว้ว่า หมายถึง การที่องค์การมีความสามารถที่จะบรรลุผลได้ตรงตามเป้าหมาย และทันเวลาที่กำหนด ทำให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพและถูกต้อง มีวิธีการทำงานหรือนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมเข้ามาช่วยเพิ่มผลงานและลดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โดยใช้ทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า และสามารถสร้างความพึง

พอใจแก่ทุกฝ่ายได้ ควรพิจารณาหาแนวทางที่เหมาะสมที่จะทำให้การดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยไม่เป็นการหนักสำหรับผู้ที่จะมาเข้าร่วมประชุม หรืออาจใช้วิธีการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต้นสังกัดหรือภาคีเครือข่ายความปลอดภัย เข้ามามีส่วนช่วยให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการอันจะส่งผลเกิดประโยชน์สูงสุด

2.2 ด้านกิจกรรมความปลอดภัย

ผู้วิจัยค้นพบว่า มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยมีความสนใจและเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ความร่วมมือในทุกกิจกรรมความปลอดภัย ด้วยเหตุผลที่ว่าเป็นกิจกรรมที่ดี ช่วยส่งเสริมสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน และสามารถนำเอาความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ของ⁶ ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมนั้นมีความเกี่ยวข้องทางจิตใจของบุคคลที่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรม และให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า หมายถึง การเกี่ยวข้องทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุผลเร้าใจทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น และยังสอดคล้องกับ⁷ กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ทั้งนี้ในการที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมต้องคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสนใจเข้าร่วม กิจกรรม เพราะกลุ่มคนในชุมชนมีความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางเศรษฐกิจ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

3. ประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของ สสพท. ด้านปัจจัยผลลัพธ์ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ

ผู้วิจัยวิเคราะห์เป็น 2 ประเด็น ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความพึงพอใจ

3.1. ด้านการมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยค้นพบว่ามีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรมีความร่วมมือ มีส่วนร่วมทั้งในการประชุมเครือข่ายและการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย ในการประชุมเครือข่ายนั้น มีการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ มีการซักถามทุกประเด็น ในฐานะผู้เข้าร่วมประชุม และนำเสนอแนะที่ได้มาดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยให้บรรลุวัตถุประสงค์ อันมาจากการมีส่วนร่วมและตัดสินใจเป็นมติที่เห็นชอบตรงกันในการประชุม และในส่วนของกิจกรรมความปลอดภัย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับทุกกิจกรรมความปลอดภัย เพื่อต้องการข้อมูลที่ใหม่ไปปรับในสถานประกอบกิจการที่ตนทำงานอยู่ และนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ⁸ ที่ทำการศึกษากิจกรรมมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน หมู่บ้านทุ่งกว้าง ตำบลทับไทร อำเภอบึงนาราง จังหวัดนันทบุรี โดยด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ⁶ ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า หมายถึง การเกี่ยวข้องทางจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุผลเร้าใจให้กระทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายของ กลุ่มนั้นโดยให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย รวมไปถึงแนวคิดของ⁹ ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

3.2 ด้านความพึงพอใจ

ผู้วิจัยค้นพบว่า บุคลากรของ สสพท. และเครือข่ายความปลอดภัย มีความพึงพอใจ ทั้งในด้านการประชุมเครือข่ายและกิจกรรมความปลอดภัย รวมไปถึงความต้องการให้มีการประชุมเครือข่าย เพื่อสร้างความสนิทสนมของเครือข่าย แต่ละพื้นที่ให้ทำงานร่วมกันมากยิ่งขึ้น และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนรับฟังปัญหาจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ที่ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยโดยแท้จริง ติดตาม ทบทวน แลกเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยและช่วยกันป้องกันแก้ไขข้อบกพร่อง รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมดำเนินไปในทิศทางที่ดี ความพึงพอใจในทุกๆ ด้านของการประชุม ถ้าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจก็เป็นผลดีเพราะการประชุมต้องอาศัยแรงขับเคลื่อนจากผู้เข้าร่วมประชุมในการเป็นกระบอกเสียงและเป็นตัวแทนองค์การในการประชาสัมพันธ์การดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจของ¹⁰ ที่กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจ คือ สภาพจิตที่ปราศจากความเครียด โดยธรรมชาติ ของมนุษย์ที่มีความต้องการ เมื่อมีการตอบสนองความต้องการทั้งหมด หรือบางส่วนจะทำให้ความเครียดลดลงแล้วทำให้เกิดความพึงพอใจขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ ความเครียดและความไม่พอใจจะเกิดขึ้น ส่วนกิจกรรมความปลอดภัยผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย มีความพึงพอใจและให้ความสนใจในทุกกิจกรรม มีการเสนอแนะความคิดเห็นว่าควรเพิ่มกิจกรรมการปฐมพยาบาลเมื่อเกิดอุบัติเหตุไฟช็อตในครั้งต่อไป เพื่อให้มีความหลากหลายและตอบโจทย์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมาก สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของ^{11,12,13} ว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของตนเองหลังจากการใช้บริการนั้นๆ เป็นความรู้สึกในทางบวก ความชอบ ความสุข ความพอใจ ความยินดี รวมถึงความรู้สึกที่ดีอันเกิดจากได้รับโดยสิ่งนั้นสามารถตอบสนอง

ในสิ่งที่ต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจบุคคล ซึ่งความพึงพอใจที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงตามค่านิยมและประสบการณ์ของตัวบุคคลมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังมีความพึงพอใจในภาพรวมกิจกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก เนื่องจากเห็นว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดีและอยากให้มีการจัดกิจกรรมความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในทุกปี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยเล็งเห็นถึงความตั้งใจ ทุมเท ที่จะช่วยผลักดันงานด้านความปลอดภัยให้มีความมั่นคง มั่นคั่ง ยั่งยืน และต้องการให้เพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 นโยบายของรัฐบาล ควรสนับสนุนให้ สสพท. เรื่องการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และส่วนที่เกี่ยวข้องให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ และทำให้การดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยเข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึง

1.2 นโยบายของ สสพท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดให้งานความปลอดภัยเป็นภารกิจที่สถานประกอบกิจการทุกแห่งต้องดำเนินการ เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มแรงงาน เพราะเมื่อผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง โอกาสที่จะประสบอันตรายก็ย่อมลดลง

2. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

2.1 จำนวนบุคลากรที่มีน้อยกว่า อัตรากำลังที่ สสพท. กำหนดไว้ ซึ่งจะทำให้การดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยรวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดความล่าช้าเนื่องจากแบกรับภารกิจที่หนักเกินไป จึงเสนอแนะให้ เพิ่มอัตรากำลัง หรือ

ปรับเปลี่ยนอัตรากำลังให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ยืดหยุ่นในแผนอัตรากำลัง และส่งเสริมให้บุคลากรให้มีความรู้ความสามารถทดแทนกันได้

2.2 การเดินทางมาประชุมเครือข่าย จึงเสนอแนะให้ สสพท. พิจารณาหาแนวทางที่เหมาะสมที่จะทำให้การดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยไม่เป็นภาระหนักสำหรับผู้ที่จะมาเข้าร่วมประชุม หรืออาจใช้วิธีการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต้นสังกัดหรือภาคีเครือข่ายความปลอดภัย เข้ามามีส่วนช่วยให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการอันจะส่งผลเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัย

2.3 นโยบายด้านการมีส่วนร่วมในการประชุมเครือข่าย กระตุ้นให้เครือข่ายความปลอดภัยมีส่วนร่วม ตั้งแต่วางแผนการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนการเผยแพร่กิจกรรมข่าวสารด้านความปลอดภัย ตลอดจนการติดตามผลการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยแท้จริง เพราะเครือข่ายความปลอดภัยในพื้นที่จะรู้ความต้องการและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีกว่า

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาความคุ้มค่าของการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของของ สสพท.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พันตำรวจโทหญิง ดร.กรรณิกา กุกุดเรือ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะอาจารย์คณะตำรวจศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจทุกท่าน ตลอดจนคณะผู้บริหาร ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ของสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดสงขลา ศูนย์ความปลอดภัยในการทำงานเขต 9 และชมรมเจ้าหน้าที่

ความปลอดภัยในการทำงานภาคใต้ตอนบน ภาคใต้ตอนล่าง นอกจากนี้ขอขอบคุณเจ้าของผลงาน ตำรา และเอกสารทางวิชาการทุกท่านที่ผู้วิจัยได้นำมาศึกษาก่อให้เกิดแนวคิดอันมีคุณค่าต่องานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน: รายงานประจำปี; 2559.
2. Herbert A. S. The New Science of Management Decision. California: Harper; 1960.
3. วิฑิตศักดิ์ กัญจนกษิตติส. การประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองควาย จังหวัดเชียงใหม่. ค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
4. วรธชา ตั้งวรลักษ์ณ์. การศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงานด้วยโปรแกรมระบบบริหารทรัพยากรองค์กร. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553.
5. นัฐนันท์ บุญทศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารทรัพยากรองค์กรกับประสิทธิภาพการดำเนินงานของเทศบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการเชิงกลยุทธ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.
6. Keith, D. D. Human behavior at work- human relations and organization behavior. New Planner. 1992. (35). p. 216 – 1224.
7. สุธี วรประดิษฐ์. [ออนไลน์]. การมีส่วนร่วมของชุมชน. (อินเทอร์เน็ต) (เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2561). เข้าถึงได้จาก : http://www.trat.nfe.go.th/trat/topic5_old.php?page=5. 2553.
8. วิชญ หยกจินดา. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน หมู่บ้านทุ่งกร่าง ตำบลทับไทร อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
9. Reeder, W. W. Some aspect of the informal social participation of families. New York: Cornell University; 1974.
10. Morse, N.C. Satisfaction in the White Collar Job. Ann Arbor: University of Michigan; 1958.
11. วุฒิพงษ์ กุลวงษ์. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท ดี เอช เอ สยามเวลา จำกัด. ค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา; 2552.
12. ภูมินทร์ สุมาลัย. การศึกษาผลความพึงพอใจการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ทางคณิตศาสตร์ของนักศึกษา ชั้นปีที่ 2 สาขาคณิตศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาคณิตศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง; 2557.
13. วาสนา ศิริสาร. ปัจจัยจูงใจและความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการหารายได้ระหว่างเรียนของนักศึกษาสถาบันการอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงราย. ค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2557.

Received: 28 Oct 2018, Revised: 23 Feb 2019,

Accepted: 1 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

นวรรตน์ เมามิจันทร์^{1,*} ปุณณพัตน์ ไชยเมส² สมเกียรติยศ วรเดช²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บข้อมูลในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 630 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 2 ใน 3 เคยมีหรือกำลังบริโภคอาหารเสริม (ร้อยละ 42.54) บริโภคอาหารเสริมประเภทวิตามินและเกลือแร่เป็นประจำ (ร้อยละ 20.63) บริโภคอาหารเสริมเพื่อใช้บำรุงร่างกาย (ร้อยละ 34.13) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 26.19) และเชื่อว่ารักษาโรคเบาหวานได้ (ร้อยละ 20.79) ตามลำดับ บุคคลที่เป็นแรงจูงใจในการบริโภค คือ ลูก หลาน (ร้อยละ 16.03) และกลุ่มผู้ป่วย (ร้อยละ 14.44) นอกจากนี้ ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 เลือกซื้ออาหารเสริมจากร้านขายยา (ร้อยละ 17.62) มีระยะเวลาในการบริโภคเฉลี่ยเท่ากับ 14.03 (SD = 27.41) เดือน และผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 รับประทานยาเบาหวานร่วมกับบริโภคอาหารเสริมวันละ 1 – 2 ครั้ง (ร้อยละ 29.37) และผู้ที่เคยหรือกำลังบริโภคอาหารเสริมไม่ได้เคยปรึกษาใครหรือตัดสินใจเองในการบริโภค (ร้อยละ 27.94) จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในการดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹นิสิตหลักสูตร วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

²อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

*Corresponding author: ounnavarat@hotmail.co.th

*Original Article***Consumption Behavior of Dietary Supplements in Diabetic Patients Type 2****Navarat Maomeegan^{1*}, Bhunyabhadh Chaimay², Somkiattiyos Woradet²****Abstract**

The purposive of this descriptive study was to investigate the consumption behavior of dietary supplement in diabetes patients type 2 in Phunpin District, Surat Thani Province. The data was collected in September, 2018. Of these, 630 samples were diabetes patients who were registered in chronic registry. The data was gathered by questionnaire and was analyzed by descriptive statistics. Results revealed that two-thirds of diabetic patients had ever or had been consuming dietary supplement (42.54%). They regularly consumed dietary supplement as mineral and vitamin (20.63%). The reason of consumption dietary supplement was health (34.13%), blood sugar control (26.19%), and diabetic control belief (20.79%), respectively. The reference people of consumption dietary supplement was their children (16.30%) and diabetic patients (14.44%). In addition, two-thirds of diabetic patients selected dietary supplements from pharmacy shops (17.62%). The average of dietary supplementary consumption was 14.03 (SD = 27.41) months. As well, one-thirds of diabetic patients took diabetic medicines with dietary supplement 1 – 2 times a day (29.37%). They had never consult to anyone or had self-decision on dietary supplement consumption (27.94%). Results suggested that diabetic patients should be cared and promoted their behavior in selection of dietary supplement consumption in health care and blood sugar control in order to decrease complication and uncontrollable blood sugar.

Keyword: Consumption behavior, dietary supplement, diabetic patients, diabetes type 2

¹Student in M.Sc. (Health System Management), Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

²Lecturer, department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

*Corresponding author: oumnavarat@hotmail.co.th

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีความสะดวกสบายขึ้น¹ อย่างไรก็ตามจากความสำเร็จก้าวหน้าดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะปัญหาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non – communicable diseases: NCDs)² โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus : DM) เป็นโรคที่กำลังเป็นปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและทุพพลภาพส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ นอกจากนี้โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตลอดชีวิตและส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปโดยสิ้นเชิง⁴

จากอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มสูงขึ้น⁶ และพบว่าประชาชนประมาณ 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน⁷ ในปี พ.ศ. 2558 ทวีปเอเชียมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 70 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคนต่อปี⁸ สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มของความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 14.93 และอัตรา

ตายเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 17.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2550 เท่ากับ 583.29 และเพิ่มขึ้นเป็น 896.02 ต่อแสนประชากร⁹ ในส่วนของเครือข่ายบริการสุขภาพท่าโรงช้าง อำเภอท่าโรงช้างปิงบประมาณ 2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานแบ่งเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว (ร้อยละ 16.42) และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 72.16)¹⁰ มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 77)¹⁰ ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจและระบบประสาทส่วนปลาย^{11,12} การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หรือการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้อง

ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือเสริมอาหาร (Dietary supplements product) จัดเป็นอาหารประเภทหนึ่งตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถรับประทานได้โดยตรงนอกเหนือจากการรับประทานอาหารหลักตามปกติเพื่อเสริมสารบางอย่าง มักอยู่ในรูปลักษณะเป็นเม็ด แคปซูล ผง ของเหลวหรือในลักษณะอื่น สำหรับบุคคลทั่วไปการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมีจุดมุ่งหมายเพื่อการมีสุขภาพดี หรือเพื่อเสริมสร้างกลไกการทำงานของร่างกาย¹³ ซึ่งผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือเสริมอาหารที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือเสริมอาหารอย่างอื่นหรือชนิดอื่นที่รับประทานนอกจากยารักษาโรคเบาหวานตามแพทย์สั่ง เพื่อเป็นการแสวงหาการรักษาให้หายขาดจากโรคเบาหวานหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมากระแสการดูแลสุขภาพด้วยผลิตภัณฑ์อาหารเสริมได้รับความสนใจจากผู้ป่วย

ด้วยโรคเรื้อรังเป็นอย่างมาก¹⁴ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหันมาเลือกรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยหวาน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และเพื่อลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต่อไป

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลท่าโรงช้าง ประจำปีงบประมาณ 2559 คือตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 630 คน คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยการประมาณค่าสัดส่วนในกรณีทราบประชากร โดยกำหนดให้จำนวนประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (N) เท่ากับ 1,742 คน ค่าพื้นที่ใต้โค้งปกติ ($Z_{\alpha/2}$) เท่ากับ 1.96 สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากการสำรวจเบื้องต้น (P) เท่ากับ 0.62 และค่าความคลาดเคลื่อนของการศึกษา (e) เท่ากับ 0.05 และค่าผลกระทบของกลุ่ม (Design effect) เท่ากับ 2 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 568 คนต่อกลุ่ม และเพื่อลดการ

สูญเสียของแบบสอบถามและอัตราการตอบกลับ ไม่ครบจำนวนจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 จำนวนทั้งสิ้น 615 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตามสัดส่วนประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลท่าโรงช้าง จำนวน 9 แห่งโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาโดยผู้วิจัย แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 8 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ (Multiple choices) และแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Item-objective congruence index: IOC) ระหว่าง 0.66 ถึง 1.00

การศึกษานี้มีอัตราการตอบกลับและความถูกต้องของแบบสอบถามเท่ากับร้อยละ 100 ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายคุณลักษณะทางประชากร และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ (เลขที่ COA. No. TSU 2018-025) นอกจากนี้ การศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจภายหลังการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สามารถยุติการตอบ

แบบสอบถามได้ตลอดเวลา และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและไม่แบ่งชี้ถึงถึงตัวผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษา

จากคุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.06) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ประมาณ 2 ใน 3 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 ขึ้นไป (ร้อยละ 66.35) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.99 (SD = 5.81) กก./มม.² มีอายุเฉลี่ย 66.44 (SD = 10.89) ปี ประมาณ 2 ใน 3 มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 66.19) ประมาณ 2 ใน 3 ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม (ร้อยละ 58.89) และประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.64) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,750 บาท มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 8.89 (SD = 5.44) ปี มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C เฉลี่ยเท่ากับ 7.46 (SD = 2.03) mg/dL. ค่าระดับน้ำตาลระดับ FBS เฉลี่ย 122.86 (SD = 31.04) mg/dL. ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกินกว่าครึ่งมีโรคร่วม (ร้อยละ 57.30) จำแนกเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.11) โรคไขมันในหลอดเลือด (ร้อยละ 27.62) และโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (ร้อยละ 7.14) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร (n = 630)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	176	27.94
หญิง	454	72.06
ศาสนา		
พุทธ	630	100
ดัชนีมวลกาย (BMI) กก./มม. ²		
ผอม (>18.5)	45	7.14
ปกติ (18.5 – 22.99)	167	26.51
เกินเกณฑ์ (23 ขึ้นไป)	418	66.35
Mean ± SD (Min : Max)	25.99 ± 5.81 (14.37 : 58.35)	
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 60 ปี	148	23.49
ตั้งแต่ 60 – 69 ปี	237	37.62
70 ปีขึ้นไป	245	38.89
Mean ± SD (Min : Max)	66.44 ± 10.89 (36 : 90)	
สถานภาพ		
โสด	36	5.71
คู่	417	66.19
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	177	28.10

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม	371	58.89
ค้าขาย	102	16.19
รับจ้าง	15	2.38
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	142	22.54
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	202	32.06
ประถมศึกษา	319	50.64
มัธยมศึกษาขึ้นไป	109	17.30
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
รายได้ไม่เพียงพอ	212	33.65
รายได้เพียงพอ	270	42.86
รายได้เพียงพอและมีเก็บ	148	23.49
Median (Min : Max)	4750 (600 : 50000)	
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ปี)		
ต่ำกว่า 5 ปี	143	22.70
ระหว่าง 6 – 10 ปี	331	52.54
มากกว่า 10 ปี	156	24.76
Mean $\pm$ SD (Min : Max)	8.89 $\pm$ 5.44 (1 : 29)	
ระดับ HbA1C ปัจจุบัน (mg/dl)		
Mean $\pm$ SD (Min : Max)	7.46 $\pm$ 2.03 (3.80 : 15.80)	
ระดับ FBS ปัจจุบัน (mg/dl)		
Mean $\pm$ SD (Min : Max)	122.86 $\pm$ 31.04 (69 : 264)	
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	269	42.70
มีโรคร่วม	361	57.30
โรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	308	48.89
มี	322	51.11
โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ		
ไม่มี	585	92.86
มี	45	7.14
โรคไขมันในหลอดเลือด		
ไม่มี	456	72.38
มี	174	27.62

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 2 ใน 3 มีประวัติการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (ร้อยละ 42.54) โดยที่เคยบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และปัจจุบันได้เลิกบริโภคแล้ว (ร้อยละ 29.68) และปัจจุบันกำลังบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (ร้อยละ 12.86) ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่บริโภคเป็นประจำ ได้แก่ วิตามิน เกลือแร่ (ร้อยละ 20.63) สมุนไพรสด (ร้อยละ 12.22) น้ำหมัก ยาต้ม (ร้อยละ 2.06) และยาจีน (ร้อยละ 2.06) เหตุผลในการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม มากสุดคือใช้บำรุงร่างกาย (ร้อยละ 34.13) รองลงมา คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 26.19) และเชื่อว่ารักษาโรคเบาหวานให้หายได้ (ร้อยละ 20.79)

โดยที่มีแรงจูงใจในการบริโภคอาหารเสริม จากลูก หลาน (ร้อยละ 16.03) กลุ่มผู้ป่วย (ร้อยละ 14.44) และญาติ เพื่อน (ร้อยละ 12.86) แหล่งเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ ร้านขายยา (ร้อยละ 17.62) ปลุกเอง เช่น สมุนไพร (ร้อยละ 12.86) และร้านค้า ร้านชำ ร้านสะดวกซื้อ (ร้อยละ 12.54) ระยะเวลาในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเฉลี่ย 14.03 (SD = 27.41) เดือนหรือประมาณ 1 ปี โดยที่มีลักษณะการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม คือ รับประทานยาเบาหวานขนาดปกติร่วมกับการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมวันละ 1 – 2 ครั้ง (ร้อยละ 29.37) และรับประทานยาเบาหวานพร้อมกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมทุกมื้อ (ร้อยละ 13.17) ซึ่งผู้ป่วยตัดสินใจเอง ไม่ได้ปรึกษาใครในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (ร้อยละ 27.94) และปรึกษาผู้ป่วยที่เคยหรือกำลังบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมอยู่ (ร้อยละ 12.06) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 630)

พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม		
ไม่เคยกินผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	362	57.46
เคยกินผลิตภัณฑ์อาหารเสริมและปัจจุบันหยุดกินแล้ว	187	29.68
ปัจจุบันกำลังกินผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	81	12.86
ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่บริโภคเป็นประจำ		
วิตามิน เกลือแร่		
ไม่ใช่	500	79.37
ใช่	130	20.63
สมุนไพรสด		
ไม่ใช่	553	87.78
ใช่	77	12.22
น้ำหมัก ยาต้ม		
ไม่ใช่	566	97.94
ใช่	13	2.06

พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ (ยาจีน)		
ไม่ใช่	617	97.94
ใช่	13	2.06
การตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม		
เชื่อว่ารักษาโรคเบาหวานให้หายได้		
ไม่ใช่	499	79.21
ใช่	131	20.79
ใช้บำรุงร่างกาย		
ไม่ใช่	415	65.87
ใช่	215	34.13
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด		
ไม่ใช่	465	73.81
ใช่	165	26.19
อื่นๆ		
ไม่ใช่	617	97.94
ใช่	13	2.06
แรงจูงใจที่ทำให้บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม		
โฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต		
ไม่ใช่	617	97.94
ใช่	13	2.06
ญาติ เพื่อน		
ไม่ใช่	549	87.14
ใช่	81	12.86
ตัวแทนขายตรง		
ไม่ใช่	570	90.48
ใช่	60	9.52
ลูก หลาน		
ไม่ใช่	529	83.97
ใช่	101	16.03
กลุ่มผู้ป่วย		
ไม่ใช่	539	85.59
ใช่	91	14.44
อื่นๆ		
ไม่ใช่	620	98.41
ใช่	10	1.59

พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม		
ร้านค้า ร้านชำ ร้านสะดวกซื้อ		
ไม่ใช่	551	87.46
ใช่	79	12.54
ร้านขายยา		
ไม่ใช่	519	82.38
ใช่	111	17.62
คลินิก โรงพยาบาล		
ไม่ใช่	630	100
ใช่	0	0
ตัวแทนขายตรง		
ไม่ใช่	576	91.43
ใช่	54	8.57
สั่งซื้อจากอินเทอร์เน็ต		
ไม่ใช่	608	96.51
ใช่	22	3.49
อื่นๆ		
ไม่ใช่	549	87.14
ใช่	81	12.86
ระยะเวลาการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (เดือน)		
ต่ำกว่า 12 เดือน	127	20.16
ระหว่าง 13 – 60 เดือน	97	15.40
มากกว่า 61 เดือน	44	6.98
ไม่ได้บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	362	57.46
ลักษณะการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม		
ไม่บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	362	57.46
รับประทานยาเบาหวานพร้อมกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	83	13.17
ทุกมื้อ		
รับประทานยาเบาหวานขนาดปกติแต่บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมวันละ 1 – 2 ครั้ง	185	29.37
การได้รับคำปรึกษาในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม		
ไม่ได้ปรึกษาใคร ตัดสินใจเอง		
ไม่ใช่	454	72.06
ใช่	176	27.94

พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์ เภสัชกร พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์		
ไม่ใช่	600	95.24
ใช่	30	4.76
ปรึกษาผู้ป่วยที่เคยหรือกำลังบริโภค		
ไม่ใช่	554	87.94
ใช่	76	12.06
ปรึกษาตัวแทนขายตรง		
ไม่ใช่	620	98.41
ใช่	10	1.59
ปรึกษาญาติ พี่น้อง		
ไม่ใช่	570	90.48
ใช่	60	9.52
ปรึกษาเพื่อน		
ไม่ใช่	601	95.40
ใช่	29	4.60

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

โดยสรุป พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพนมพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าประมาณ 2 ใน 3 มีประวัติการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (ร้อยละ 42.54) เคยบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมและปัจจุบันได้เลิกบริโภคแล้ว (ร้อยละ 29.68) และปัจจุบันกำลังบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (ร้อยละ 12.86) ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่บริโภคเป็นประจำ ได้แก่ วิตามิน เกลือแร่ (ร้อยละ 20.63) เหตุผลในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมคือใช้บำรุงร่างกาย (ร้อยละ 34.13) มีแรงจูงใจในการบริโภคจากลูก หลาน (ร้อยละ 16.03) เลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากร้านขายยา (ร้อยละ 17.62) ระยะเวลาในการบริโภคเฉลี่ย 14.03 (SD = 27.41) เดือน รับประทานยาเบาหวานร่วมกับบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมวัน 1 – 2 ครั้ง (ร้อยละ 29.37) ซึ่งผู้ป่วยตัดสินใจเอง ไม่ได้ปรึกษาใคร

ในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (ร้อยละ 27.94)

ในส่วนของผู้บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 2 ใน 3 มีประวัติการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (ร้อยละ 42.54) เคยบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมและปัจจุบันได้เลิกบริโภคแล้ว (ร้อยละ 29.68) และปัจจุบันกำลังบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (ร้อยละ 12.86) ทั้งนี้เนื่องจากกระแสในการดูแลสุขภาพได้รับความนิยมมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพหรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสนใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพิ่มมากขึ้น¹⁴ ประกอบกับการเติบโตทางการตลาดของผลิตภัณฑ์อาหารที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และความหลากหลายของผลิตภัณฑ์อาหารเสริม จึงทำให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหารเสริมได้ง่ายขึ้น¹⁵ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ผ่านภูวงษ์ และกรแก้ว จันทภาษา¹⁶ ที่ศึกษา

พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลตำบลวาริชภูมิ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 28.46) เคยและกำลังบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

สำหรับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานบริโภคเป็นประจำ พบว่า ผู้ป่วยนิยมบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมประเภท วิตามินเกลือแร่ (ร้อยละ 20.63) สมุนไพรสด (ร้อยละ 12.22) น้ำหมัก ยาต้ม (ร้อยละ 2.06) และยาจีน (ร้อยละ 2.06) เนื่องจากผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพในปัจจุบันมีหลากหลายประเภทเพื่อให้ผู้บริโภคสามารถเลือกบริโภคและสามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการ และตรงกับปัญหาสุขภาพของตนเองมากที่สุด โดยเฉพาะประเภทวิตามิน เกลือแร่ ที่หาซื้อง่ายและมีจำนวนมากขายในท้องตลาด¹⁵ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 42.86) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 10,274.44 (SD = 13,810.08) บาท ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานดังกล่าวมีกำลังทรัพย์ในการหาซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมาบริโภคเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร ทิมาบุตร¹⁷ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (ร้อยละ 63.30) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี¹⁸ ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณครึ่งหนึ่งรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน (ร้อยละ 58.79)

สำหรับเหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมี

เหตุผลในการตัดสินใจเลือกซื้อ คือ บำรุงร่างกาย (ร้อยละ 34.13) รองลงมาคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 26.19) และรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดได้ (ร้อยละ 20.79) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.06) มีอายุเฉลี่ย 66.44 (SD = 10.86) ปี และประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.64) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมาบริโภคด้วยตนเองผู้สูงอายุเพศหญิงสามารถดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวยังจะมีการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น¹⁴ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ผ่านภูวงษ์ และกรแก้ว จันทภาษา¹⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสำหรับบำรุงร่างกาย (ร้อยละ 53.85) คาดหวังต่อการรักษาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 25.00) และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 21.15)

สำหรับแรงจูงใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแรงจูงใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมาจากลูก หลาน (ร้อยละ 16.03) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในสังคมชนบทที่มีผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน¹⁹ ซึ่งบุตรหลานให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างจากการศึกษาของ สมใจ ผ่านภูวงษ์ และกรแก้ว จันทภาษา¹⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 1 ใน 3 ซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากตัวแทนขายตรง (ร้อยละ 48.65)

สำหรับแหล่งเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานนิยมเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากร้านขายยา (ร้อยละ 17.62) จากผลการศึกษา

ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีรายได้ อยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 42.86) ซึ่งสามารถ เข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในดูแลสุขภาพตนเอง ได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่าง จากการศึกษาของสมใจ ผ่านภูวงษ์ และกรแก้ว จันทภาษา¹⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานซื้อ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากตัวแทนขายตรง (ร้อยละ 54.05)

เมื่อพิจารณาระยะเวลาการบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเฉลี่ย 14.03 (SD = 27.41) เดือนหรือประมาณ 1 ปี ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาของการป่วยด้วย โรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 8.89 (SD = 2.03) ปี ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระยะเวลาการ ป่วยที่ยาวนานทำให้มีความต้องการในการรักษา หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติได้⁷ ซึ่งการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของกฤษฎา กังหลี²⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระ มงกุฎเกล้า พบว่า ระยะเวลาการเป็น โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาการเป็น โรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1C \geq 7$) มากกว่าผู้เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี 3.06 เท่า (OR = 3.06, 95% CI = 0.19 - 5.64)

ในส่วนลักษณะการบริโภคผลิตภัณฑ์ อาหารเสริมพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการ รับประทานยาเบาหวานร่วมกับการบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมวันละ 1 – 2 ครั้ง (ร้อยละ 29.37)

ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และ ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกินกว่าครึ่งมีโรคร่วม (ร้อยละ 57.30) เช่น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.11) โรคไขมันในหลอดเลือด (ร้อยละ 27.62) และโรค หลอดเลือดสมองและหัวใจ (ร้อยละ 7.14) เป็น ต้นการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ผ่านภูวงษ์ และกรแก้ว จันทภาษา¹⁶ ที่ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่รับประทาน ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมวันละ 1 – 2 ครั้ง ควบคู่กับ การรับประทานยาที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 91.89)

การได้รับ คำปรึกษาในการบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตัดสินใจเอง ไม่ได้ปรึกษาใครในการบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (27.94%)ซึ่งพบว่าผู้ป่วย เกินกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.64) โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจ ในการเลือกปฏิบัติ หรือการแสวงหาแนวทางการรักษาอย่างอื่น ร่วมกับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา กังหลี²⁰ ที่ พบว่า ระดับการศึกษาที่ดีจะส่งเสริมความรู้ที่ ถูกต้องสู่การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของ ตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม

ดังนั้นจากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้ป่วย โรคเบาหวานควรได้รับการดูแลและส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการเลือกซื้อ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในการดูแลสุขภาพและการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนและการไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. รักษ์เกียรติจิรินทร์, ณรงค์ศักดิ์สิงห์ไพบุลย์พร, ภัทราภรณ์เงาตุลยวัต, ศิวพรมงคลสุข และศรีวิมล มหัทธโนบล. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในเขตอำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา. วารสารสงขลานครินทร์ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2550; 13 (2): 219-232.
2. ทักษพล ธรรมรังสี, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, สุลัดดา พงษ์อุทธา, อรรถยา ลิ้มวัฒนาที่ยัง, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, สิรินทร์ยา พูลเกิดและอรทัย วลีวงศ์. ข้อจำกัดและโอกาสในการจัดการกับวิกฤติโรคเรื้อรังในประเทศไทยด้วยมาตรการระดับประชากรตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก. วารสารวิจัยและระบบสาธารณสุข. 2554; 5 (4): 400-438.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. เข้าใจเบาหวาน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2560. แหล่งข้อมูล http://www.dmthai.org/news_and_knowledge/list/150.
4. ชัชลิต รัตตสาร. การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย. Novo Nordisk Pharma Thailand; 2557.
5. วิลาวรรณ ไชยปัญญา, ปิยะพร ทองเนื่อนวล และอรพินธ์ เขียวชุม. โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประจำปี 2559. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2560, จาก k4ds.psu.ac.th/dhssouth/download/.../4_PAR3_รพ.สิงหนคร_ประเด็นโรคเบาหวาน.pdf.
6. นุชรี อาบสุวรรณและนิตยา พันธุเวทย์. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลก 2558. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2559; จาก www.thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันเบาหวานโลก2558.doc.
7. นุชรี อาบสุวรรณและนิตยา พันธุเวทย์. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลก 2559. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2559; จาก www.thaincd.com/.
8. International Diabetes Federation :IDF . [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2559; จาก <https://www.idf.org/>.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2559; จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/.
10. PDC ระบบข้อมูลสารสนเทศระดับจังหวัด. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 14 ตุลาคม 2559; จาก <http://122.154.46.179/pdc/>.
11. จีราพร สอดส่องกฤษ. การสกัดหาตำแหน่งของหลอดเลือดเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการวินิจฉัยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วารสารร่วมพฤษ์ มหาวิทยาลัยเกริก 2557; 32(2): 25-42.
12. จีราพร เดชมา, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, วิชุดา กิจธรรม. การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2556; 27(2): 65-80.
13. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2559. จาก <http://webnotes.fda.moph.go.th/consumer/>.

14. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิ์สิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กุลวิณ ศิริรัตน์มงคล, ปาณฉัตร ทิพย์สุข และสาสินี เทพสุวรรณ. สุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
15. Euromonitor International. Vitamins and Dietary Supplements in Thailand. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2561; จาก <https://www.euromonitor.com/dietary-supplements-in-thailand/report>.
16. สมใจ ผ่านภูวษ์ และกรแก้ว จันทภาษา. พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลตำบลวาริชภูมิ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ ครั้งที่ 5. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2556; 5: 155-159.
17. ศิริพร ทิมาบุตร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ; 2560.
18. ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย โรงพยาบาลองค์กรักษ์จังหวัดนครนายก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2558; 26(1): 35-47.
19. ศรินทร์ เกรย์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า. มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
20. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(3): 256-268.

Received: 23 Oct 2018, Revised: 14 Jan 2019,

Accepted: 1 Feb 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความคิดเห็นของนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตที่มีต่อการให้บริการการศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เทพพร ดงเรืองศรี^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีต่อการให้บริการการศึกษาของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตระดับปริญญาตรี โดยใช้สูตรของ Yamane และสุ่มอย่างง่าย จำนวน 234 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ผลการวิจัยพบว่า 1. นิสิตมีความพึงพอใจต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.57$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการบริหารดำเนินงาน ($\bar{x} = 3.59$) รองลงมาคือด้านการดำเนินการ ($\bar{x} = 3.58$) และด้านเทคโนโลยี ($\bar{x} = 3.57$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านลักษณะการ ให้บริการ ($\bar{x} = 3.57$) 2. ปัจจัยเกี่ยวกับการบริการได้แก่ บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ ($r_1 = 0.242$) ระบบ การบริการ ($r_2 = 0.139$) สภาพแวดล้อม ($r_3 = 0.163$) คุณภาพการให้บริการ ($r_4 = 0.176$) ระยะเวลาบริการ ($r_5 = 0.196$) และความสะดวกในการบริการ ($r_6 = 0.196$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: ความคิดเห็น นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต การให้บริการการศึกษา

¹นักวิชาการศึกษา ปฏิบัติการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author: tete00007@hotmail.com

Original Article

The Opinions of Students in Bachelor of Public Health Program on Education Service in Faculty of Public Health, Mahasarakrm University

Thepporn Dongruangsri^{1,*}

Abstract

This research aimed to study the opinions of students in Bachelor of public health program on education service, Faculty of public health, Mahasarakham university. The sample was Bachelor of public health program using 234 Yamane formulas and simple random sampling. Data collection tools are questionnaire. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and Pearson Product Moment Correlation Coefficient. The results showed that: 1. Students was satisfied with the service of Faculty of Public Health. Mahasarakrm university Overall, it was at a high level. ($\bar{X} = 3.57$) On the other hand, it was found that the highest mean is the management of the operation. ($\bar{X} = 3.59$) Second is the implementation. ($\bar{X} = 3.58$) and technology. ($\bar{X} = 3.57$) respectively. The lowest mean is the service aspect ($\bar{X} = 3.57$). 2. Factors related to services include: Personality of the officer ($r_1 = 0.242$) Service system ($r_2 = 0.139$) environment ($r_3 = 0.163$) Quality of service ($r_4 = 0.176$) Service period ($r_5 = 0.196$) And the service ($r_6 = 0.196$). Positive correlations with students' satisfaction toward the service of the Faculty of Public Health Mahasarakham University at the 0.01 level of significance.

Keywords: Opinions, Bachelor of Public Health Program, Educational Services

¹Educator, Practitioner Level Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author: tete00007@hotmail.com

บทนำ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้มีนโยบายที่จะพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จึงได้จัดทำโครงการใหม่ในแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ระยะที่ 8 โดยกำหนดแผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพไว้เป็นแผนงานสำคัญ มีพัฒนาการมาจากโครงการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อ พ.ศ. 2540 ได้มีการดำเนินการโครงการความร่วมมือจัดการศึกษาแบบบูรณาการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตเพื่อพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสุขภาพในระบบบริการสาธารณสุขระดับชุมชนของรัฐ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น) กับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีการยกย่องหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตขึ้น ใน พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2543 มีการดำเนินการยกย่องหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) พ.ศ. 2546 มีข้อตกลงความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยมหาสารคามและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เรื่อง โครงการความร่วมมือจัดการศึกษาแบบบูรณาการด้านสาธารณสุขศาสตร์เพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระบบบริการสาธารณสุข โดยมีนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) โปรแกรมภาคพิเศษ (เสาร์ – อาทิตย์) รุ่นที่ 1 และหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โปรแกรมภาคพิเศษ รุ่นที่ 1 และ พ.ศ. 2547 เปิดการเรียนการสอนหลักสูตรสาธารณสุข-ศาสตรดุษฎีบัณฑิต

งานวิชาการ ถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของสถาบันอุดมศึกษาเพราะสถาบันอุดมศึกษาเป็นสถาบันทางวิชาการทำหน้าที่ในการผลิตผลงานทางวิชาการ การสร้างนักวิชาการและการใช้

ผลงานวิชาการให้เกิดประโยชน์กับสังคมเป็นหลัก ส่วนการบริการวิชาการ คือ การบริหารกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเรียนการสอน และการพัฒนาการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ การจะผลิตบัณฑิตที่ทรงคุณวุฒิ มีความสมบูรณ์ด้านวิชาชีพชั้นสูง สติปัญญา สังคม อารมณ์และจิตใจ เพื่่อออกไปรับใช้ และพัฒนาประเทศ สถาบันอุดมศึกษาจำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมที่จะช่วยส่งเสริมบรรยากาศการเรียนการสอนและพัฒนาบุคลิกภาพของนักศึกษาให้ถึงขีดสุด ดังนั้นการบริการด้านวิชาการให้แก่บัณฑิต จึงมีความสำคัญในอันที่จะช่วยส่งเสริมศักยภาพของนักศึกษาได้ประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมายของคนและสังคม¹

ปัจจุบันการจัดระบบการศึกษาให้ได้มาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญที่รัฐบาลพยายามส่งเสริมให้เกิดและมีการพัฒนาให้มากขึ้น มหาวิทยาลัยทุกแห่ง ได้มีการจัดทำระบบการประกันคุณภาพการศึกษา (สมศ.) ซึ่งสิ่งหนึ่งที่เป็นเครื่องมือชี้วัดคุณภาพการศึกษา คือ การประเมินการสอนของอาจารย์ผู้สอนโดยนักศึกษา เพื่อให้ผู้สอนได้ทราบถึงความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์แต่ละท่าน นอกจากนี้การประเมินการสอนจะเป็นแนวทางเพื่อการพัฒนาคุณภาพการสอนให้ได้ดียิ่งขึ้น โดยคุณลักษณะและพฤติกรรมการสอนของอาจารย์เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการเรียนการสอนของนักศึกษาอย่างยิ่ง ซึ่งการสอนที่ดี คือ การสอนให้นักศึกษาเรียนได้ดี มีวินัยในการเรียน มีกระบวนการคิดวิเคราะห์และสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้²

การถ่ายทอดความรู้เป็นสิ่งสำคัญ อาจารย์ผู้สอนจะต้องมีความพร้อมที่จะสอนทั้งในเนื้อหา และเทคนิควิธีการสอนเพื่อถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องและน่าสนใจ รวมถึงการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น ให้นักศึกษา

ได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน การกระตุ้นให้สนใจเรียน เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีปัญหา ถ้าอาจารย์ขาดเทคนิคพฤติกรรมการสอนที่ดีย่อมทำให้บรรยากาศการเรียนรู้น่าเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ ขาดความสนใจที่จะเรียนรู้คุณลักษณะของอาจารย์ผู้สอนที่ดีนั้น คือ เป็นผู้ให้ความอบอุ่น มีความเข้าใจผู้เรียน มีคุณธรรม มีความยุติธรรมและเป็นกัลยาณมิตรของผู้เรียน เป็นผู้มีความรู้และเข้าใจธรรมชาติของกระบวนการเรียนรู้ และสามารถที่จะจัดกระบวนการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียนผู้สอน จะต้องมีการประเมินผลที่สามารถบอกได้ว่ากระบวนการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นจริง³

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จัดตั้งขึ้นภายใต้วัตถุประสงค์ คือ ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ในการจัดการบริการระดับชุมชนอย่างมีบูรณาการมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต ภายใต้พันธกิจ ดังนี้ 1) ผลิตบัณฑิตที่มีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานวิชาชีพสาธารณสุข 2) วิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ 3) บริการวิชาการด้านสุขภาพร่วมกับชุมชนที่สอดคล้องกับภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น 4) ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

การบริการการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนการเรียนการสอน เพื่อทราบความคิดเห็นของนิสิตที่มีต่อการบริการการศึกษา และเพื่อพัฒนาการบริการการศึกษาให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความคิดเห็นของนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีต่อการบริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการบริการการศึกษา สอดคล้องกับ

ปรัชญา วิสัยทัศน์ และพันธกิจของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตมีต่อการบริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการบริการกับความพึงพอใจของนิสิตเกี่ยวกับการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร เป็นนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ระบบ 4 ปี (จันทร์ – ศุกร์) ระบบปกติ และระบบพิเศษ และระบบเทียบเข้า (เสาร์-อาทิตย์) ห้องเรียนมหาสารคาม อุดรธานี อุบลราชธานี และนครราชสีมา ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคปลาย/2559 จำนวน 600 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และสุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยกำหนดชั้นภูมิเป็นสาขาวิชา และสุ่มตัวอย่างในแต่ละสาขาตามสัดส่วนของประชากร กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane⁴ โดย กำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 จำนวน 234 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อการบริการซึ่งประกอบด้วย 1.1 บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ 1.2 ระบบการบริการ 1.3 สภาพแวดล้อมในการบริการ

1.4 คุณภาพการให้บริการ 1.5 ระยะเวลาการให้บริการ 1.6 ความสะดวกในการบริการ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการการให้บริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประกอบด้วย 2.1 ขั้นตอนการดำเนินการ 2.2 ลักษณะการให้บริการ 2.3 การบริการดำเนินงาน 2.4 เทคโนโลยีกรอบแนวคิดในการวิจัย จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อสำรวจความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ชั้นปี โดยลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการบริการที่คาดว่าจะมีผลต่อความพึงพอใจของนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีต่อการให้บริการการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลความพึงพอใจที่มีต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นกับนิสิตระดับปริญญาตรี นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถาม ดำเนินการตามระเบียบวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้วิธีการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริการซึ่ง ประกอบด้วย 1. บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ 2. ระบบการบริการ 3. สภาพแวดล้อมในการบริการ 4. คุณภาพการให้บริการ 5. ระยะเวลาการให้บริการ 6. ความสะดวกในการบริการ และวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อการให้บริการการให้บริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการดำเนินการ 2) ลักษณะการให้บริการ 3) การบริการดำเนินงาน 4) เทคโนโลยี กรอบแนวคิดในการวิจัย จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี สภาพปัจจุบัน ปัญหา ของระบบการทำวิทยานิพนธ์ใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการวิจัย โดยการเขียนแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สามารถสรุปได้ดังนี้ 1. นิสิตมีความพึงพอใจต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.57$) เมื่อ

พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการบริหารดำเนินงาน ($\bar{x} = 3.59$) รองลงมาคือด้านการดำเนินการ ($\bar{x} = 3.58$) และด้านเทคโนโลยี ($\bar{x} = 3.57$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านลักษณะการให้บริการ ($\bar{x} = 3.57$) 2. ปัจจัยเกี่ยวกับการบริการ ได้แก่ บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ ($r_1 = 0.242$) ระบบการบริการ ($r_2 = 0.139$) สภาพแวดล้อม ($r_3 = 0.163$) คุณภาพการให้บริการ ($r_4 = 0.176$) ระยะเวลาบริการ ($r_5 = 0.196$) และความสะดวกในการบริการ ($r_6 = 0.196$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ในการอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยและสมมติฐานการวิจัยแต่ละข้อต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

1.1 นักศึกษามีความพึงพอใจที่มีต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยภาพรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับอยู่ในระดับมาก โดย เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านการบริหารดำเนินงานด้านการดำเนินการด้าน เทคโนโลยีและด้านลักษณะการให้บริการการได้ผลการวิจัยดังกล่าวนี้สามารถอธิบายได้ว่า คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีการปรับปรุงกระบวนการในการให้บริการ ให้สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาทั้งในเรื่องการบริหารดำเนินการ เช่น มีเวลาเปิด – ปิด ที่เหมาะสม มีที่นั่งเพียงพอ มีสภาพแวดล้อมภายในมีความสะอาดและเป็นระเบียบ สถานที่ให้บริการ จัดเป็นสัดส่วนและสะดวกในการติดต่อ เป็นต้น ด้านการ

ดำเนินการ เช่น ขั้นตอนการขอทำบัตร ประจำตัว นักศึกษารวดเร็ว ขั้นตอนการลงทะเบียนเรียนทาง internet ง่าย ความรวดเร็ว และถูกต้อง ของการตรวจสอบการลงทะเบียนเรียน มีการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้มาใช้บริการลงทะเบียนเป็นอย่างดี การจัดเวลาเรียนของแต่ละวิชามีความเหมาะสม การเปิดหมู่เรียนแต่ละวิชามีความเพียงพอแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการขอรับบริการมีความชัดเจน ขั้นตอนการขอ – รับหนังสือทางการศึกษามีความรวดเร็วเหมาะสมขั้นตอนการยื่นคำร้องต่าง ๆ เกี่ยวกับการศึกษารวดเร็ว ความถูกต้องในการออกหนังสือสำคัญทางการศึกษา เป็นต้น ด้านเทคโนโลยี เช่น ระบบเว็บไซต์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีความทันสมัยสามารถหาข้อมูลต่าง ๆ บนเว็บไซต์อย่างรวดเร็ว ตรวจสอบผลการเรียนแต่ละภาคการศึกษาได้อย่างถูกต้องสามารถตรวจสอบรายวิชาการลงทะเบียน ได้ผ่านเว็บไซต์ได้อย่างรวดเร็ว มีลำดับการใช้บริการที่ชัดเจน เป็นต้น ด้านลักษณะการให้บริการ เช่น มีความเต็มใจที่จะให้บริการ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใสและกระตือรือร้นการให้คำแนะนำและเอาใจใส่ให้ความสนใจนักศึกษาผู้มารับบริการเป็นอย่างดีมีความตรงต่อเวลาและสม่ำเสมอต่อหน้าที่ที่ให้บริการ มีวัสดุอุปกรณ์สำนักงานไว้บริการอย่างเพียงพอและรับฟังปัญหาหรือข้อซักถามของนักศึกษาอย่างใจเย็นและสุภาพ เป็นต้น ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับชมพูชน ดันพานิช⁶ ได้ศึกษาและพัฒนาการให้บริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม โดยพบว่า 1) ระดับการประเมินการให้บริการของผู้ใช้บริการต่าง ๆ ของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน โดยภาพรวมการให้บริการอยู่ในระดับน้อย – ปานกลาง 2) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาให้บริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและ

งานทะเบียนในทั้ง 7 ด้าน พบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการใน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ในรายด้านต่อไป ด้านความเสมอภาคในการให้บริการ มีรองลงมาคือ ด้าน ความรวดเร็วในการให้บริการ ด้านความสำเร็จสมบูรณ์ของการให้บริการ ด้านความเสร็จสมบูรณ์ของ การให้บริการกับด้านความกระตือรือร้นในการให้บริการ ตามลำดับ และไม่สอดคล้องกับจริยา สุดกระโทก, ขนิษฐา วิชัยดิษฐ์ และณัฐภณ สุเมธ อธิคม⁷ ได้ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษา ต่อประสิทธิภาพการทำงานของกลุ่มงานทะเบียนและประมวลผล สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร ซึ่งพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการทำงานของกลุ่มทะเบียนและประมวลผลด้านการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับพัชรี ภูบุญอิน⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของ นักศึกษาเกี่ยวกับการบริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม โดยพบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการบริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับมากแต่ไม่สอดคล้องกับชาลินี พลดีลาและคณะ⁹ ได้ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาภาค ปกติเกี่ยวกับการให้บริการของ เจ้าหน้าที่สำนักส่งเสริมวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความ คิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่สำนักส่งเสริมวิชาการในระดับปานกลาง โดยเรื่องการ ให้บริการข้อมูลที่ดีด้านขอยกเลิกรายวิชาเรียนของเจ้าหน้าที่สำนักวิชาการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 เรื่องการจัดตารางสอบและเวลาสอบที่แน่นอนของเจ้าหน้าที่ส่งเสริมวิชาการ การให้บริการข้อมูลที่ดี ด้านการจัดตารางเรียนของเจ้าหน้าที่สำนักส่งเสริมวิชาการ การประเมินผลการเรียนของเจ้าหน้าที่ สำนัก

ส่งเสริมวิชาการ การเปิดหมู่เรียนที่เพียงพอของเจ้าหน้าที่สำนักส่งเสริมวิชาการ การให้บริการข้อมูลที่ดีด้านลงทะเบียนของเจ้าหน้าที่ส่งเสริมวิชาการและเรื่องการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหา ด้าน การเรียนของเจ้าหน้าที่ส่งเสริมวิชาการมีเท่า ๆ กัน โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้อย และไม่สอดคล้องกับ อังคณา ศรีมูลตรี ที่ศึกษาความพึงพอใจของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 4 ระดับ ปกติและระบบพิเศษ ต่อการให้บริการของกองทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาลัยสารคาม พบว่า นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 4 ระบบปกติ และระบบพิเศษ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของกองทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยส่วนรวม และจำแนกตามเพศ ระบบการศึกษา และสาขาวิชา มีความพึงพอใจโดยส่วนรวมและราย ด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากสูงไปหาต่ำ ดังนี้ ด้านเวลาให้บริการด้านประชาสัมพันธ์ ด้านอาคารสถานที่ ด้านข้อมูลและด้านบุคลากรตามลำดับ และไม่สอดคล้องกับดรุณี คงสุวรรณ¹¹ ที่ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการของสำนักบริการทางวิชาการและทดสอบประเมินผล มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการ ให้บริการของสำนักบริการทางวิชาการและทดสอบประเมินผลมหาวิทยาลัยรามคำแหงในภาพรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ด้านขั้นตอน การให้บริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และไม่ สอดคล้องกับบังอร รัตนมณีและกันยา เจริญศักดิ์¹² ได้ศึกษาความพึงพอใจของ นักศึกษาที่มีต่องานบริการการศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ พบว่า การศึกษามีความพึงพอใจในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน คือ

บุคลากร การให้บริการ ความสะดวกรวดเร็ว สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับปานกลาง และ สอดคล้องกับवलลภ สงวนศักดิ์¹³ ได้ศึกษาคุณภาพการให้บริการงานทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราชตามการรับรู้ของนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับคุณภาพการให้บริการงานทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราชตามการรับรู้ของนักศึกษาโดยรวม อยู่ในระดับมาก และรายด้านพบว่า นักศึกษารับรู้คุณภาพการให้บริการทุกด้านในระดับมาก โดยด้าน ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้าน ความเป็นรูปธรรมของการบริการ รองลงมา ได้แก่ ด้านการให้ความมั่นใจ แก่ผู้รับบริการ และด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการบริการกับความพึงพอใจของนักศึกษา ในการให้บริการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ ปัจจัยด้านระบบการบริการ ปัจจัย ด้านสภาพแวดล้อมในการบริการ ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ ปัจจัยด้านระยะเวลาการให้บริการ และปัจจัยด้านความสะดวกในการบริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการ ให้บริการ คณะ สาธารณ สุข ศาสตร์ มหาวิท ยาลั ย มหาสารคาม จากการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่าปัจจัยด้านบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ ปัจจัย ด้าน ระบบการบริการ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ในการบริการ ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ ปัจจัยด้าน ระยะเวลาการให้บริการ และปัจจัย ด้านความสะดวกในการบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ พึงพอใจของนักศึกษาต่อการ ให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยแสดงว่าตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของนิสิตต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01หมายความว่า หากเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม มีบุคลิกภาพที่ดีในการให้บริการ ได้แก่ การแต่งกายสุภาพเรียบร้อย เหมาะสมตามกาลเทศะแสดงกิริยามารยาทสุภาพ และอ่อนโยน มีมนุษยสัมพันธ์ดี ยิ้มแย้ม แจ่มใสมี ความสนใจ และเต็มใจในการให้บริการทุกครั้งมีความเอาใจใส่ และกระตือรือร้นในการให้บริการใน ระดับสูง จะ มีผลทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการให้บริการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคามในระดับสูงด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องการกับการ วิจัยของพัชรี ภูบุญอิม⁸ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการบริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคามซึ่ง พบว่า ตัวแปรด้านบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการบริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัย ราชภัฏมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.2 ปัจจัยด้านระบบการบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 หมายความว่าคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีระบบการ

บริการที่ดี เช่น ปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนมีการให้บริการตามลำดับก่อน - หลัง มีการให้บริการอย่างเท่าเทียมกันการติดต่อประสานงาน มีความสะดวกรวดเร็ว และมีการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จขั้นตอนเดียว จะมีผลทำให้นักศึกษาความพึงพอใจต่อการให้บริการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของพัชร ภูบุญอิม⁸ ได้ศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการบริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ซึ่งพบว่า ตัวแปรด้านระบบการบริการความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการบริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของ นักศึกษาที่มีต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หมายความว่า คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีการปรับปรุงสถานที่ในการให้บริการมีความสะดวกและ เข้าถึงง่าย มีที่นั่งรอรับบริการเพียงพอในการให้บริการ สถานที่มีความสะอาดและเป็นระเบียบ รวมทั้ง มีการปรับปรุงบรรยากาศโดยรอบสำนักงานให้มีบรรยากาศที่ดี สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อความพึงพอใจ ของนักศึกษา ทำให้นักศึกษา มีความพึงพอใจที่มีต่อการให้บริการ ของ คณะ สาธารณ สุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามมากขึ้น ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับการวิจัยของพัชร ภูบุญอิม⁸ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการบริการ ของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามซึ่ง

พบว่า ตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมในการบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการ 87 บริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ

2.4 ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่าคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามมีการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการให้กับนักศึกษาทำให้นักศึกษาได้รับบริการที่ตรงตาม ต้องการ และคุ้มค่าในเวลาที่เหมาะสม เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างถูกต้อง ไม่ซ้ำซ้อน มีขั้นตอนในการ บริการที่ชัดเจน รวมทั้งให้คำแนะนำแก่นักศึกษาที่ชัดเจน เพื่อให้นักศึกษาได้รับประโยชน์มากที่สุด สิ่งเหล่านี้จะทำให้นักศึกษา มีความพึงพอใจต่อการให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับการวิจัยของพัชร ภูบุญอิม⁸ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการบริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามซึ่งพบว่า ตัวแปรด้านคุณภาพการให้บริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการบริการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.5 ปัจจัยด้านระยะเวลาการให้บริการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หมายความว่า หากปรับปรุงเรื่องระยะเวลาในการ ให้บริการให้มีคุณภาพและรวดเร็ว เช่น การบริการเป็นไป

ตามลำดับขั้นตอน มีความสะดวกสบาย รวดเร็ว และมีความต่อเนื่องในการรับบริการ และระยะเวลา รอคอยการให้บริการมีความเหมาะสมจะทำให้ นักศึกษาที่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคามมากขึ้น ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับ การศึกษาของพัชร ภูบุญอิม⁸ ได้ศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อ ความพึงพอใจของนิสิตเกี่ยวกับการ บริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามซึ่งพบว่า ตัวแปร ด้านระยะเวลาการให้บริการ มีความสัมพันธ์เชิง บวกต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการ บริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับ การศึกษา ของวิชัย ธิโวณา¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผล ต่อความพึงพอใจในการที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการให้บริการของ สำนัก ทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยด้านกิจกรรม/กระบวนการให้บริการส่งผล ต่อความพึงพอใจในการให้บริการของสำนัก ทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลนครเชียงใหม่อย่างมี นัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ตามลำดับ 3. เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึง พพอใจของนักศึกษาเกี่ยวกับการให้บริการของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ของเจ้าหน้าที่ ปัจจัยด้านระบบการบริการ ปัจจัย ด้านสภาพแวดล้อมในการบริการ ปัจจัยด้าน คุณภาพการให้บริการ ปัจจัยด้านระยะเวลาการ ให้บริการและปัจจัยด้านความสะดวกในการ บริการส่งผลต่อความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อ การ ให้บริการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จากการทดสอบ สมมติฐานข้อที่ 2 พบว่าปัจจัยด้านบุคลิกภาพของ

เจ้าหน้าที่ส่งผลต่อ ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มี ต่อการให้บริการคณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ0.01ส่วนปัจจัยด้านระบบการ บริการ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการบริการ ปัจจัยด้าน คุณภาพการให้บริการ ปัจจัยด้านระยะเวลา การ ให้บริการ และปัจจัยด้านความสะดวกในการ บริการ พบว่า ไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจของ นักศึกษาที่มีต่อการให้บริการของคณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยที่ได้สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัย ด้านบุคลิกภาพของ เจ้าหน้าที่ อันได้แก่ การแต่ง กายสุภาพเรียบร้อย เหมาะสมตามกาลเทศะแสดง กิริยามารยาทสุภาพ และอ่อนโยน มีมนุษยสัมพันธ์ ดี ยิ้มแย้ม แจ่มใสมีความสนใจและเต็มใจในการ ให้บริการทุกครั้งและมีความเอาใจใส่และ กระตือรือร้นในการให้บริการ สิ่งเหล่านี้จะส่งผล ต่อความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการ ให้บริการของคณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดังนั้น คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านบุคลิกภาพของ เจ้าหน้าที่ เช่น มีการอบรมเรื่องบุคลิกภาพใน การ ให้บริการ การศึกษาดูงานจากหน่วยงานที่มีการ บริการที่มีดีและมีคุณภาพ เพื่อให้พนักงานนำมา เป็นแบบอย่าง และเป็นการสร้างความตระหนักใน การบริการให้มากขึ้น มีการสร้างแรงจูงใจในการ ให้บริการ เช่น ให้รางวัลตอบแทนพนักงานที่ ให้บริการดีเด่น เป็นต้น หากพนักงานบริการดี มี บุคลิกภาพในการ บริการที่ดีก็จะส่งผลต่อความพึง พพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการของคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามติ มากขึ้น ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับ การ ศึกษาวิจัยของวิชัย ธิโวณา¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผล ต่อความพึงพอใจในการให้บริการของสำนัก ทะเบียน ท้องถิ่น เทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการให้บริการของสำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลนครเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้าน บุคลากรให้บริการ ปัจจัยด้าน ผู้รับบริการ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้าน ระยะเวลาในการ บริการ และปัจจัยด้านกิจกรรม/กระบวนการให้บริการ ซึ่งปัจจัยทั้ง 5 ด้านนี้ สามารถร่วมกันอธิบาย ความแปรปรวนของความพึงพอใจในการให้บริการของสำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลนครเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 63.80 ส่วนปัจจัยที่เหลือ ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานที่ให้บริการ ปัจจัยด้านทรัพยากรในการบริการ ปัจจัยด้านช่องทางให้บริการ และปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ ไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการให้บริการ และสอดคล้องกับการศึกษาพัชร ิบุญญอิม⁸ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความพึงพอใจของนักศึกษาเกี่ยวกับการบริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามซึ่ง พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการ บริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ได้แก่ บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ ระบบบริการ คุณภาพให้บริการ ระยะเวลาบริการ ความสะดวกในการ บริการสภาพแวดล้อม ตัวแปร ดังกล่าว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจของ นักศึกษาที่มีต่อการบริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ได้ร้อยละ 70.20

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้าน บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ ปัจจัยด้านระบบการ บริการ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการบริการ ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ ปัจจัยด้าน ระยะเวลาการ ให้บริการ และปัจจัยด้านความ

สะดวกในการบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความพึงพอใจของ นักศึกษาที่มีต่อการให้บริการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดังนั้นควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับ ปัจจัยทั้ง 6 ด้านดังกล่าว โดยมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงกระบวนการ และวิธีการ การ ให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา เช่น บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ สภาพแวดล้อมในการ ให้บริการ ระยะเวลาในการให้บริการ เป็นต้น

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ ส่งผลต่อความพึงพอใจของ นักศึกษาที่มีต่อการให้บริการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดังนั้นผู้บริหาร ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับบุคลิกภาพของ เจ้าหน้าที่ เช่น กำชับเรื่องการแต่งกายให้สุภาพเรียบร้อย ทั้งเรื่อง กิริยามารยาทให้สุภาพและ อ่อนโยนเหมาะแก่การบริการ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเต็มใจในการให้บริการ โดยไม่เลือกปฏิบัติ มีความเอาใจใส่กระตือรือร้นในการ ให้บริการ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2560 และงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จ สมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากผู้บริหาร อาจารย์ และนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องตลอดมา ผู้ศึกษาค้นคว้าขอกราบขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ผู้บริหาร อาจารย์ และบุคลากร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ตอบแบบสอบถามและ เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ จนกระทั่งผู้ศึกษาค้นคว้าสามารถศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประสบ

ผลสำเร็จ คุณค่าและประโยชน์ของการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา และบูรพาจารย์ที่ให้การอบรมสั่งสอน ให้แก่ ผู้วิจัยอันส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการดำเนิน ชีวิต และก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

เอกสารอ้างอิง

1. ไพฑูรย์ สีนลรัตน์. ความรู้คู่คุณธรรม : รวมบทความเกี่ยวกับคุณธรรม จริยธรรมและการศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
2. อุทุมพร จามรมาน. การจัดทำคู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาของคณะวิชา ม.ป.ท. : ม.ป.พ.; 2542.
3. สุรางค์ ไคว์ตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
4. อีรุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วิทยาออฟเซตการพิมพ์; 2550.
5. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
6. ชมพูนุช ตันพานิช และคณะ. การพัฒนาการให้บริการของสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน. รายงานการวิจัยสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม; 2555.
7. จริยา สุตกระโทก, ขนิษฐา วิชัยดิษฐ์ และณัฐณ สุเมธอริคม. ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อประสิทธิภาพการทำงานของ กลุ่มงานทะเบียนและประมวลผล สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร; 2552.
8. พัชรีย์ ภูบุญอิม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของนักศึกษา เกี่ยวกับการบริการของสำนัก ส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.
9. ซาลินี พลดีลา และคณะ. ความคิดเห็นของนักศึกษาภาคปกติเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่สำนักส่งเสริมวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยจันทรเกษม; 2551.
10. อังคณา ศรีมูลตรี. ความพึงพอใจของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4 ระบบปกติและระบบพิเศษ ต่อการให้บริการกองทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาลัย การศึกษาอิสระปริญญา การศึกษามหาบัณฑิต; 2548.
11. ดร.ณิ คงสุวรรณ. ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการให้บริการของสำนักบริการวิชาการและ 92 ทดสอบประเมินผล มหาวิทยาลัยรามคำแหง. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2549; 9(ฉบับพิเศษ): 79 – 97.
12. บังอร รัตนมณีและกันยา เจริญศักดิ์. ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อ งานบริการการศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรม พระจอมเกล้าพระนครเหนือ 2553; 1(1): 21-28.

13. วัลลภ สงวนศักดิ์. คุณภาพการให้บริการงานทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตามการรับรู้ของนักศึกษา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย; 2554.
14. วิชัย ธิโวณา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการให้บริการของสำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาล นครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.

Received: 4 Feb 2019, Revised: 27 Feb 2019,

Accepted: 20 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

วรลักษณ์ เวฬุ^{1,*} เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์² จมาภรณ์ ใจภักดี³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน คือ Paired Sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการครั้งนี้ ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ 4) เวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ 5) ปรับปรุงร่างธรรมนูญและจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น 6) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ 7) ดำเนินโครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ 8) นิเทศติดตาม 9) ประเมินผล 10) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 11) ถอดบทเรียน ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการปฏิบัติตน และความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเกิดรูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ PROTECT Model สรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ เป็นผลมาจากหลักการสามประการ คือ D-H-B กล่าวคือ Development: D หมายถึง การพัฒนาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมและยอมรับร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน Harmony: H หมายถึง ความสามัคคีและความสอดคล้องกันขององค์ประกอบต่างๆในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ Best Behavior: B หมายถึง การเสริมพลังให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนที่ดีอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ธรรมนูญสุขภาพตำบล ควบคุมและป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

*Corresponding author: woraluk.way@gmail.com

Original Article

The Model of Control and Prevention of Liver Fluke Disease Ban Yuat Sub-district, Sangkhom District, Udon Thani Province

Woraluk Wayru^{1,*}, Terdsak Promarak², Jamabhorn Jaipakdee³

Abstract

This action research aimed to study the developing process of the model for control and prevention of liver fluke disease in the community of Ban yuat Sub-District, Sangkhom District, Udon Thani Province. The participants were selected from selection criteria of 75 peoples. Data was collected both quantitative and qualitative. Quantitative data was analysis was used by frequency, percentage, mean, standard and Paired Sample t-test. Qualitative data was analysis was used by content. The research found that the development of this model composted of 11 stages: 1) Analysis of the context and situation of liver fluke disease, 2) Workshop, 3) The Health Statute, 4) Draft Health Statute, 5) Improve the draft Health Statute, 6) Annouce used for Health Statute, 7) Training program for volunteer guinea pig liver fluke, 8) Supervision and follow up, 9) Evaluation, 10) Knowledge, 11) Lessons learned for key success factors. The results found that had and everage score of knowledge, role, participation, behavior, operation satisfaction, control and prevention of liver fluke disease increased significantly ($p\text{-value}<0.001$). As a result, the basic model for control and prevention of liver fluke disease in the community is PROTECT Model. In conclusions, the key success factors as a result from three principle is D-H-B 1) Development: D is mean the development, participation and acceptance of process for people involved 2) Harmony: H is mean the harmony and several elements for control and prevention in community. 3) Best Behavior is mean the empowerment for best behavior of people.

Keywords: Development a Model, District Health Statute, Control and Prevention, Liver Fluke Disease

¹Master of Public Health, Mahasarakham University

²Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³The Office of Disease Prevention and Control 8 UdonTani Province, Thailand

*Corresponding author: woraluk.way@gmail.com

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีความชุกสูงตลอดจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยที่เป็นปัญหาสำคัญเกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ประเมินการว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6,000,000 คน ซึ่งผู้ที่ติดเชื้อนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก หรือสุกๆ ดิบๆ ที่ทำมาจากปลาเกล็ดขาวกลุ่มปลาวงศ์ตะเพียน ซึ่งนิยมรับประทานกันมากตามชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ¹ โรคพยาธิใบไม้ตับ ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางระบบท่อน้ำดี เช่น ท่อน้ำดีอักเสบ ตับเหลือง ตับ ม้ามโต นิ่วในถุงน้ำดี² จากการศึกษาทางระบาดวิทยา และการทดลองเพื่อหาสาเหตุและกลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถประมวลเบื้องต้นได้ว่า ปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสาเหตุมาจาก 1) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2) การได้รับสารก่อมะเร็ง 3) ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องและยังไม่ทราบ เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ เป็นต้น³

จังหวัดอุดรธานี มีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 13.8 และในบางหมู่บ้านสูงถึงร้อยละ 40 และมีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 39.9 โดยอำเภอที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ อำเภอเพ็ญ อำเภอพิบูลย์รักษ์ และอำเภอหนองหาน นอกจากนี้ยังมีพื้นที่เสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง คือ อำเภอเมือง อำเภอน้ำโสม อำเภอทุ่งฝน อำเภอบ้านดุง อำเภอบ้านผือ อำเภอแก้ว และอำเภอสร้างคอม เนื่องจากสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่ มีวัฒนธรรมการกินที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งมะเร็งที่พบมากแถบภาคอีสาน

คือ มะเร็งท่อน้ำดีซึ่งสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับและสารไนโตรซามีน⁴

อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เป็นอำเภอที่พบปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 18.53⁵ จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อควบคุมและลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยดำเนินการเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง

ตำบลบ้านยวด ใน พ.ศ. 2558 ได้มีการจัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กิจกรรมดำเนินการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระด้วยวิธี Modified Kato's thick smear ซึ่งผลการตรวจอุจจาระ พบว่า ประชาชนที่พบไข่พยาธิใบไม้ตับจำนวน 23 คน ร้อยละ 4.15 ซึ่งยังมีบางหมู่บ้านที่อัตราความชุกมากกว่าร้อยละ 5 ได้แก่ บ้านยวด หมู่ที่ 1 อัตราความชุก 8.04 และ บ้านนามงคล หมู่ที่ 3 อัตราความชุก 7.06 จากการสำรวจข้อมูลพบว่า สาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับเข้าไป การขับถ่ายที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้ที่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพที่สืบทอดกันมา⁶

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เพื่อหามาตรการและแนวทางในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายใต้แนวคิดกระบวนการธรรมนุญสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน และความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน

3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988)⁷ ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ภายใต้แนวคิดกระบวนการธรรมนูญสุขภาพ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1. ประชากร (Population)

ผู้วิจัยได้ศึกษา กำหนดขอบเขตด้านประชากรตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ ประชากรกลุ่มเป้าหมายตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 75 คน ประกอบด้วย

1.1 ภาคประชาสังคม ประกอบด้วย ประชาชนผู้ตรวจพบพยาธิในอุจจาระ จำนวน 23 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านการจัดการสุขภาพ

ชุมชน จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านควบคุมโรค จำนวน 6 คน แพทย์ประจำตำบล จำนวน 1 คน ประธานกลุ่มสตรีแม่บ้านหรือผู้แทน จำนวน 1 คน พระอริการ จำนวน 7 รูป ประชาชนชาวบ้าน จำนวน 6 คน และสภาเด็กและเยาวชนตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 57 คน

1.2 ภาควิชาการ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา จำนวน 4 คน ครูประจำศูนย์การศึกษาครอบครัวและเด็กตามอัธยาศัย จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 8 คน

1.3 ภาคการเมือง ประกอบด้วย กำนันตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน ผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวดหรือผู้แทน จำนวน 1 คน ปลัดเทศบาลตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก รวมทั้งสิ้น 75 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ใน พ.ศ. 2558 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาควบคุมโรค และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาการจัดการสุขภาพชุมชน 3) เป็นผู้นำชุมชน 4) เป็นคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด 5) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน

ควบคุมโรคระดับอำเภอและระดับตำบล 6) เป็นคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ 7) ไม่มีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยระหว่างทำการศึกษา และ 8) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทุกครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ภายใต้แนวคิดกระบวนการธรรมนูญสุขภาพ โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน เมษายน 2561 ถึง เดือน มิถุนายน 2561 โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย (Preliminary Phase)

สัปดาห์ที่ 1 ประสานงานกับผู้นำชุมชน และผู้ร่วมวิจัยคนอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้น พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในระหว่างวันที่ 2-6 เมษายน 2561

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ PAOR

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

สัปดาห์ที่ 2-3 ประชุมคณะทำงานเพื่อสร้างความเข้าใจในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน จัดประชุมเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินงานวิจัย (Pre-test) ในระหว่างวันที่ 9-20 เมษายน 2561

ขั้นที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action)

สัปดาห์ที่ 4-8 การยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล จัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ ปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพและจัดเวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล ดำเนินการตามแผนปฏิบัติ

การ (นำแผนสู่การปฏิบัติ ได้แก่ โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี) ดำเนินการในระหว่างวันที่ 23 เมษายน 2561 ถึง 26 พฤษภาคม 2561

ขั้นที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

สัปดาห์ที่ 9 นิเทศติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล ประเมินผลการดำเนินงานภายหลังจากร่วมกิจกรรม (Posttest) ในระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม 2561 ถึง 2 มิถุนายน 2561

สัปดาห์ที่ 10 สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน ของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการแก้ไขข้อผิดพลาดในระหว่างดำเนินการ ดำเนินการในระหว่างวันที่ 5-7 มิถุนายน 2561

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

สัปดาห์ที่ 11 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทบทวนกิจกรรมที่ดำเนินการ ร่วมกำหนดแนวทางและมาตรการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จนกระทั่งได้รูปแบบเบื้องต้นในการดำเนินงาน คือ PROTECT Model ดำเนินการในระหว่างวันที่ 14-15 มิถุนายน 2561

สัปดาห์ที่ 12 ถอดบทเรียน เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่ D-H-B (D: Development, H: Harmony, B: Best Behavior) ดำเนินการในระหว่างวันที่ 20-21 มิถุนายน 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 3 บทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 5 พฤติ

กรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาและแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหา และความเข้าใจของภาษาที่ใช้ในคำถามแต่ละข้อ และมีการตรวจสอบหาความเที่ยงโดยนำไปทดลอง (Try out) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านความรู้ใช้ KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามที่วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient)⁸ ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ได้ค่าเท่ากับ 0.68 ด้านการมีส่วนร่วม ได้ค่าเท่ากับ 0.74 ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ได้ค่าเท่ากับ 0.63 และความพึงพอใจ ได้ค่าเท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน คือ Paired Sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ข้อมูลสถานการณ์

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 75 คน พบว่า เป็นเพศชาย 30 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 เพศหญิง 45 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 53.09 ปี สูงสุด 75 ปี ต่ำสุด 31 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 54.0 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 89.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.67 รองลงมาคือ

มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 32.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 77.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 7,542 บาท สูงสุด 35,000 บาท ต่ำสุด 1,800 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4,000 บาท โดยส่วนใหญ่ในชุมชนมีแหล่งน้ำสาธารณะสำหรับจับปลาได้ ส่วนใหญ่ไม่กินปลาในแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน มีการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ และโดยส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

การวางแผน (Planning) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ เพื่อหาปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมี 3 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยด้านบริบทและสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภค และปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง 3 ประเด็น จึงได้มีการกำหนดแนวทางในป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม

1.1) ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล ที่ส่งผลต่อการเกิดวงจรโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2) ห้ามไม่ให้สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบริเวณแหล่งน้ำ โดยการจัดบริเวณแนวรั้วป้องกันสัตว์เลี้ยงเข้าใกล้บริเวณแหล่งน้ำ

1.3) กำหนดมาตรการหรือข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ การดูแลสัตว์เลี้ยงของตนไม่ให้เข้ามาขับถ่ายใกล้บริเวณแหล่งน้ำ ไม่นำอุจจาระมาทิ้งหรือปล่อยลงใกล้บริเวณแหล่งน้ำ และห้ามไม่ให้รถสูบสิ่งปฏิกูลมาทิ้งสิ่งปฏิกูลใกล้แหล่งน้ำ ไร้ ท่งนา เป็นต้น

1.4) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการหมู่บ้านทุกฝ่าย รับหน้าที่ในการสอดส่องดูแลแหล่งน้ำ

1.5) ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำส้วมสาธารณะ

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค

2.1) การคัดกรองตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีโอกาสพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ การรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุกด้วยความร้อน

2.3) สร้างความตระหนักโดยให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1) ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) อย่างต่อเนื่อง

3.2) การประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้าน

3.3) สร้างบุคคลต้นแบบ หรือครอบครัวต้นแบบ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค

3.4) ให้ศึกษาในโรงเรียน เพื่อปลูกฝังให้เด็กวัยเรียน ได้รู้จักวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจ ในการจัดธรรมนูญสุขภาพตำบล แต่งตั้งคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล และจัดทำแผนงาน/โครงการ ประกอบด้วย 1 โครงการ 5 กิจกรรม ได้แก่

โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์โรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมประกอบด้วย 1) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มแกนนำสุขภาพ 2) การติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ 3) รณรงค์แบบเคาะประตูบ้าน 4) การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว 5) คาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวีปลอดภัยใบไม้ตับ”

การลงมือปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการที่วางไว้ และกระบวนการขั้นตอนของธรรมนูญสุขภาพ ได้แก่ ยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกัน และได้รับทราบถึงความต้องการของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การจัดเวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพและรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล ปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล และประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล

การสังเกตการณ์ (Observation) นิเทศติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น ซึ่งก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาประชาชนมีความรู้ระดับสูง และประชาชนให้ความร่วมมือในการสมัครใจเข้าร่วม “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดภัยใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” จำนวนทั้งสิ้น 682 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 73.18 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 60 ขึ้นไป ประชาชนที่มีเคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การสะท้อนผล (Reflection) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบเบื้องต้นในการดำเนินงาน คือ PROTECT

Model ประกอบด้วย P: People Centered คือประชาชนเป็นศูนย์กลาง เน้นความต้องการแก้ไขปัญหাসุภาพของประชาชน R: Responsibility ซึ่งจำเป็นต้องมีคณะกรรมการดำเนินงานพร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ O: Originality รวมถึงการทบทวนชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามความมุ่งหวังของชุมชน T: Technical การได้รับข้อมูลสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญ E: Empowerment แรงจูงใจหรือการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวชุมชน และภาคีเครือข่าย C: Community การกำหนดมาตรการในชุมชนเพื่อหาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับบริบท และ T: Teamwork การทำงานเป็นทีมที่มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานร่วมกัน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ บทบาท การมีส่วนร่วม พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 1

2.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 75)

ระดับความรู้	n	Mean	S.D.	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	75	12.33	2.49	0.14	0.12–0.16	74	-14.06	<0.001*
หลังพัฒนา	75	15.08	1.73					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับบทบาท	n	Mean	S.D.	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	75	1.71	0.46	0.86	0.78–0.92	74	-23.82	<0.001*
หลังพัฒนา	75	2.97	0.16					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 การเปรียบเทียบค่าคะแนน ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 3

2.4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการปฏิบัติ

ตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 4

2.5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วม	n	Mean	S.D.	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	75	2.67	0.55	0.13	0.02–0.25	74	-2.26	<0.001*
หลังพัฒนา	75	2.79	0.41					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

การปฏิบัติตนป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	n	Mean	S.D.	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	75	3.00	0.00	0.04	0.03 – 0.05	74	6.42	<0.001*
หลังพัฒนา	75	2.97	0.03					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ระดับความพึงพอใจ	n	Mean	S.D.	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	75	2.04	0.19	0.74	0.66 – 0.82	74	-18.92	<0.001*
หลังพัฒนา	75	2.87	0.37					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

จากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 11 ขั้นตอน ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงาน คือ PROTECT Model โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน คือ D-H-B ดังรายละเอียดต่อไปนี้ D: Development หมายถึง การพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับบริบทและปัญหาในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคปลาดิบ และมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีขึ้น H: Harmony หมายถึง ความสามัคคีของคณะกรรมการดำเนินงาน รวมถึงการให้ความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน B: Best Behavior หมายถึง การเสริมพลังให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนได้ถูกสุขลักษณะอย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี มีประเด็นที่น่าสนใจมีดังนี้

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) ดังนี้

1.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) จากการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน แต่งตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ ซึ่งได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน จึงได้แผนงาน/โครงการทั้งสิ้น 1 โครงการ 5 กิจกรรม ได้แก่ โครงการอบรมให้ความรู้แก่นักอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) อบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 23 คน 3) รมณรงค์ให้ประชาชนลด ละ เลิก กินปลาดิบ แบบเคาะประตูบ้าน 4) คาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวีปลอดภัยใบไม้ตับ” 5) ครอบครัวต้นแบบปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสอดคล้องกับ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2559)⁹ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะมูลฝอย พบว่า ก่อนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะได้มีการทบทวนและสนทนากลุ่มเพื่อปรับทัศนคติของคณะกรรมการบางส่วน และจึงร่วมวางแผนจัดกิจกรรม/โครงการ

1.2 ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกัน ได้รับทราบถึงความต้องการของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพได้มีการร่วมกันวางแผน กำหนดเป้าหมายดำเนินงาน โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จึงได้มีมาตรการในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นำมาสู่การร่างเป็นธรรมนูญสุขภาพฉบับแรก จากนั้นจึงได้มีการเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจาก

ประชาชน และคณะกรรมการทุกฝ่าย เพื่อพิจารณาปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพก่อนการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ

1.3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามผลการดำเนินงานภายหลังการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ที่พบในการดำเนินงาน ซึ่งจากการติดตามผลการดำเนินงาน พบว่า ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคปลาดิบ รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเบื้องต้น เรียกว่า PROTECT Model สอดคล้องกับ รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ (2554)¹⁰ ได้ศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน โดยใช้กระบวนการ AIC พบว่า หลังการศึกษา ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และให้ความตระหนักถึงการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ นิศร ผานคำ (2557)¹¹ ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับชุมชน พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยของระดับการศึกษา ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ บทบาทการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความพึงพอใจ หลังการพัฒนาพบว่า ค่าคะแนน

เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ บทบาทการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ (2550)¹² ได้ทำการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ วีระพล วิเศษสังข์ (2560)¹³ ได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ผลจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนออกมาเป็นรูปแบบ DHB ประกอบด้วย D: Development หมายถึง การพัฒนาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมและยอมรับร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน H: Harmony หมายถึง ความสามัคคีและความสอดคล้องกันขององค์ประกอบต่างๆในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ B: Best Behavior หมายถึง การเสริมพลังให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนที่ดีอย่างต่อเนื่อง จากงานวิจัยพบว่า มีผลการดำเนินงานทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบท การมีส่วนร่วม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้คณะกรรมการดำเนินงานจะต้องมีการติดตามและมีการประสานงานอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวช ดร.บุญทนากร พรหมภักดี และคุณฤทธิรงค์ บุรพันธ์ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้แทนสถานศึกษาทุกแห่ง คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ที่มีได้กล่าวถึง ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบคุณ ครอบครัว และพี่น้องที่คอยเป็นกำลังใจ ตลอดจนให้ความรัก ความห่วงใยตลอดมา และทุกท่านที่ไม่ได้กล่าว นามที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐรุจ แก้วพิบูลย์. พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2553; 12(1): 49-63.
2. ณัฐรุจ แก้วพิบูลย์. รายงานการวิจัยการศึกษาคุณลักษณะของทูลูนในพยาธิใบไม้ตับออร์พิสทอร์คิส วิเวอร์รีนิ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2558.
3. บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยงวนิช, ขวลิท ไพโรจน์กุล. สาเหตุและกลไกการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี: ปฐมบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้ตับ. วาสารศรีนครินทร์เวชศาสตร์. 2548; 20(3): 112-34
4. สัญชัย ปิยะพงษ์กุล. กิณปลาร้าสุกป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2555. (ม.ป.ท.)
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม. รายงานการตรวจราชการ ประจำปี 2556; 2556.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด. รายงานสรุปผลโครงการป้องกันและแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ปี 2558; 2558.
7. Kemmis, S, & Mc Taggart, R. (Eds.). The action research planner. 3rded. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
8. Cronbach, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika 1951; 16: p 297-334.
9. ประกันชัย ไกรรัตน์. การพัฒนารูปแบบขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะมูลฝอย เขตเทศบาลตำบลวิศิษฐ์ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
10. รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต; 2554.
11. นิสร ผานคำ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับชุมชน ตำบลดู่้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
12. รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ม.ป.ท.: 2550.

13. วีระพล วิเศษสังข์. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบลชะยุ้ง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.

Received: 25 Jan 2019, Revised: 26 Feb 2019,

Accepted: 7 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิเคราะห์ระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยว
เชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่านธนพัฒน์ ภาชัยวิชิต^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์ระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน” ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative methodology) โดย ผลการวิจัยพบว่า สภาพพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ยังคงอัตลักษณ์วัฒนธรรมดั้งเดิม พังพาดตนเองได้ในทุกมิติ สำหรับปัญหาด้านอาชญากรรม พบปัญหาหรือคดีเล็กๆ เท่านั้น ด้านสภาพแวดล้อม พบพื้นที่จุดเสี่ยง จุดอ่อนแหลม ไฟฟ้าไม่สว่างในบางจุด และไม่พบป้ายสัญลักษณ์เตือนภัย ในด้านบุคคล พบการมีส่วนร่วมของกลุ่มวัยรุ่น ประชากรแฝงที่ไม่เข้าใจในวัฒนธรรม และด้านนโยบาย พบขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ขาดแคลนบุคลากรงบประมาณ และความไม่ต่อเนื่องด้านนโยบาย โดยระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรม ประกอบด้วยด้านการบังคับใช้กฎหมายซึ่งน้อยมาก ชุมชนดูแลกันเอง ด้านสภาพแวดล้อม มีการปรับสภาพแวดล้อมโดยการออกแบบทางกายภาพที่ดี มีการติดตั้งกล้อง CCTV เกือบสมบูรณ์ พบเพียงปัญหาไฟส่องสว่างในบางจุด และด้านชุมชนเป็นชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนมีส่วนร่วมและมีจิตสำนึก ในส่วนของการนำเสนอระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านการบังคับใช้กฎหมายควรเพิ่มสายตรวจ เพิ่มความถี่และเพิ่มช่วงเวลาออกตรวจ ด้านการป้องกันอาชญากรรมจากสภาพแวดล้อม ควรเพิ่มแสงสว่างในจุดอ่อนแหลม เช่นบริเวณบ่อบำบัดน้ำเสีย ติดตั้งป้ายสัญลักษณ์เตือนภัย กวดขันร้านค้าชุมชน และด้านชุมชน สร้างสังคมเข้มแข็ง และบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ระบบ การจัดการความปลอดภัย ด้านอาชญากรรม พื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ด้านสภาพแวดล้อม ด้านชุมชน

¹นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะตำรวจศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ

*Corresponding author: dhanapatpk@gmail.com

Original Article

Analysis of Security Management System on Crime in Cultural Tourism Areas of Nan Municipality, Nan Province

Dhanapat Pakachaivisitha^{1,*}**Abstract**

The research “Analysis of Security Management System on Crime in Cultural Tourism Areas of Nan Municipality, Nan Province” employed the qualitative method. The research findings were as follows: The condition of cultural tourism retained their traditional cultural identity, relative-like, generosity, pacifist and harmony society were their strength in community context. Trivial problems on crime were found and could be divided into 3 aspects; Environmental aspect, lack of lighting and warning signs in risk-prone and precarious areas, Personal aspects, teenager mingling and selling alcohol off permitting time were found. And Policy aspect, lack of inter-agency cooperation, manpower, budget and policy continuity due to management transferred or changed were the problems. The existing security management system on crime were divided into 3 aspects; Law enforcement aspect, the laws were rarely enforced, instead, the community regulations were practice, uniform patrolling system and awarding police notification system were implemented. Environmental aspect, environment via physical design for effective visibility were improved, surveillance cameras were installed in most of the areas with only minor lighting problems. And Community aspect, strong and participating communities, hence, lack of publicity on security management on crime were found. The effective security management system on crime was proposed in these 3 aspects; Law enforcement aspect, the frequency and length of patrolling time in risk-prone and precarious areas such as water waste treatment facility, public parks should be increased. Crime prevention through environment aspect, lighting in risk-prone and precarious areas, warning signs and controlling community shop in selling alcohol should be increased. And Community aspect, society should be strengthened and inter-agency cooperation should be improved.

Keywords: Analysis, Security Management System, Crime, Cultural Tourism Areas, Environment, Community

¹Master of Public Administrator Program Student in Security Management, Faculty of Police Science, Royal Police Cadet Academy

*Corresponding author: dhanapatpk@gmail.com

บทนำ

การท่องเที่ยวมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของหลายประเทศทั่วโลก เป็นปัจจัยขับเคลื่อนหนึ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาประเทศอย่างมั่นคงและยั่งยืน ประเทศไทยเห็นถึงความสำคัญของการท่องเที่ยว มีจัดทำแผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติขึ้น ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2564) โดยมีวิสัยทัศน์การท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2575 วิสัยทัศน์ (20 ปี) ว่า “ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพชั้นนำของโลกที่เติบโตอย่างมีดุลยภาพบนพื้นฐานความเป็นไทย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และกระจายรายได้สู่ประชาชนทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืน”¹ ซึ่งน่าน ถือเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการส่งเสริมด้านการท่องเที่ยว เนื่องจากมีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ ทั้งแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ และแหล่งท่องเที่ยวเชิงศิลปวัฒนธรรม² ด้วยเหตุผลจากการส่งเสริมและพัฒนาการท่องเที่ยวภายในจังหวัดน่าน ทำให้สถิติจำนวนนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติในปี พ.ศ. 2552 จำนวนนักท่องเที่ยว 185,987 คน และ ในปี พ.ศ. 2558 จำนวนนักท่องเที่ยว 585,082 คน³ นอกจากสถิติจำนวนนักท่องเที่ยวที่เพิ่มขึ้นแล้ว สถิติการจับกุมในคดีอาญาในพื้นที่จังหวัดน่านมีการเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยสถิติการจับกุมในคดีอาญาในพื้นที่จังหวัดน่าน จับกุมได้ 1,141 ราย ในปี พ.ศ.2548 และมีการเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2558 จับกุมได้ 2,596 ราย⁴ จากข้อมูลสถิติดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านอาชญากรรมในพื้นที่จังหวัดน่าน ซึ่ง World Economic Forum ได้ชี้ว่า องค์ประกอบของขีดความสามารถในการแข่งขันด้านที่ประเทศไทยมีคะแนนน้อยที่สุดและอยู่ในลำดับที่ 132 จาก 141 ประเทศทั่วโลก คือด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และ⁵ ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปริมาณนักท่องเที่ยวที่จะเดินทาง

ไปท่องเที่ยวในแหล่งต่างๆ แหล่งท่องเที่ยวใดที่มีปัญหาอาชญากรรม หรือความปลอดภัยเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ย่อมส่งผลกระทบต่อการเดินทางท่องเที่ยว

ดังนั้น ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็น “ชนเมืองน่าน โดยกำเนิด” และมีปณิธานมุ่งมั่นให้จังหวัดน่านเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมแหล่งหนึ่ง ที่มีการเติบโตอย่างยั่งยืน มีภาพลักษณ์ที่ดี และเป็นที่ยอมรับของนักท่องเที่ยว จึงสนใจศึกษาวิเคราะห์ระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน เพื่อให้ทราบถึงสภาพและปัญหาด้านอาชญากรรมในพื้นที่ รวมถึงเสนอแนะแนวทางการจัดการด้านความปลอดภัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการความปลอดภัยในพื้นที่เชิงวัฒนธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน
3. เพื่อนำเสนอระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตเนื้อหา

ศึกษาสภาพและปัญหาการเกิดอาชญากรรมในพื้นที่ ระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติ รวมถึงกฎหมาย มาตรการ

นโยบายและแผนการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรม ที่กำหนดจากหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลด้านความปลอดภัย

2. ขอบเขตพื้นที่

พื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน

3. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ

3.1 หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและมีหน้าที่ในการดูแลและจัดการด้านความปลอดภัย ได้แก่ ตำรวจท่องเที่ยว ตำรวจภูธร นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองน่าน สภาวัฒนธรรมจังหวัดน่าน องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษ (อพท.)

3.2 นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ผู้วิจัยใช้เวลาดำเนินงานวิจัยตั้งแต่ มกราคม-ตุลาคม ปี พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ชุด คือ

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการจัดการด้านความปลอดภัยซึ่งได้แก่ ตำรวจท่องเที่ยว ตำรวจภูธร นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองน่าน สภาวัฒนธรรมจังหวัดน่าน องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษ (อพท.)

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง นักท่องเที่ยวชาวไทยและต่างชาติ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและรวบรวมเก็บข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอกสารงานวิจัยวรรณกรรม ผลงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศที่สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี และประเด็นที่ศึกษา

2. สร้างเครื่องมือ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เพื่อใช้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

3. หากคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เทียบตรง ความชัดเจนครอบคลุมเนื้อหา

4. นัดหมายสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์พรรณนา จากการวิเคราะห์เนื้อหาและตีความข้อมูล ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

5. สร้างข้อสรุปและจัดทำรายงานผลการการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรม

ด้วยความโดดเด่นด้านเอกลักษณ์เป็นเขตเฉพาะด้านวัฒนธรรม ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองน่าน สร้างชื่อเสียงในด้านการท่องเที่ยวให้แก่เมืองน่าน จำนวนนักท่องเที่ยวที่เข้ามาเยือนในเขตพื้นที่เชิงวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด และอย่างมีนัยสำคัญ การหลั่งไหลของนักท่องเที่ยวอาจนำมาซึ่งปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาด้านอาชญากรรม ผู้วิจัยจึงสนใจวิเคราะห์ระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในพื้นที่

ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน ซึ่งเป็นแหล่งมรดกแห่งวัฒนธรรม โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ใน 4 องค์ประกอบ คือ

1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยข้อมูลจากผู้ใช้พื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับสภาพและปัญหาด้านอาชญากรรมในพื้นที่ จากหน่วยงานด้านความปลอดภัย

2. กระบวนการ ประกอบด้วย นโยบายและแผนการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรม

3. ปัจจัยผลลัพธ์ ประกอบด้วย ระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรม ที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวคิดทฤษฎี และจากการสัมภาษณ์

4. ข้อมูลย้อนกลับ ประกอบด้วย ข้อมูลระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมที่เป็นปัจจัยผลลัพธ์ ที่นำเสนอหน่วยงานด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องและผู้ใช้พื้นที่

ในการวิเคราะห์ระบบจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมครั้งนี้ อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีที่สำคัญ ดังนี้

1) ทฤษฎีสามเหลี่ยมอาชญากรรม (Crime triangle theory) ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านต่างๆ 3 ด้าน คือด้านผู้กระทำผิด ด้านเหยื่อ และด้านโอกาส เมื่อเหตุการณ์ครบทั้ง 3 ด้านดังกล่าว จะทำให้อาชญากรรมนั้นเกิดขึ้น จึงต้องพยายามตัด

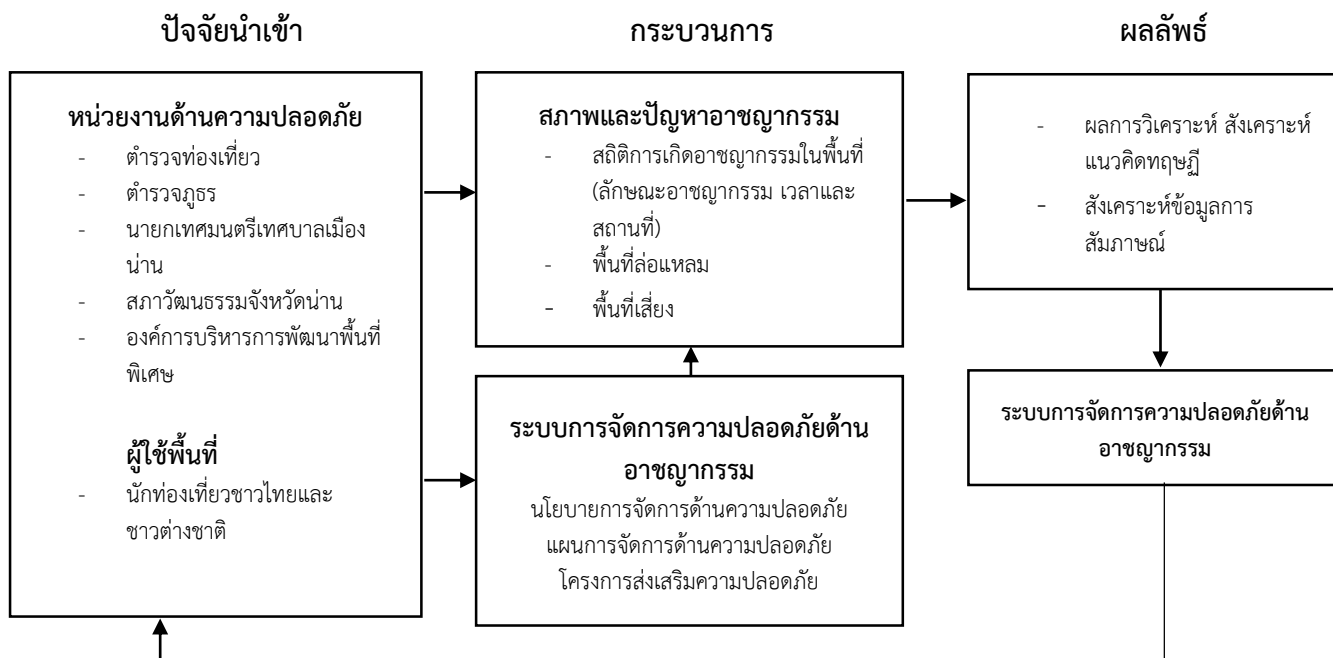
องค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่งไม่ให้สมบูรณ์ เพื่อยับยั้งอาชญากรรม

2) ทฤษฎีการบังคับใช้กฎหมาย (Law enforcement theory) หลักการ คือ การใช้เจ้าหน้าที่ตำรวจในเครื่องแบบ ออกตรวจท้องที่มีการจัดสายตรวจ เน้นการปรากฏตัวของเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อลดช่องโอกาสในการกระทำความผิด มุ่งการเพิ่มประสิทธิภาพเครื่องมือเครื่องใช้ พัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการตรวจท้องที่ และหากมีเหตุอาชญากรรมเกิดขึ้น ต้องรีบสืบสวนจับกุมให้ได้อย่างรวดเร็ว

ทฤษฎีการตำรวจชุมชน (Community policing) หลักการนี้เชื่อว่า ตำรวจกับประชาชนทำงานร่วมกันโดยใช้ความริเริ่มสร้างสรรค์ ย่อมสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรม ความรู้สึกหวาดกลัวภัยอาชญากรรมได้ หลักการการทำงานของตำรวจ ส่งเสริมสนับสนุน แก่ต้นเหตุเพื่อลดปัญหาอาชญากรรม โดยเทคนิคการแก้ต้นเหตุปัญหา ด้วย ความร่วมมือระหว่างตำรวจและชุมชน

ทฤษฎีป้องกันอาชญากรรมจากสภาพแวดล้อม (Theory of crime prevention through environmental design, CPTED) หลักการในการป้องกันอาชญากรรมคือ การจัดการกับสภาพแวดล้อมไม่ให้เอื้อต่อการเกิดอาชญากรรมสภาพแวดล้อม

กรอบงานวิจัย



ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ สภาพและปัญหาด้านอาชญากรรม

1) สภาพทั่วไปของพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน เป็นเมืองขนาดเล็ก มีประวัติศาสตร์ยาวนานกว่า 700 ปี ประกอบด้วยวัดวาอาราม ศิลปวัตถุ และโบราณสถานจำนวนมาก

2) ปัญหาด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน แทบไม่พบปัญหาด้านอาชญากรรม โดยสภาพแวดล้อมที่โปร่ง โล่ง สามารถมองเห็นทะลุถึงกัน ไฟฟ้าส่องสว่างที่พบปัญหาในบางจุด ซึ่งแสงไฟไม่สว่างเท่าที่ควร ระยะวิสัยในการมองเห็นต่ำ รวมถึงการขาดป้ายหรือสัญลักษณ์เตือนภัยด้านอาชญากรรม ในส่วนของด้านบุคคลนั้น โดยธรรมชาติของคนในชุมชนน่านนั้น มีความเอื้อ

อาทรและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ดูแลเอาใจใส่ระหว่างกันในชุมชน จึงทำให้ด้านบุคคลเป็นปัจจัยในการก่ออาชญากรรมน้อยมาก และด้านนโยบายพบปัญหาการขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน รวมถึงปัญหาการโยกย้ายผู้บริหาร ก่อให้เกิดการดำเนินนโยบายที่ไม่ต่อเนื่อง

ตอนที่ 2 ระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรม

ผลการวิเคราะห์บนพื้นฐานทฤษฎีสามเหลี่ยมอาชญากรรมที่ประกอบด้วย 3 ด้าน คือด้านผู้กระทำผิด ด้านเหยื่อ และด้านโอกาสซึ่งเป็นปัจจัยในการก่ออาชญากรรม แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1.ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ค้นพบว่าแทบไม่จำเป็นต้องนำกฎหมายมาบังคับใช้ในพื้นที่

เนื่องจากการดูแลตนเองในชุมชน มีการป้องกัน และป้องปราม ไกล่เกลี่ย ประนีประนอมกันเองในชุมชน เรียกว่าชุมชนเข้มแข็ง ในส่วนของเจ้าหน้าที่ตำรวจ บังคับใช้กฎหมายในเรื่องกำหนดเวลาเปิด ปิดสถานประกอบการให้อยู่ในเวลาที่กฎหมายกำหนด เพื่อลดโอกาสในการเกิดอาชญากรรม มีระบบสายตรวจที่รัดกุม ระยะเวลาการออกตรวจที่ชัดเจน รวมถึงมีการแต่งเครื่องแบบในการออกตรวจพื้นที่ และในประเด็นรับแจ้งเหตุ พบว่ามีการรับแจ้งเหตุหมายเลข 191 ที่มีมาตรฐานและมีความยอดเยี่ยมในระบบรับแจ้งเหตุ โดยระบบรับแจ้งเหตุจะแสดงสถานที่เกิดเหตุเมื่อมีผู้โทรศัพท์แจ้งเหตุในทันที จึงสามารถส่งเจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่ตามต้วยามบริเวณใกล้เคียงที่สุด เข้าสู่จุดเกิดเหตุภายในระยะเวลา 3-5 นาที ซึ่งถือว่ารวดเร็วและประสบผลสำเร็จมาก รวมถึงการมีล่ามอาสาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เมืองน่าน คอยรับโอนสายแจ้งเหตุ เมื่อผู้ประสบเหตุเป็นชาวต่างชาติ

2. ด้านสภาพแวดล้อม ในแนวคิดยุคใหม่ สภาพแวดล้อมมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการลดปัญหาอาชญากรรม สภาพแวดล้อมเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่จะช่วยป้องกันและลดการเกิดเหตุอาชญากรรม โดยแบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ 1) การปรับสภาพแวดล้อม มีการปรับสภาพแวดล้อมที่สามารถมองเห็นทะลุได้ทุกจุด กำแพงเตี้ย การตัดแต่งต้นไม้ที่เป็นพุ่มสวยงามแต่ลดการบดบัง ไม่รกทึบ บ้านเรือนมีความสะอาด ไม่รกรกรกตา 2) ด้านการติดตั้งกล้อง CCTV ถือเป็นสิ่งจำเป็นในการเก็บหลักฐานเมื่อเกิดเหตุอาชญากรรม รวมถึงเป็นการข่มขู่ผู้จะกระทำความผิดไปในตัวให้ไม่กล้าก่อเหตุ พบว่ามีการสนับสนุนงบประมาณจากหลายภาคส่วน รวมถึงเอกชน ได้ให้ความร่วมมือติดตั้งและหันกล้องออกสู่พื้นที่สาธารณะ พบว่ามีการติดตั้งกล้อง CCTV เกือบ 100% ในพื้นที่ และ 3) ด้านไฟฟ้าส่องสว่าง ซึ่งหากไฟฟ้าส่องสว่างไม่

เพียงพอ ย่อมเอื้อต่อการเกิดอาชญากรรมได้ง่าย พบปัญหาจากการปรับทัศนียภาพโดยการนำเสาไฟฟ้าลงดิน จึงขาดเสาไฟฟ้าเพื่อเกาะกึ่งไฟ ทำให้ในบางจุดต้องอาศัยบ้านเรือนหรืออาคารพาณิชย์เป็นที่ติดตั้งกึ่งไฟ และในบางจุดแสงไฟสลัวเกินไป อาจเป็นเพราะการใช้ไฟหลอดสีเหลืองนวล ทำให้วิสัยทัศน์ในการมองเห็นต่ำ

3. ด้านชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านชุมชนเข้มแข็ง ด้วยพื้นที่ชุมชนน่าน ประชาชนในชุมชนมีจิตสำนึกมีคุณธรรมเป็นตัวเชื่อมโยงให้ครอบครัว ชุมชนและสังคม มีความเหนียวแน่นในการที่จะรักษาซึ่งวัฒนธรรมที่เป็นรากเหง้า ดูแลและปกครองกันเองโดยใช้หลักพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน สร้างเกราะป้องกันภัยในลักษณะใช้กฎหมายชุมชน ป้องกันและป้องปรามกันเองในหมู่เครือญาติ 2) ด้านการประชาสัมพันธ์ พบว่าการประชาสัมพันธ์เพียงเล็กน้อย และส่วนใหญ่ไม่ได้ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรม เน้นทางด้านภาพลักษณ์การท่องเที่ยวเป็นหลัก และประเด็นที่ 3) ด้านการมีส่วนร่วม มีการอาศัยความร่วมมือกับทุกฝ่ายระหว่างหน่วยงานรัฐและชุมชน ดังประชาชนเข้ามาเป็นจิตอาสา สร้างชุมชนให้เข้มแข็ง จัดอบรมให้ความรู้ รับฟังปัญหาจากชุมชน อีกทั้งประชาชนเป็นหูเป็นตาให้กับหน่วยงานราชการ ทำให้สามารถลดปัญหาอาชญากรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ

ตอนที่ 3 นำเสนอระบบการจัดการด้านความปลอดภัยในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน

1. ด้านการบังคับใช้กฎหมาย พบจุดอ่อนแหลมในบางจุด 1) เสนอให้เพิ่มสายตรวจในบริเวณบ่ออบ้านน้ำเสีย บริเวณใต้เชิงสะพานพัฒนาภาคเหนือ รวมถึงเพิ่มความถี่ในการตรวจตราเพื่อกดดันไม่ให้เกิดการมั่วสุม และรวมตัวกัน

ของกลุ่มวัยรุ่น และ 2) เพิ่มช่วงเวลาในการออกตรวจพื้นที่สวนสาธารณะในบริเวณใกล้รุ่ง

2. ด้านการป้องกันอาชญากรรมจากสภาพแวดล้อม ควรเพิ่มประเด็นการบริหารจัดการ คือ 1) เพิ่มแสงสว่างในจุดล่อแหลม หรือบริเวณที่แสงสว่างยังไม่เพียงพอ เช่น บริเวณหน้าสถานีตำรวจภูธรน่าน บริเวณถนนสุขุมเทวราช บริเวณตรอกซอยแคบ บริเวณริมแม่น้ำฝางพื้นที่เขตเทศบาล รวมถึงศึกษากรณีการใช้สีของหลอดไฟเพื่อส่องสว่างและไม่กระทบวิสัยทัศน์ของพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม 2) ติดตั้งป้ายสัญลักษณ์เตือนภัย 3) กวดขันร้านค้าชุมชน งดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเวลาที่กฎหมายกำหนด

3. ด้านชุมชน เพื่อให้การป้องกันเหตุอาชญากรรมเป็นไปอย่างยั่งยืน ควรบูรณาการประสานความร่วมมือเพื่อป้องกันภัย ดังนี้ 1) ขยายความร่วมมือจากชุมชนเข้มแข็ง เป็นการสร้างสังคมเข้มแข็งขึ้น ขยายความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ประสานความร่วมมือจากภาคประชาชน หล่อหลอมเป็นสังคมเดียวกัน และ 2) บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการท่องเที่ยว ให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการดำเนินงาน ก่อประโยชน์สูงสุดแก่ภาคประชาชน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านการบังคับใช้กฎหมาย พบปัญหาด้านอาชญากรรมน้อยมาก จากการที่มีระบบสายตรวจที่เข้มแข็งและระบบการรับแจ้งเหตุที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ ซึ่งในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจด้านสายตรวจนั้น มีการจัดสายตรวจตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้รถยนต์และรถจักรยานยนต์สายตรวจที่มีสัญลักษณ์ของตำรวจ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสวมเครื่องแบบในการปรากฏกายเพื่อสร้าง

ความเกรงกลัวต่อผู้ที่ก่อเหตุอาชญากรรม ส่วนระบบการรับแจ้งเหตุโดยเลขหมาย 191 ซึ่งศูนย์สามารถตรวจสอบพื้นที่ต้นทางการแจ้งเหตุโดยอาศัยการแสดง Location ผ่านเทคโนโลยี Google map ทำให้ทราบพื้นที่ที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็ว และจะมีการประสานไปยังสายตรวจหรือป้อมยามที่ใกล้จุดเกิดเหตุที่สุดเพื่อส่งเจ้าหน้าที่เข้าถึงจุดเกิดเหตุภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที เป็นไปตามทฤษฎีการบังคับใช้กฎหมาย ส่วนปัญหาการมีส่วนร่วมของกลุ่มวัยรุ่น/ประชากรแฝง และปัญหาการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากร ซึ่งปัญหาการมีส่วนร่วมของกลุ่มวัยรุ่น/ประชากรแฝงในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน ส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นตามหอพักหรือกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาครอบครัว อาจนำมาซึ่งปัญหาเสพติดหรือปัญหาอาชญากรรมได้ข้อค้นพบปัญหานี้ สอดคล้องกับ⁶ ศึกษาปัจจัยการเกิดอาชญากรรมทางเพศรวมถึงแนวทางการป้องกันอาชญากรรมทางเพศตามทฤษฎีสามเหลี่ยมอาชญากรรมพบว่า ปัจจัยการเกิดอาชญากรรมทางเพศประการหนึ่งคือ ปัจจัยด้านผู้กระทำผิด/คนร้าย ที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหาหรือแตกแยก ผู้วิจัยจึงนำเสนอให้เพิ่มสายตรวจในพื้นที่จุดล่อแหลมซึ่งเป็นแหล่งมั่วสุมดังกล่าว

ส่วนประเด็นการขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ จากข้อค้นพบ กำลังพลที่ไม่ตรงตามจำนวนจริง เนื่องจากหลายสาเหตุ รวมถึงงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ทำให้การปฏิบัติไม่เต็มประสิทธิภาพ แม้พบปัญหาดังกล่าวนี้นี้ แต่การเกิดอาชญากรรมยังถือว่าน้อยมาก แสดงถึงระบบการบริหารจัดการที่ดี และความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ⁷ พบว่า การปฏิบัติงานของตำรวจสายตรวจในการป้องกันอาชญากรรมมีคุณภาพมาก โดยปัจจัยการบริหารจัดการสถานีตำรวจ ปัจจัยสมรรถนะบุคคล และปัจจัยแรงกดดันภายนอก

สถานีตำรวจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานสายตรวจ ซึ่งปัจจัยสมรรถนะบุคคล ด้านความเข้าใจในงานสายตรวจและเข้าใจในพื้นที่รับผิดชอบ มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานสายตรวจมากที่สุด

2. ด้านสภาพแวดล้อม พบว่ามีการปรับสภาพแวดล้อมโดยออกแบบทางกายภาพให้สามารถมองเห็นได้ทุกจุด รั้ว กำแพงที่เตี้ยสามารถมองเห็นทะลุถึงกันได้ในระยะไกล การตัดแต่งต้นไม้ และสิ่งก่อสร้างในลักษณะที่สวยงามแต่ไม่รบกวนสายตา โลงเตียน เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการป้องกันอาชญากรรมจากสภาพแวดล้อม นอกจากนี้การเพิ่มประสิทธิภาพเครื่องมือเครื่องใช้ทางด้านเทคโนโลยีใหม่ๆ การติดตั้งกล้อง CCTV ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ก่อให้เกิดการเกรงกลัวที่จะก่อเหตุ เป็นการลดช่องโอกาสที่จะก่อเหตุอาชญากรรมตามแนวคิดทฤษฎีสามเหลี่ยมอาชญากรรม ในประเด็นด้านสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยค้นพบปัญหาพื้นที่จุดเสี่ยง จุดล่อแหลมและไฟฟ้าส่องสว่าง ซึ่งพื้นที่จุดล่อแหลม ในพื้นที่บริเวณใต้เชิงสะพานพัฒนาภาคเหนือ ยังพบแหล่งมั่วสุมดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่น ในยามวิกาล นำมาซึ่งปัญหาอาชญากรรม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ⁸ ที่ศึกษาความหนาแน่นเชิงพื้นที่อาชญากรรม กรณีศึกษา เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร พบว่า รูปแบบการกระจายตัวเชิงพื้นที่ของคดีอาชญากรรมที่จำแนกตามประเภทของลักษณะความผิดมีรูปแบบการก่อเหตุแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมของการก่อเหตุ โดยพบว่า คดียาเสพติด คดีลักทรัพย์ และคดีฆาตกรรมมักพบมากในบริเวณที่เป็นพื้นที่สาธารณะและบริเวณจุดอับสายตาในเวลา กลางคืน ผู้วิจัยจึงนำเสนอระบบการจัดการความปลอดภัยในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน ด้านสภาพแวดล้อม โดยการเพิ่มไฟส่องสว่างในจุดล่อแหลมหรือบริเวณที่

แสงสว่างไม่เพียงพอ และใช้โคมไฟถนนหลอดไดโอดเปล่งแสง ซึ่งให้สมรรถนะแสงสว่างที่ดีกว่าในทุกสภาพถนน รวมถึงใช้การใช้พลังงานที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมโดยการติดตั้งแผงโซลาร์เซลล์ พลังงานแสงอาทิตย์ ซึ่งแม้จะเสียค่าใช้จ่ายมากแต่โดยรวมจะประหยัดค่าใช้จ่ายในระยะยาว รวมถึงติดตั้งป้ายสัญลักษณ์เตือนภัยในเขตพื้นที่ท่องเที่ยวเพื่อเป็นการเตือนและป้องปรามให้นักท่องเที่ยวได้ระมัดระวังตัว

3. ด้านชุมชน พบว่า ชุมชนน่านเป็นชุมชนเข้มแข็ง มีวัฒนธรรมพึ่งพาอาศัยเกื้อกูลกัน มีความเหนียวแน่นในการรักษาไว้ซึ่งวัฒนธรรมอันเก่าแก่ ประชาชนมีจิตสำนึกในการดูแล เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ร่วมมือร่วมใจกันสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นในชุมชน และสร้างความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการตำรวจชุมชน ผู้วิจัย ได้นำเสนอขยายความร่วมมือของชุมชน หน่วยงานทุกภาคส่วนชุมชน สร้างสังคมเข้มแข็ง จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ประมวลผล และเป็นข้อมูลย้อนกลับสู่ชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานตำรวจจัดทำแผนการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมแบบบูรณาการ โดยประสานความร่วมมือกับภาคเอกชน องค์กรต่างๆ รวมทั้งภาคประชาชน ในการวิเคราะห์ปัญหา ด้านอาชญากรรม พื้นที่จุดเสี่ยง สภาพแวดล้อม แหล่งมั่วสุมรวมทั้งประชากรแฝง
2. องค์กรส่วนท้องถิ่นสร้างสังคมต้นแบบ โดยการศึกษาวិเคราะห์และนำจุดแข็งของแต่ละชุมชนและอัตลักษณ์ของน่านสร้างภาคีเครือข่ายเป็นสังคมต้นแบบน่าน
3. ผู้บริหารองค์กรและหน่วยงานของรัฐ จัดทำนโยบายเสนอของบประมาณในการจัดการ

ความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในภาพรวมของพื้นที่เมืองน่าน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการและพัฒนาได้ทั้งระบบและบูรณาการทำงานร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

4. สร้างวิสัยทัศน์ของผู้บริหารเมืองน่านให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดช่องว่างในการบริหารจัดการและสร้างความตระหนักและจิตสำนึกในการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงลึกถึงการมีส่วนร่วมได้ ส่วนเสีย และการได้รับผลกระทบจากแผนงานการจัดการความปลอดภัยด้านอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม จังหวัดน่าน เพื่อเป็นการสร้างจิตสำนึกที่ดีในชุมชนและสังคมต่อการป้องกันอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยว

2. ควรศึกษาพฤติกรรมกรรมกรมั่วสุมของกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม จังหวัดน่าน เพื่อหาแนวทางป้องกันและป้องปรามปัญหาอาชญากรรม

3. ควรศึกษาแนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม จังหวัดน่าน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ ขอน้อมรำลึกถึงอำนาจบารมีคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย อันเป็นที่พึ่งให้ผู้วิจัยมีสติปัญญาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ขอให้เป็นที่กตเวทิตาแต่บิดา มารดา ครู อาจารย์ ตลอดจนผู้เขียนทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการนโยบายการท่องเที่ยวแห่งชาติ. แผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560–2564. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2560.
2. กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม. [Online]. ยุทธศาสตร์และการพัฒนาในช่วง 3 ปี พ.ศ. 2551–2553. เข้าถึงได้ : <http://www.thawangpha.go.th/newcenter/newcenter320140527150051.doc>. (1 พฤษภาคม 2560).
3. กรมการท่องเที่ยว. [Online]. สรุปสถานการณ์ท่องเที่ยวภายในประเทศ จังหวัดน่าน พ.ศ. 2552– 2558. เข้าถึงได้จาก : <http://www.newdot2.samartmultimedia.com/home/listcontent/11/221/276/>. (1 พฤษภาคม 2560).
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. [Online]. สถิติการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญจำแนกตามประเภทคดีที่รับแจ้ง จังหวัดน่าน พ.ศ. 2549–2558. เข้าถึงได้จาก <http://www.service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries23.html>. (22 สิงหาคม 2560).
5. George, R. Tourists' perceptions of safety and security while visiting Cape Town. Tourism Management: 2011; 24, p. 575-585.
6. สุขุม อรุณจิต และ วุฒิพล มั่นเหมาะ. (2559). “ปัจจัยการเกิดอาชญากรรมทางเพศและแนวทางการป้องกันอาชญากรรมทางเพศตามทฤษฎีสามเหลี่ยมอาชญากรรม”. วารสารวิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ 2559; 2(1): 23-34.

7. ภัทรวุฒิ อัครภัทร และ วันทนีย์ จันทร์เอี่ยม. การวิเคราะห์คุณภาพการปฏิบัติงานของ ตำรวจสายตรวจในการป้องกันอาชญากรรมในพื้นที่รับผิดชอบของตำรวจภูธรภาค 5. ปรัชญาดุสิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยฟาอีสเทิร์น; 2557.
8. มณฑล เยี่ยมไพศาล และ มานัส ศรีวณิช. ความหนาแน่นเชิงพื้นที่อาชญากรรม กรณีศึกษาเขตพระนคร กรุงเทพมหานคร ศึกษาตามแบบเคอร์เนล. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.

Received: 25 Jan 2019, Revised: 23 Feb 2019,

Accepted: 4 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

อนัญญา มานิตย์^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองให้การพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวนกลุ่มละ 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงบรรยาย สถิติทดสอบค่าที (Independent T-Test) และ Mann-Whitney U – Test ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจและจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 2) ผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้เรื่องโรคระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ($p < .05$) ส่วนดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดี แอล และการทำงานของไต ไม่แตกต่างกัน ($p < .05$) สรุปได้ว่า รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ควรนำไปใช้ขยายผลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

คำสำคัญ: การบริการพยาบาล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

¹หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

*Corresponding author: ya_manit@yahoo.com

*Original Article***Development of nursing service model among patients with Non-Communicable Diseases, King Narai Hospital, Lop Buri province**Ananya Manit^{1,*}**Abstract**

This study of research and development design aimed to develop Nursing service model among patients with Non-Communicable Diseases by using Evidence based practice concept of Soukup (Soukup, 2000). The objectives were to development of Nursing service model among patients with Non-Communicable Diseases and to study effect of Nursing service model among patients with Non-Communicable Diseases, King Narai Hospital. The sample included 114 patients with Diabetes and Hypertension in each group; control group was receiving routine nursing care and experimental group was receiving Nursing service model among patients with Non-Communicable Diseases. The instruments were Knowledge of Diabetes and Hypertension diseases, results of care. The quantitative data were analyzed by using descriptive statistic, Independent T-Test and Mann-Whitney U – Test. The results showed that 1) Nursing service model among patients with Non-Communicable Diseases, King Narai Hospital that was developed comprising 6 components: directions and policies, information system, system adjustment and service process, self-management support system, decision support system, arranging linking service to the community, 2) results of Nursing service model among patients with Non-Communicable Diseases showed that control and experimental groups of Knowledge of Diabetes and Hypertension diseases, fasting plasma glucose, systolic and diastolic blood pressure, patients satisfaction, and quality of life were different significantly at the .05 level. In contrast, body mass index, LDL level, and kidney function were not different significantly at the .05 level. Conclusion: Nursing service model among patients with Non-Communicable Diseases was developed that improved outcomes of care, should be extended to treat in another with Non-Communicable Diseases.

Keywords: Nursing service, Patients with Non-Communicable Diseases¹Male medicine ward1, Nursing Department, King Narai Hospital

*Corresponding author: ya_manit@yahoo.com

บทนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะสถานการณ์โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และการไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและเกิดอันตรายถึงชีวิตได้¹

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังมีจำนวนมากที่สุด และเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังอื่น ๆ² เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และไตวาย เป็นต้น ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2558-2560 ตามลำดับ มีดังนี้ 10,560 10,661 10,495 คน อัตราการควบคุมโรคคือ 24.06, 36.14, 31.42 เป้าหมายคือร้อยละ 40 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 22,585 23,102 22,399 คน อัตราการควบคุมโรคคือ 10.45, 15.16, 25.57 เป้าหมายคือร้อยละ 50 ปัญหาที่พบการดูแลรักษาที่พบคือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสูงอายุขาดคนดูแล ระยะเวลาเป็นโรคนานทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีแนวทางปฏิบัติร่วมกับองค์การอนามัยโลก เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งมุ่งเน้นที่ “การปรับปรุงระบบ” เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น³ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข ได้มีการพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพมาตั้งแต่ปี 2557-2559 และพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปี 2560 ให้มีความครอบคลุมทั้งกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ ในการให้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่ การลดอัตราการป่วย อัตราตาย และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงต่อไป⁴

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อสร้างรูปแบบในการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

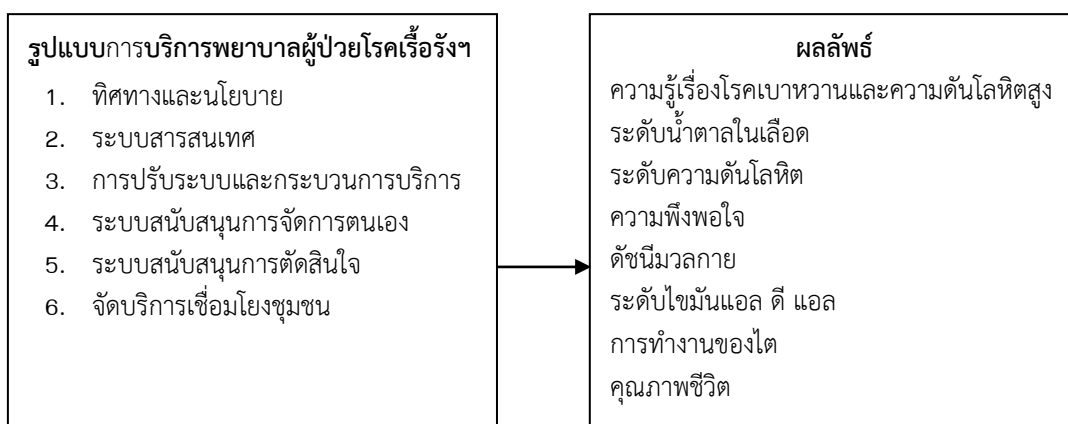
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกตรวจโรคทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่าง มกราคม 2561 – ธันวาคม 2561

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000)⁵ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติ เน้นการทำงานและการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิง

ประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 3) การนำรูปแบบไปทดลองใช้ และ 4) การนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน เพื่อให้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง และเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000)⁵

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกตรวจโรคทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2560 – 31 ธันวาคม 2560 โดยมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง⁶ โดยใช้ ค่าอำนาจทดสอบ (Power) ที่ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (Estimated Effect) ที่ .50 ค่าระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติ (α) ที่.01 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 95 คน และเพื่อป้องกันผู้ป่วยสูญหาย และไม่สามารถติดตามผู้ป่วยมาเข้าร่วมการวิจัยได้ จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็น 228 คน และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองให้การพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวนกลุ่มละ 114 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกตรวจโรคทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 – 31 ธันวาคม 2560

2. สามารถอ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้และช่วยเหลือตนเองได้

3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างเรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้วิจัยพัฒนาจากคู่มือการดำเนินงาน ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560⁴

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาเป็นโรค

3. แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความถูกต้อง (CVI) เท่ากับ 0.80 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.79

4. แบบบันทึกผลสัมฤทธิ์ทางคลินิก ประกอบด้วย แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดีแอล การทำงานของไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

5. แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการดูแลรักษาโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ เป็นข้อคำถามพัฒนา โดยอุมารณ์ หาญรุ่งชโลธร⁷ ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้โดยปรับข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก พอใช้ และน้อยที่สุด (4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ) จำนวน 19 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.79 เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00-2.99 ถือว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 3.00-3.99 ถือว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางและคะแนนเฉลี่ย 4.00 – 5.00 ถือว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต⁸ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีข้อคำถามในทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามในทางลบ 3 ข้อ คะแนนรวม 26-60 แสดงว่า คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61-95 แสดงว่า คุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 96-130 แสดงว่า คุณภาพชีวิตที่ดี การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความถูกต้อง (CVI) เท่ากับ 0.80 มีค่าความเที่ยงตรง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และมีสิทธิที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยได้รับใบอนุญาตการศึกษาวิจัยในมนุษย์เลขที่ 07-1/ 2561 ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2561 ถึง 15 มกราคม 2562

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ห้องตรวจโรคทั่วไป

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 30 ราย สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ราย แพทย์อายุรกรรม จำนวน 2 คน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดย Content analysis สรุปได้ Theme ดังนี้ 1) ทิศทางและนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ โดย 1) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้หลักฐานการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดผู้วิจัย 2) กำหนดคำสำคัญและการสืบค้นงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมทั้งสรุปประเด็นของงานวิจัยที่สืบค้นตามกรอบ PICO format ได้คำสำคัญ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องโรค/ แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย/ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล/ ผลลัพธ์การแลรักษาผู้ป่วย/ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น 3) กำหนดแหล่งที่สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น PubMed, Proquest Nursing & Allied Health Source, Science direct, Lippincott ฯลฯ งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ตำรา หรือเอกสารจากการประชุมวิชาการ เป็นต้น แบ่งระดับความน่าเชื่อถือเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์⁹ 4) ผู้วิจัยประเมินคุณภาพและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ 130

เรื่อง สามารถนำมาใช้ได้ จำนวน 25 เรื่อง ได้แก่ วิเคราะห์อภิธาน 5 เรื่อง (ระดับ 1) หลักฐานงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง 10 เรื่อง (ระดับ 2) หลักฐานงานวิจัยเชิงพรรณนา 8 เรื่อง (ระดับ 3a=1, 3b=2, 3c=5) บทความทางวิชาการ 2 เรื่อง (ระดับ 4)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย

ระยะที่ 4 นำรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ หลังทดลองใช้ ไปกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ให้การพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ ที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ
2. สร้างรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Content Analysis)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน – ล่าง คะแนนความพึงพอใจ ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดี แอล และการทำงานของไต ใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent T-Test)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Mann-Whitney U – Test

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup)⁵ ประกอบด้วย 1) ทิศทางและนโยบาย โดยมีการกำหนดนโยบาย วางแผนปฏิบัติการ การจัดสรรบุคลากร สถานที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ การวางแผนเครื่องมือ อุปกรณ์ พร้อมใช้งาน 2) ระบบสารสนเทศ ที่ครบถ้วน เชื่อมโยงกับ data center ของอำเภอ/จังหวัด เป็นปัจจุบันและมีการรายงานผลต่อผู้บริหารปีละ 1-2 ครั้ง 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ ครอบคลุมกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย มีทีมสหสาขาในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีระบบส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และมีสื่อเครื่องมือช่วยในการจัดการตนเองของผู้ป่วย 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ โดยการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในผู้ป่วยที่สนใจ และ 6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ที่ลดเสี่ยงลดโรค และจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต หลังการทดลอง แตกต่างกัน ($p < .05$) ส่วนดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดี แอล ภาวะไตวาย และไม่แตกต่างกัน ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 1

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.60 อายุเฉลี่ย 5.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.10 ส่วนใหญ่มีอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 29.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.10 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 32.50 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.50

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.90 มีอายุเฉลี่ย 55.61 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.20 อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 33.30 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.00 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.30

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดี แอล การทำงานของไต ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=114)	ระดับ	กลุ่มทดลอง (n=114)	ระดับ	t	p-value
	Mean $\pm$ S.D.		Mean $\pm$ S.D.			
ความรู้เรื่อง โรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	5.15 $\pm$ 1.59	ปานกลาง	8.46 $\pm$.97	มาก	-18.90	0.00
ระดับน้ำตาลในเลือด*	155.97 $\pm$ 55.84	ต้อง ปรับปรุง	135.90 $\pm$ 46.18	ต้อง ปรับปรุง	2.96	.00
ความดันโลหิตตัวบน (SBP)*	140.01 $\pm$ 18.05	ต้อง ปรับปรุง	124.78 $\pm$ 11.16	ดี	7.66	.00
ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) *	69.71 $\pm$ 9.48	ดี	69.96 $\pm$ 9.64	ดี	2.17	.03
ดัชนีมวลกาย*	26.29 $\pm$ 4.66	ต้อง ปรับปรุง	26.26 $\pm$ 4.43	ต้อง ปรับปรุง	-.13	.90
ระดับไขมันแอล ดี แอล*	141.89 $\pm$ 96.99	ต้อง ปรับปรุง	121.89 $\pm$ 49.36	ต้อง ปรับปรุง	1.97	.05
การทำงานของไต						
- BUN*	16.21 $\pm$ 4.90	ดี	16.09 $\pm$ 4.93	ดี	.19	.85
- Cr*	.92 $\pm$.23	ดี	.89 $\pm$.25	ดี	-.75	.45
ความพึงพอใจ*	3.40 $\pm$.05	ปานกลาง	3.50 $\pm$.11	ปานกลาง	-8.25	.00
คุณภาพชีวิต**	3.05 $\pm$.09	ปานกลาง	3.24 $\pm$ 3.10	ปานกลาง	-14.61	.00

S.D: Standard deviation, p < .05, *Independent t-test, **Mann-Whitney U – Test

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup)⁵ ประกอบด้วย 1) ทิศทางและนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ทำให้ครอบคลุมทุกกระบวนการบริการพยาบาล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน น่าเชื่อถือ ทำให้เกิดผล

ลัพธ์ในการดูแลรักษาที่ดี นอกจากนั้นรูปแบบนี้ยังทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นไปในแนวทางเดียวกัน สะดวกในการปฏิบัติงาน และเกิดความพึงพอใจ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ที่ประกอบด้วย การจัดระบบบริการสุขภาพ การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก แหล่งสนับสนุนจากชุมชน ทำให้เห็นถึงรูปแบบการดูแลที่มีความเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ป่วย

โรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง รวมทั้งสามารถเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมยั่งยืน โดยแต่ละหุ้นส่วนมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน แม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกัน¹⁰

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นคือ

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น มีแนวทางปฏิบัติ แนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างมีรูปแบบและมีแบบแผนโดยเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้จริง และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยร่วมให้การพยาบาลผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักการพยาบาลที่กล่าวไว้ว่า พยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) ทำหน้าที่ บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ มีการบูรณาการผสมผสานทั้งส่วนของบริการที่จะต้องปรับปรุงออกแบบกระบวนการบริการ โดยเน้นการสนับสนุนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตาม แผนการดูแล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคได้ ในขณะเดียวกันก็สนับสนุนให้ชุมชนและองค์กรภาคเอกชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมรับรู้ข้อมูลปัญหาสุขภาพ รวมถึงทำให้ผู้แทนองค์กรเหล่านี้ มองเห็นปัญหา และเข้ามาร่วมระดมทรัพยากรความสามารถเพื่อช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ทำให้ประชาชนเข้าใจ และวางแผนการดำเนินชีวิตที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยพยาบาลผู้จัดการการดูแลจะนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังไปใช้ในการดูแลประชาชนในพื้นที่¹¹

2) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดี แอล และการทำงานของไต ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ต้อง ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจ คลายความวิตกกังวล คลายความเครียดสอดคล้องกับการศึกษาของชลการ ชัยกุล¹² ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพความดันโลหิตตัวบน-ล่างต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิไลวรรณ โพศรีทอง และคณะ¹³ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีพฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจสูงกว่าก่อนได้รับคำแนะนำ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลโดยการจัดการระบบบริการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ยังมีผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลง¹⁴ สำหรับดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดี แอล และการทำงานของไต (บี ยู เอ็น, ครีอะตินิน) ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ระหว่าง 5-10 ปี อายุมากกว่า 50 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเป็นแม่บ้าน/ พ่อบ้าน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเฉพาะในคลินิกตรวจโรคทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก และให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปออกกำลังกายที่บ้านเอง ถึงแม้จะมีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน แต่ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายแบบเต็มรูปแบบ ยังคงรับประทานอาหารประเภทแป้งมากกว่าผัก และผลไม้ จึงทำให้ผู้ป่วยยังมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² จัดว่าอ้วน และ

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเพียง 6 เดือน อาจทำให้ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลการนำรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงพื้นที่อื่น ๆ และผู้ป่วยอื่น ๆ ต่อไป

2. ควรใช้ระยะเวลาศึกษาวิจัยให้มากขึ้น และติดตามผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. ควรส่งเสริมการใช้นวัตกรรมอื่น ๆ เพื่อจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559: การบริหารงบบริการ ควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการ ควบคุมป้องกันและรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2558.
2. รวมพร นาคะพงษ์, นิพา ศรีช้าง, ลินดา จำปาแก้ว. แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2553.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศ ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก มกราคม 2560 - ธันวาคม 2564. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561.
4. สุนนี วัชรสินธุ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, เมตตา คำพิบูลย์, อัจฉรา ภักดีพินิจ, ชาญยุทธ วิหคโต, ศกลวรรณ แก้วกลิ่น และคณะ. คู่มือการดำเนินงาน ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์, 2559.
5. Soukup M. The center for advanced nursing practice evidence - based practice model. *Nurs Clin North America*. 35:301-9; June, 2000.
6. Polit D, Beck C. The essentials of Nursing Research. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
7. Hanrungchroton U. Factors related to the quality of life of clients with type 2 diabetes. Mueang Nakorn Pathom: Mahidol University, 2001.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) 2540 [updated 16 มกราคม 2561]; Available from: <http://www.dmh.go.th/test/whoqol>.
9. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2011 Edition. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2011.
10. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สดางค์ ศุภผล, ทศนีย์ ญาณะ, รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์, อรอนงค์ ดิเรกบุษราคัม, ผกัรัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ และคณะ. การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนดี้พับลิชชิง จำกัด, 2553.

11. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาล
ผู้ป่วยภาวะเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์
อักษรกราฟิกแอนดส์ไซน์, 2558.
12. ชลการ ชัยกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริม
การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดัน
โลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
13. วิไลวรรณ โพศรีทอง, ธนัญญ์ มณีศิลป์,
พิศมัย โพธิพรรณ, งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง.
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วย
รูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาล
สระบุรี. วารสารกองการพยาบาล. 39(2):
79-93; พฤษภาคม – สิงหาคม, 2559.
14. วลีรัตน์ สุธนันท์. การพัฒนาระบบบริการ
พยาบาล โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการ
โรคเชิงบูรณาการและแนวคิดการจัดการ
ผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง เครือข่ายบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี.
วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.
24(1): 96-109; มกราคม-มิถุนายน, 2556.
15. Bandura A. Self-efficacy: Toward a
unifying theory of behavior change.
Psychological Reviews. 84(2): 191-215;
April, 1997.

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**
 - พิมพ์ในไฟล์ Word
 - ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
 - กรอบของข้อความ 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

การเรียงลำดับเนื้อหาในนิพนธ์ต้นฉบับ

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) ตลอดทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

8. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion) การเขียนอภิปรายผล ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนจบเอกสาร หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

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

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
 2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
 3.
 4.
 5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสัจการ. “พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร. 27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.
- **ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม**สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ
 - **การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์**
 - ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document มาที่กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข www.ajcph.org
 - วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,000 บาท โดยผู้พิมพ์จะได้รับวารสารฉบับที่ตีพิมพ์จำนวน 2 เล่ม
- การชำระเงิน** โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย
ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน”
เลขบัญชี “955-0-13237-4”
(ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ www.ajcph.org ตามระบบของเว็บไซต์)