

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

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

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุขสำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

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

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

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

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตร์ เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติปัญญาชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะจักรกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรรณปิยกุล

นายมงคล เงินแจ้

นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวน
นายปริญญา ระลึก

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

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

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม
ดร.นงา สิงห์วีรธรรม
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวน

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

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก
นายสมบัติ ชัดโพธิ์
นายขจร อินธิเสน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน และสมาชิกวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI (Thai Journal Citation Index) กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยวารสารกำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ ซึ่งวารสารปีที่ 5 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2562) นี้ ได้มีบทความวิจัยทางด้านสุขภาพที่หลากหลายส่งมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์กับงานสาธารณสุข ทั้งในด้านการบริการ บริหาร และวิชาการ เช่น ความคาดหวังผู้มารับบริการ การบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เป็นต้น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพการวิจัยทางสาธารณสุข ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ จึงเป็นอีกหนึ่งช่องทางสำหรับนักวิจัยที่จะพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพให้กับชุมชน ขอเชิญผู้วิจัยส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อสร้างสรรค์และพัฒนาวิชาการของนักสาธารณสุข โดยส่งบทความและข้อเสนอแนะได้ทางอีเมล editorial.ajcph@gmail.com หรือ www.ajcph.org และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา ซึ่งในปี 2563 วารสารก็จะพัฒนาคุณภาพให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ

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

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิจัย		Research articles
● การประเมินหลักสูตรโรงเรียนสุขภาวะใน จังหวัดมุกดาหารโดยใช้กระบวนการเทียบ ระดับ	1	■ The Evaluation of Health Schools Curriculum in Mukdahan Province by using Benchmarking Process
บุญศรี อุดคำ มนตรี วงษ์สะพาน		Puncharat U-Khum, Montree Wongsaphan
● คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการ รับรู้ของผู้มารับบริการ ที่แผนกส่งเสริม สุขภาพ โรงพยาบาลกระบี่นครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล	13	■ Service Quality according to Expectation and Perception of the Service Recipients at the Wellness Department, Krabi International Hospital
มนัสชญา โรมินทร์ นิตยา เพ็ญศิริินภา พรทิพย์ กิระพงษ์		Manuschaya Romin, Nittaya Pensirinapa, Porntip Geerapong
● การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุทธาเวช จังหวัดมหาสารคาม	27	■ Perceived Stroke Warning Signs among Hypertensive Patients, Suddhavej Hospital, Maha Sarakham Province
วีระศักดิ์ อเนกศักดิ์ สุรพันธ์ สืบเนียม สิรินธร นิลวรรณภา		Weerasak Aneksak, Suraphan Seubniam, Sirtorn Ninwanapa
● การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสอนม จังหวัด สุรินทร์	38	■ Development of an Elderly Care Model with Partipation of community network in Ban Nonphuey Tambol Health Promoting Hospital, Sanom District, Surin Province
สุปราณี บุญมี ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว สุพิตรรา เศลวัตนะกุล		Supranee Boonmee, Chaiwut Bourneow, Supittras Selavattanakul

สารบัญ	หน้า Page	Contents
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงาน สาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ ใน จังหวัดกาญจนบุรี ไชยพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์ ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ วรางคณา จันทร์คง	50	Factors Related to Public Health Administration of District Public Health Officers in Kanchanaburi Province Chaiyaputthaa Phurichaivoranant, Chawthip Baromtanarat, Warangkana Chankong
ความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัด กาญจนบุรี ธิตีพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์ ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ วรางคณา จันทร์คง	63	Success of Star-Award Sub-district Health Promoting Hospitals’ Operations in Kanchanaburi Province Thitiputth Phurichaivoranant, Chawthip Baromtanarat, Warangkana Chankong
การประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาล นิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ปิยะมาพร เลหาตีรานนท์ สุมัทนา กลางคาร เสฐียรพงษ์ ศิวินา	73	The Application Program of Self Care and Social Support in Teenage Pregnancy: Nikhom Kham Soi Hospital, Nikhom Kham Soi District, Mukdahan Province Piyamaporn Laohateeranon, Sumattana Glangkam, Satianpong Siwina
การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหมอลำ ต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายใน ตำบลเหล่าดอไม้ อำเภอชื่นชม จังหวัด มหาสารคาม พรรณราย สุขมณี ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ สัจด์ เชื้อล้นฟ้า	83	The Application of MORLAM Local Wisdom on <i>Aedes</i> – borne Disease Prevention in ChuenChomsubdistrict, Lao Dok Mai District, Mahasarakham Province Phannarai Sukmanee, PrachumpornLauprasert, Sangud Chualinfa

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา วรศิลป์ ผัดมาลา	96	■ The Community Empowerment Process on Developing Dependent Older People's Quality of Life in Chiang Muan District, Phayao Province Warasin Padmala
● ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงานการเงินและบัญชีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นิรมล จั่นงศรี	112	■ Factors Affecting Work Performance Problems and Obstacles on Financial and Accounting, Faculty of Public Health, Mahasarakham University Niramon Jomnongsree

Received: 14 Dec 2018, Revised: 22 Feb 2019,

Accepted: 15 May 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินหลักสูตรโรงเรียนสุขภาวะในจังหวัดมุกดาหาร โดยใช้กระบวนการเทียบระดับ

บุญศรี อูคำ^{1,*} มนตรี วงษ์สะพาน²**บทคัดย่อ**

“โรงเรียนสุขภาวะ” เป็นการพัฒนาคณาจารย์โรงเรียน เนื่องจากที่ผ่านมาเรามุ่งพัฒนาโรงเรียนให้มีความเป็นเลิศทางวิชาการ ยึดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นหลัก จนมองข้ามสิ่งที่เราต้องการ “พลเมืองที่มีความสุขทั้งมิติของกายใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคมและมีความสามารถเชิงการแข่งขันในเวทีโลกได้” ซึ่งจะเป็นการศึกษาที่สามารถรับมือความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 เป้าหมายของโรงเรียนสุขภาวะเพื่อสร้างให้ผู้เรียนเป็นสุข องค์กรเป็นสุข สภาพแวดล้อมเป็นสุข ครอบครัวเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข โดยการปรับสภาพแวดล้อม ลดปัจจัยเสี่ยง จัดโครงสร้างและระบบต่าง ๆ ให้โรงเรียนสภาพแวดล้อม ครอบครัว และชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาวะของผู้เรียนทั้งด้านกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณและปัญญา ผลการพัฒนาโรงเรียนสุขภาวะจัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามแนวทางโรงเรียนสุขภาวะนี้สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเริ่มต้นจากเปิดใจนำไปสู่การปรับแนวคิดผู้บริหาร ครู ผู้ปกครอง และชุมชนให้หันมาร่วมมือกัน ตั้งเป้าหมายร่วมกันและดำเนินการอย่างมุ่งมั่น ที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข โดยนารูปแบบการจัดกิจกรรมที่ทำจนเกิดผลดีมาแล้วและมีผลการวิจัยสนับสนุน สามารถนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของแต่ละโรงเรียน โดยร่วมมือกันดำเนินการทั้งโรงเรียน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในโรงเรียนจนเป็นวิถีของโรงเรียน ผลคือประสบความสำเร็จในการทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้อย่างมีความสุขแล้ว ครู ผู้บริหาร ผู้ปกครอง และชุมชนก็ได้รับความสุขจากทำงานหนักในเปลี่ยนแปลงโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการภาคภูมิใจ โดยสะท้อนให้เห็นได้จากการที่นักเรียน ๆ ได้เรียนรู้ในสิ่งที่อยากเรียน มีความสนุกสนานตามวัยในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรม นักเรียน กล้าแสดงออกในสิ่งที่แตกต่างจากเพื่อน มีความไว้วางใจที่มีต่อครูมากขึ้นกว่าก่อน นักเรียน มีความสุขในการเรียนรู้ในขณะที่ครูใจเย็นลงยอมรับฟังนักเรียนอย่างตั้งใจ ผลสะท้อนกลับที่สำคัญในโรงเรียนสุขภาวะคือ ผู้เรียนมีความสุข ทำให้ครูมีความสุขเกิดกำลังใจและแรงผลักดันที่จะพัฒนาผู้เรียน กลายเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และชุมชนพึงพอใจจากการประเมินโรงเรียนสุขภาวะของโรงเรียนบ้านโนนสังขศรี อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมุกดาหาร ด้วยเกณฑ์การเทียบระดับของโรงเรียนสุขภาวะคะแนนที่ได้จะถูกนำไปใช้เพื่อการพัฒนาโรงเรียนให้มีความเป็นเลิศร่วมกัน โดยตัวชี้วัดที่ได้คะแนนน้อยโรงเรียนต้องไปเรียนรู้วิธีการพัฒนาจากโรงเรียนอื่นที่อยู่ในกลุ่มเครือข่ายโรงเรียนสุขภาวะ ตัวบ่งชี้ที่ได้คะแนนระดับดีเยี่ยมโรงเรียนจะพัฒนาขั้นตอนการดำเนินงานให้เป็นแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อให้โรงเรียนอื่นในเครือข่ายโรงเรียนสุขภาวะมาเรียนรู้กระบวนการและนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาโรงเรียนของตนเองต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินหลักสูตรโรงเรียนสุขภาวะ กระบวนการเทียบระดับ

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม²อาจารย์ ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author: Pucharat01985@gmail.com

*Original Article***The Evaluation of Health Schools Curriculum in Mukdahan Province by using Benchmarking Process**Puncharat U-Khum^{1,*}, Montree Wongsaphan²**Abstract**

"School of Happiness" It is an important part of quality development. Because of the past, the school is very good. Create a good student with the ability. Competing and moving towards an educational system that removes academic achievement as a measure of school quality. Teacher Quality Assessment. Maintaining academic achievement. We overlook the education we need. Citizens have the joy of the body, mind, society and spirit. Have a lifestyle that is linked to the environment. It is a study that can. Cope with challenges and changes in the 21st century. The goal of health school to create. Happy students. Happy organization Happy environment Happy family and happy community. By adjusting Environment reduces risk factors. Organize structures and systems for schools, family environments, and The community is a safe area. Promote the health of the learner, both physically, socially, spiritually and intellectually. The school has learned the process of learning from its own work as a school path. Development results School of Happiness. Organize teaching and learning activities in accordance with the health school guidelines. Real development Set goals and action. To make learning happy. The pattern of activities that have been doing so well. And have support research results. Black Collar The whole school. Review after practice. To achieve learning in school. Is the way of school. The result is a successful learning environment for the learner. The teachers, administrators, parents and the community are happy. Pride participating schools This is reflected in the students. Learn what I want. Have fun while attending school. The students express themselves in different ways. Friends have more trust in teachers than before. Students are happy to learn. While the teacher is calm. Accept students to listen carefully. It can be said that the implementation of the change management learning and create. An atmosphere that encourages learners to be ready to learn. There are learning activities in the classroom and outside a classroom. From the assessment of the school health of Ban Non Sang Si District. Mukdahan Province. Benchmarking of School Hygienic. The score will be used to School Improvement for Shared Excellence By scoring less points, the school needs to learn how. Developed from other schools in the School Health Network. An excellent indicator of school grades. It will develop the operating procedures to be a good practice. For other schools in the school health network. Learn the process and apply it to develop your own school.

Keyword: The Evaluation of Healthy Schools, The Evaluation of Healthy Schools¹ Master's Degree, Master of Education Program, Department of Curriculum and Instruction, Mahasarakham University² Lecturer, Department of Curriculum and Instruction, Faculty of Education, Mahasarakham University

*Corresponding author: Puncharat01985@gmail.com

บทนำ

จากสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่าความสามารถในการแข่งขันของประเทศและคุณภาพเด็กและเยาวชนไทยมีแนวโน้มลดน้อยลงต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเกิดจากความล้มเหลวของระบบการศึกษาไทย จากปัญหานี้หลายภาคส่วนได้เห็นความสำคัญในการพัฒนาเด็กและเยาวชนของประเทศโดยร่วมดำเนินการผ่าน “โรงเรียน” ซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะเยาวชนในวัยเรียนส่วนมากอยู่ในระบบโรงเรียน จึงมีความจำเป็นต้องเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาโรงเรียนให้สามารถบริหารจัดการและจัดกระบวนการเรียนรู้ให้มีคุณภาพได้ และระบบการศึกษาสร้างความสุขผ่าน โรงเรียนสุขภาวะ คือทางเลือกที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาการศึกษาของเยาวชนไทยในเวลานี้ โรงเรียนสุขภาวะ เป็นโจทย์สำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงเรียนเนื่องจากทิศทางที่ผ่านมาเรามุ่งพัฒนาโรงเรียนให้มีความเป็นเลิศทางวิชาการ มุ่งสร้างนักเรียนเก่งที่มีความสามารถในการแข่งขันและมุ่งสู่ระบบการศึกษาที่เอาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นตัววัดคุณภาพโรงเรียนและคุณภาพครู มีประเมินต่างๆ ยึดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นหลัก จนมองข้ามเจตจำนงทางการศึกษาที่เราต้องการ “พลเมืองที่มีความสุขทั้งมิติของกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กันในตัวมนุษย์และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคมและมีความสามารถเชิงการแข่งขันในเวทีโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี” ซึ่งจะเป็นการศึกษาที่สามารถรับมือความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ได้ แนวคิดการพัฒนาสุขภาวะโดยใช้ฐานโรงเรียนเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเยาวชนในวัยเรียนทั้งหมดอยู่ในระบบโรงเรียน การปลูกฝังเรื่องสุขภาวะให้เกิดขึ้นกับผู้เรียน จึงเป็นโอกาสที่ดียิ่งๆ ที่จะหล่อ

หลอมเยาวชนของประเทศให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาวะเมื่อเติบโตขึ้นดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาโรงเรียนให้สามารถบริหารจัดการและจัดกระบวนการเรียนรู้ที่สร้างสุขภาวะแก่ผู้เรียนได้ กล่าวคือโรงเรียนต้องมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมให้ผู้เรียนเป็นสุข องค์การเป็นสุข สภาพแวดล้อมเป็นสุข ครอบครัวเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข โดยการปรับสภาพแวดล้อม ลดปัจจัยเสี่ยง จัดโครงสร้างและระบบต่างๆ ให้โรงเรียน สภาพแวดล้อม ครอบครัว และชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาวะของผู้เรียนทั้งด้านกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณและปัญญา โดยให้อิสระโรงเรียนได้คิดกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากหน้างานของตัวเองจนเป็นวิถีโรงเรียน สร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ขึ้นภายในโรงเรียนตัวเองตามบริบทแต่ละโรงเรียน¹

หลักสูตรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการศึกษา เพราะหลักสูตรเป็นเสมือนแม่บทเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นแนวทางในการจัดมวลงประสพการณ์ทุกรูปแบบ ทุกระดับชั้น แก่ผู้เรียน อันเปรียบเสมือนแผนที่หรือเข็มทิศที่จะนำทางในการจัดการศึกษาให้บรรลุผล หลักสูตรที่ดีจะต้องมีความชัดเจนเหมาะสมกับผู้เรียนและสังคมซึ่งจะทำให้การนำหลักสูตรไปใช้หรือจัดการเรียนการสอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพราะฉะนั้นในการจัดทำหรือการพัฒนาหลักสูตรเป็นงานสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือร่วมใจกันดำเนินการเพื่อให้ได้หลักสูตรในระดับต่าง ๆ ที่ดีเพราะถ้ามีหลักสูตรที่ดีถูกต้องเหมาะสมเดินทางไปสู่จุดหมายปลายทางในเรื่องการศึกษาจะเป็นไปได้โดยราบรื่นสามารถสร้างลักษณะสังคมที่มีในอนาคตโดยใช้การศึกษาเป็นเครื่องมืออย่างเต็มภาคภูมิ² แนวทางการศึกษาของไทย คงหนีไม่พ้นในเรื่องการอยากเห็นความเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงในการปฏิรูประบบการจัดการศึกษา ให้โรงเรียนเป็นองค์การแห่งความสุข ผู้เรียนเกิดสุขภาวะ โดยสำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ³ ได้อธิบายว่า “สุขภาพ” ต้องให้ความหมายกว้างขวางขึ้นจนสามารถทะลุกรอบการมองสุขภาพแบบเดิมที่นิยามสุขภาพคือ “การไม่เป็นโรค” และมองปัญหาสุขภาพคือ “เชื้อโรคที่สามารถกำจัดได้ด้วยวัคซีนและยา” เท่านั้น นิยามของสุขภาพแนวใหม่จึงมองสุขภาพคือ “สุขภาวะที่ครอบคลุมและบูรณาการทั้งมิติของกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เข้าเป็นวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กันในตัวมนุษย์และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคม” แนวคิดเรื่องระบบสุขภาพของโลกนั้น เดิมวางอยู่บนฐานคิดอยู่ที่คติทางวัตถุนิยม ความหมายของสุขภาพหรือสุขภาวะ จึงมีความโน้มเอียงไปสู่การจัดการสุขภาพในทางกายภาพ ที่มองมนุษย์ ธรรมชาติ และสังคมแบบแยกส่วน ตัดขาดจากกันอย่างสิ้นเชิง สร้างเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อเอาชนะความเจ็บป่วยและความตาย แต่กลับไปสร้างความ ปีบคั้น ทุกข์ทรมานให้กับมนุษย์และเกิดขัดแย้งไม่สมดุลในระบบสุขภาพ การมองสุขภาพแบบแยกส่วนหรือในเชิงปัจเจก จึงไม่เพียงพอที่จะเข้าใจระบบสุขภาพที่เป็นจริงเพราะระบบสุขภาพที่เป็นจริงคือ ความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กันอย่างบูรณาการทั้งระบบภายในร่างกายของมนุษย์ สัมพันธ์กันกับธรรมชาติแวดล้อมและสัมพันธ์กันระหว่างมนุษย์ ทุกสรรพสิ่งล้วนเชื่อมโยงเป็นเหตุปัจจัยซึ่งกันและกันที่อาจทำให้เกิด “สุขภาวะ” หรือ “ทุกขภาวะ” ทั้งบุคคล ครอบครัว ที่ทำงาน องค์กร ชุมชน สังคม ระบบนิเวศและจักรวาล ดังนั้นสุขภาวะในมุมมองใหม่จึงหมายถึง ภาวะแห่งความสุขอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณซึ่งประกอบด้วย การมีสุขภาวะทางร่างกาย คือสามารถทำงานและดำรงชีวิตอยู่ได้ตามควรแก่อายุวัยและควรแก่อวัยวะ การมีสุขภาวะทางใจ คือมีอารมณ์และความรู้สึกที่รื่นรมย์ ยินดีและเป็นสุข

ไม่เครียดกังวล มีสติสัมปชัญญะและความคิดตามควรแก่อายุแก่อวัยวะและสภาพแวดล้อม การมีสุขภาวะทางจิตหรืออาจใช้คำว่า “จิตวิญญาณ” คือความสุขที่เกิดจากการเข้าใจธรรมชาติ เข้าใจความจริงแห่งชีวิตและสรรพสิ่งจนเกิดความรู้และมีความรักความปรารถนาให้สรรพสิ่งมีความสุขและการมีสุขภาวะทางสังคม คือความสามารถในการอยู่ร่วมกับคนอื่นและสิ่งแวดล้อมในสังคมของตนได้อย่างมีความสุข มีน้ำใจ ปฏิบัติตามกติกาที่ได้ร่วมกันวางไว้มีความเอาใจใส่ มีน้ำใจ ให้อภัย เอื้ออาทรและมีความอดทนต่อการอยู่ร่วมกัน “โรงเรียนสุขภาวะ” จึงเป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่เป็นทางออกสำคัญยิ่งของการพัฒนาคุณภาพโรงเรียนสู่สุขภาวะ เนื่องจากทิศทางที่ผ่านมาเรามุ่งพัฒนาโรงเรียนให้มีความเป็นเลิศทางวิชาการ มุ่งสร้างเด็กเก่งที่มีความสามารถในการแข่งขันและมุ่งสู่ระบบการศึกษาที่เอาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นตัววัดคุณภาพโรงเรียนและคุณภาพครู จนมองข้ามเจตจำนงทางการศึกษาที่เราต้องการ “พลเมืองที่มีความสุขทั้งมิติของกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กันในตัวมนุษย์และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคม และมีความสามารถเชิงการแข่งขันในเวทีโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี” ซึ่งจะเป็นการศึกษาที่สามารถรับมือความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ได้¹

การพัฒนาการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาให้เด็กและเยาวชนให้เป็นคนที่สมบูรณ์พัฒนาไปได้อย่างรอบด้าน ในโรงเรียนขนาดเล็กที่มีบริบทความขาดแคลน ใกล้เคียงกัน โรงเรียนขนาดใหญ่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ตามมาตรฐานสากล หรือโรงเรียนทุกขนาดทุกระดับ ต้องหันมามองรอบด้านในการพัฒนาผู้เรียนให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เสริมสร้างศักยภาพได้อย่างสูงสุด ในการเข้าสู่การเป็นโรงเรียนสุขภาวะนั้น ในด้านการพัฒนาคุณภาพผู้เรียนนั้น จะเห็นได้ว่าโรงเรียนต้องปรับปรุง

หลักสูตรสถานศึกษาที่ส่งเสริมจัดการเรียนรู้ที่สามารถพัฒนาให้นักเรียนเกิดทักษะในการสร้างองค์ความรู้ได้ด้วยตนเองและสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับในเชิงวิชาการและในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในบางโรงเรียนที่มีสภาพปัญหาแทบไม่ต่างกัน คือนักเรียนไม่มีแรงบันดาลใจในการเรียน ไม่มีมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ มีสมาธิสั้น ขาดความมั่นใจในตนเองไม่กล้าคิด ไม่กล้าพูด ไม่กล้าแสดงออก มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดการทะเลาะวิวาท พุดจาเสียงดัง การรับรู้ของนักเรียนเกิดจากการฟังมากกว่าลงมือปฏิบัติจริง นักเรียนไม่ไว้วางใจในตัวครูทำให้ไม่กล้าถามเมื่อสงสัยหรือมุ่งแต่การแข่งขันความเป็นเลิศทางวิชาการจนลืมนึกถึงพัฒนาในเรื่องคุณธรรมจริยธรรมควบคู่กันไป ส่วนครูสอนแบบเดิมคือใช้หนังสือเรียนเป็นตัวตั้ง นักเรียนเรียนแบบเดิม ครูจะเป็นผู้บอกความรู้มากกว่าสอนกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน ผู้เรียนไม่เกิดทักษะ ผู้เรียนไม่รู้ว่าจะเรียนไปแล้วจะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร ถ้าผู้บริหารไม่กระตุ้นครูก็เริ่มช้าลง กระตุ้นมากหน่อยก็ดีขึ้นเป็นวงจร ไม่มีการพัฒนาที่ยั่งยืนและไม่มีการเรียนรู้ร่วมกัน ไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร ขาดเป้าหมายร่วมกัน ในการพัฒนาผู้เรียน และด้านครอบครัวและชุมชน ขาดความตระหนักในการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการศึกษาของโรงเรียน เพราะครอบครัวและชุมชนมีความเชื่อว่าถ้าส่งลูกหลานมาโรงเรียนแล้วเป็นหน้าที่ของครูเป็นหน้าที่ของโรงเรียนที่จะอบรมสั่งสอนให้เด็กได้อ่านออกเขียนได้ เป็นคนดีในสังคม²

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินหลักสูตรโรงเรียนสุภาพะในจังหวัดมุกดาหารโดยใช้แนวคิดการเทียบระดับ

2. เพื่อศึกษาแนวทางในการจัดการศึกษาที่สร้างสุขภาวะในโรงเรียนของโรงเรียนในสังกัดจังหวัดมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการประเมินหลักสูตร จำนวน 523 คน ได้แก่ 1) ครูผู้สอนตามหลักสูตรโรงเรียนสุภาพะโรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี อำเภอดงคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ปีการศึกษา 2560 จำนวน 14 คน 2) ผู้บริหารโรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี อำเภอดงคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ปีการศึกษา 2560 จำนวน 1 คน 3) นักเรียนที่กำลังศึกษาตามหลักสูตรโรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี อำเภอดงคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ปีการศึกษา 2560 จำนวน 258 คน 4) ผู้ปกครองนักเรียนที่กำลังศึกษาตามหลักสูตรโรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี อำเภอดงคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ปีการศึกษา 2560 จำนวน 250 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์สูง จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงเนื้อหา ได้ทำการตรวจสอบแบบสอบถามและนำมาแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้มีเนื้อหาตรงกับเรื่องที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับประเมินหลักสูตรสถานศึกษาโดยใช้กระบวนการเทียบระดับ โรงเรียนในโครงการโรงเรียนสุภาพะ จำนวน 1 โรงเรียน ในครั้งนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ชนิด

1. แบบสอบถาม จำนวน 2 ฉบับสำหรับนักเรียน และผู้ปกครอง ประกอบด้วย 3 ตอน

ฉบับที่ 1 เป็นแบบสอบถามของนักเรียนต่อหลักสูตรสถานศึกษา โรงเรียนสุภาพะของโรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี สำหรับนักเรียนนักเรียนเป็นผู้ประเมินมีทั้งสิ้น 3 ตอน

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินหลักสูตรโรงเรียนสุภาพะ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างหลักสูตร 2) การดำเนินการตามหลักสูตร 3) ด้านผลผลิตของหลักสูตร

ตอนที่ 3 สอบถามถึงปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะของการใช้หลักสูตร

ฉบับที่ 2 เป็นแบบสอบถามของผู้ปกครองต่อหลักสูตรโรงเรียนสุภาพะโรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี สำหรับผู้ปกครอง ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินหลักสูตรสถานศึกษา โรงเรียนสุภาพะ 3 ด้าน ประกอบด้วย 3 ตอน 1) กระบวนการสร้างหลักสูตร 2) การดำเนินการตามหลักสูตร 3) ด้านผลผลิตของหลักสูตร

ตอนที่ 3 สอบถามถึงปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะของการใช้หลักสูตร

2. แบบประเมินโรงเรียนสุภาพะด้วยเกณฑ์การเทียบระดับ

2.1 การประเมินโรงเรียนสุภาพะ มีจุดประสงค์เพื่อให้โรงเรียนประเมินตนเอง (Self-assessment) เพื่อทบทวนกระบวนการบริหารจัดการและการจัดการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิดโรงเรียนสุภาพะทั้ง 5 องค์ประกอบ ผลประเมินจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่า โรงเรียนมีความเป็น "โรงเรียนสุภาพะ" มากน้อยเพียงใด และนำไปสู่การพัฒนาโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

2.2 แบบประเมินนี้มี 3 ตอน คือ (1) การประเมินผลลัพธ์ที่ตัวผู้เรียน และ (2) การประเมินกระบวนการพัฒนาสุภาพะของโรงเรียน และ (3) สรุปผลการประเมิน

2.3 วิธีการประเมิน ให้โรงเรียนจัดประชุมคณะครูเพื่อระดมสมอง และหาฉันทามติของที่ประชุม ให้ได้ข้อสรุปแต่ละองค์ประกอบว่าโรงเรียนอยู่ระดับใด และภาพรวมอยู่ระดับใด

3. แบบสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ครู ผู้บริหาร และผู้ปกครอง

3.1. ดำเนินการสร้างแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ของการวิจัย

3.2 นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องครอบคลุมของข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะและจุดมุ่งหมายในการวิจัย และความเป็นปรนัยของคำถาม

3.3 นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปจัดพิมพ์เป็นฉบับจริงเพื่อนำไปเก็บรวบรวมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน⁴ จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

1. ผลการประเมินหลักสูตรโรงเรียนสุภาพะ ปรากฏดังนี้

1.1 ด้านความสอดคล้องของหลักสูตร วิสัยทัศน์ และพันธกิจ มีความชัดเจนสอดคล้องกับสภาพและบริบทของสถานศึกษา และสอดคล้องกับสภาวะปัจจุบัน โรงเรียนมีการกำหนดแผนงาน โครงการ และกิจกรรมเพื่อไปสู่การปฏิบัติ มีองค์ประกอบของวิสัยทัศน์ที่สอดคล้องได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ที่มีการปลูกฝังและส่งเสริมให้ผู้เรียนมีคุณธรรม จริยธรรม ส่วนการน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงยังขาดการบูรณาการเข้าสู่การจัดการ

เรียนการสอน ซึ่งส่วนใหญ่โรงเรียนเน้นจัดโครงการหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

1.2 ด้านกระบวนการสร้างหลักสูตร ผู้บริหารและครูผู้สอนมีส่วนร่วมในการกำหนดโครงสร้างหลักสูตร และคำอธิบายรายวิชา ซึ่งจะมีการประชุมการจัดทำหลักสูตรของกลุ่มสาระ ผู้บริหารมองเห็นถึงความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนวิชาคณิตศาสตร์ได้สนับสนุนส่งเสริม มีการจัดอบรมในด้านต่าง ๆ ให้กับครูผู้สอน การศึกษาดูงานนอกสถานที่ สำหรับชั่วโมงสอนมีเพียงพอในการจัดการเรียนการสอนครูผู้สอนจะยึดนักเรียนเป็นศูนย์กลางโดยนักเรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน สำหรับในด้านอาคารห้องเรียนยังขาดเนื่องจากงบประมาณยังน้อย สื่อและอุปกรณ์การเรียนโดยเฉพาะสื่อการเรียนรู้อันบูรณาการกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การพัฒนา “รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนสุภาพะ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้เกี่ยวข้องกับโรงเรียนประกอบด้วย ชุมชนและผู้ปกครอง กรรมการสถานศึกษา ผู้บริหาร และครูให้สามารถร่วมกันพัฒนา “รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียน” ที่สามารถเสริมสร้างสุขภาวะของผู้เรียนอย่างแท้จริง แนวคิดการพัฒนาสุขภาวะโดยใช้ฐานโรงเรียนนั้นถือว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

1.3 ด้านการดำเนินการตามหลักสูตร โดยรวมมีการดำเนินงานตามหลักสูตรในระดับมาก โดยครูผู้สอนจัดการเรียนรู้ครบทุกสาระการเรียนรู้ตามหลักสูตร ซึ่งการจัดการเรียนรู้ของครูผู้สอนเป็นไป ตามแผนการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ และนักเรียนส่วนใหญ่ มีความสนใจในการเรียนแบบโรงเรียนสุภาพะแต่มีเพียงบางแผนการสอนที่จัดไม่ครบเนื่องจาก ระยะเวลาไม่เพียงพอ โดยครูผู้สอนจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญใช้สื่อการเรียนการสอนที่นักเรียนจัดทำขึ้นเอง ส่วนการวัดผลและประเมินผลใช้วิธีการที่

หลากหลายเช่นเดียวกับการเรียนรู้มีการทดสอบทั้งก่อนเรียนและหลังเรียนเพื่อวัดพื้นฐานของนักเรียนในแต่ละเรื่อง เป็นโรงเรียนสุภาพะที่มีรูปแบบกระบวนการบริหารจัดการใหม่ ที่ยึดเอาสุภาพะเป็นตัวตั้ง เพื่อให้ผู้เรียนเป็นสุข องค์กรเป็นสุข สภาพแวดล้อมเป็นสุข ครอบครัวเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข ทั้งในมิติของกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณมีวิถีที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กันในตัวมนุษย์และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพและสังคม

1.4 ด้านผลผลิตของหลักสูตร ซึ่งนักเรียนและผู้ปกครองมีความคิดเห็นว่า “โรงเรียนสุภาพะ” จึงเป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่เป็นทางออกสำคัญยิ่งของการพัฒนาคุณภาพโรงเรียนสู่สุภาพะ เนื่องจากทิศทางที่ผ่านมาเรามุ่งพัฒนาโรงเรียนให้มีความเป็นเลิศทางวิชาการ มุ่งสร้างเด็กเก่งที่มีความสามารถในการแข่งขันและมุ่งสู่ระบบการศึกษาที่เอาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นตัววัดคุณภาพโรงเรียนและคุณภาพครู จนมองข้ามเจตจำนงทางการศึกษาที่เราต้องการ “พลเมืองที่มีความสุขทั้งมิติของกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กันในตัวมนุษย์และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคม และมีความสามารถเชิงการแข่งขันในเวทีโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี” ซึ่งจะเป็นการศึกษาที่สามารถรับมือความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ ๒๑ ได้

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักสูตรสถานศึกษาโรงเรียนสุภาพะ ด้านการดำเนินการตามหลักสูตรโดยภาพรวมระดับความคิดเห็นมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\mu = 4.28$, $\sigma = 0.20$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่เนื้อหาวิชาที่มีความเชื่อมโยงกับการศึกษาต่อของ

นักเรียนและข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ ครูสามารถอธิบายตอบปัญหาและแก้ปัญหาวิชาที่สอนได้อย่างชัดเจน

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักสูตรสถานศึกษาโรงเรียนสุภาพะ ด้านการดำเนินการตามหลักสูตรโดยภาพรวมระดับความคิดเห็นมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\mu = 4.03$, $\sigma = 0.27$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าด้านการดำเนินการตามหลักสูตรผู้ปกครองมีการกำกับติดตามผลการเรียนของนักเรียนกับครูประจำชั้นอย่างสม่ำเสมอมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการอยู่ในระดับมากเป็นลำดับที่ 1

ผลการสัมภาษณ์ครูผู้สอนและผู้บริหารด้านการดำเนินการตามหลักสูตร พบว่า ด้านการดำเนินการตามหลักสูตร ครูผู้สอนจัดการเรียนรู้ครบทุกสาระการเรียนรู้ตามหลักสูตร ซึ่งการจัดการเรียนรู้ของครูผู้สอนเป็นไปตามแผนการเรียนรู้ที่กำหนดไว้และนักเรียนส่วนใหญ่มีความสนใจในการเรียนการสอนแบบสุภาพะแต่มีเพียงบางแผนการสอนที่จัดไม่ครบเนื่องจากระยะเวลาไม่เพียงพอ โดยครูผู้สอนจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญใช้สื่อการเรียนการสอนที่นักเรียนจัดทำขึ้นเอง ส่วนการวัดผลและประเมินผลใช้วิธีการที่หลากหลายเช่นเดียวกับการเรียนรู้มีการทดสอบทั้งก่อนเรียนและหลังเรียนเพื่อวัดพื้นฐานของนักเรียนในแต่ละเรื่อง

1. ผลการประเมินหลักสูตรโรงเรียนสุภาพะ ปรากฏดังนี้

1.1 ด้านความสอดคล้องของหลักสูตร วิสัยทัศน์ และพันธกิจ มีความชัดเจนสอดคล้องกับสภาพและบริบทของสถานศึกษา และสอดคล้องกับสภาวะปัจจุบัน โรงเรียนมีการกำหนดแผนงาน โครงการ และกิจกรรมเพื่อไปสู่การปฏิบัติ มีองค์ประกอบของวิสัยทัศน์ที่สอดคล้องได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ที่มีการปลูกฝังและส่งเสริมให้ผู้เรียนมีคุณธรรม จริยธรรม

ส่วนการน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงยังขาดการบูรณาการเข้าสู่การจัดการเรียนการสอน ซึ่งส่วนใหญ่โรงเรียนเน้นจัดโครงการหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

1.2 ด้านกระบวนการสร้างหลักสูตร ผู้บริหารและครูผู้สอนมีส่วนร่วมในการกำหนดโครงสร้างหลักสูตร และคำอธิบายรายวิชา ซึ่งจะมีการประชุมการจัดทำหลักสูตรของกลุ่มสาระ ผู้บริหารมองเห็นถึงความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนวิชาคณิตศาสตร์ได้สนับสนุนส่งเสริมมีการจัดอบรมในด้านต่าง ๆ ให้กับครูผู้สอน การศึกษาดูงานนอกสถานที่ สำหรับชั่วโมงสอนมีเพียงพอในการจัดการเรียนการสอนครูผู้สอนจะยึดนักเรียนเป็นศูนย์กลางโดยนักเรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน สำหรับในด้านอาคารห้องเรียนยังขาดเนื่องจากงบประมาณยังน้อย สื่อและอุปกรณ์การเรียนโดยเฉพาะสื่อการเรียนรู้ที่บูรณาการกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การพัฒนา “รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนสุภาพะ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้เกี่ยวข้องกับโรงเรียนประกอบด้วย ชุมชนและผู้ปกครอง กรรมการสถานศึกษา ผู้บริหาร และครูให้สามารถร่วมกันพัฒนา “รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียน” ที่สามารถเสริมสร้างสุขภาวะของผู้เรียนอย่างแท้จริง แนวคิดการพัฒนาสุขภาวะโดยใช้ฐานโรงเรียนนั้นถือว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

1.3 ด้านการดำเนินการตามหลักสูตร โดยรวมมีการดำเนินงานตามหลักสูตรในระดับมาก โดยครูผู้สอนจัดการเรียนรู้ครบทุกสาระการเรียนรู้ตามหลักสูตร ซึ่งการจัดการเรียนรู้ของครูผู้สอนเป็นไปตามแผนการเรียนรู้ที่กำหนดไว้และนักเรียนส่วนใหญ่ มีความสนใจในการเรียนแบบโรงเรียนสุภาพะแต่มีเพียงบางแผนการสอนที่จัดไม่ครบเนื่องจาก ระยะเวลาไม่เพียงพอ โดยครูผู้สอนจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็น

สำคัญใช้สื่อการเรียนการสอนที่นักเรียนจัดทำขึ้นเอง ส่วนการวัดผลและประเมินผลใช้วิธีการที่หลากหลายเช่นเดียวกับการเรียนรู้มีการทดสอบทั้งก่อนเรียนและหลังเรียนเพื่อวัดพื้นฐานของนักเรียนในแต่ละเรื่อง เป็นโรงเรียนสุขภาวะที่มีรูปแบบกระบวนการบริหารจัดการใหม่ ที่ยึดเอาสุขภาวะเป็นตัวตั้ง เพื่อให้ผู้เรียนเป็นสุข องค์กรเป็นสุข สภาพแวดล้อมเป็นสุข ครอบครัวเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข ทั้งในมิติของกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณมีวิถีที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กันในตัวมนุษย์และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพและสังคม

1.4 ด้านผลผลิตของหลักสูตร ซึ่งนักเรียนและผู้ปกครองมีความคิดเห็นว่า “โรงเรียนสุขภาวะ” จึงเป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่เป็นทางออกสำคัญยิ่งของการพัฒนาคุณภาพโรงเรียนสู่สุขภาวะ เนื่องจากทิศทางที่ผ่านมาเรามุ่งพัฒนาโรงเรียนให้มีความเป็นเลิศทางวิชาการ มุ่งสร้างเด็กเก่งที่มีความสามารถในการแข่งขันและมุ่งสู่ระบบการศึกษาที่เอาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นตัววัดคุณภาพโรงเรียนและคุณภาพครู จนมองข้ามเจตจำนงทางการศึกษาที่เราต้องการ “พลเมืองที่มีความสุขทั้งมิติของกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กันในตัวมนุษย์และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคม และมีความสามารถเชิงการแข่งขันในเวทีโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี” ซึ่งจะเป็นการศึกษาที่สามารถรับมือความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ได้

2. แนวทางการพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษาโรงเรียนสุขภาวะ โรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

2.1 ด้านความสอดคล้องของหลักสูตร โดยรวมคือผู้บริหารและ ครูผู้สอนของโรงเรียนมีการประชุมและลงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงเรียน ว่าควรจะมี

ทิศทางและเน้นหนักไปในด้านใด โดยที่โรงเรียนจะยึดหลักสูตรแกนกลางเป็นหลัก และส่วนที่จะเพิ่มเติมคือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงเรียน และควรปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานตามหลักสูตรให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของสถานศึกษา ในด้านการปลูกฝังคุณธรรมและการน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงให้มีกิจกรรมที่ชัดเจนและต่อเนื่องตลอดช่วงชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 เพื่อให้ให้นักเรียนมีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ตามที่กำหนด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการประเมินหลักสูตร ปรากฏดังนี้

1.1 ด้านความสอดคล้องของหลักสูตร พบว่า โดยภาพรวมองค์ประกอบของหลักสูตรมีความสอดคล้องกันทั้งวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมและการประเมินผลสำหรับโครงสร้างบางส่วนหลักสูตรสอดคล้องคือรายละเอียดของหลักสูตรกับวิสัยทัศน์ของสถานศึกษา โดยเฉพาะด้านการน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนาหลักสูตรกับการจัดทำแผนการพัฒนาสถานศึกษาแยกส่วนกันมีความกลมกลืนสอดคล้องกันอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะการกำหนดวิสัยทัศน์ถือเป็นเป้าหมายหลักของสถานศึกษาควรแปลงวิสัยทัศน์ให้เป็นแนวปฏิบัติที่ปรากฏในหลักสูตรเพราะวิสัยทัศน์ที่กำหนดขึ้นเกิดจากการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับหลักการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของทาบาส⁵ ที่กล่าวว่า การพัฒนาหลักสูตรต้องเริ่มต้นจากความต้องการและความจำเป็นของสังคม และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สมชาย วางหา⁶ ได้ประเมินหลักสูตรสถานศึกษาขั้นพื้นฐานโรงเรียนบ้านใหม่ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์พบว่า จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนและโครงสร้าง

มีความสอดคล้องกับสภาพสถานศึกษาและสภาวะปัจจุบันในระดับมากที่สุด ด้านวิสัยทัศน์ สารระการ เรียนรู้และคุณลักษณะอันพึงประสงค์มีความสอดคล้องกับสภาพสถานศึกษา และสภาวะปัจจุบันมีความสอดคล้องในระดับมาก ดังนั้นจึงควรปรับหลักสูตรให้ตรงกับวิสัยทัศน์จึงจะถือว่ามีความสอดคล้องในตัวหลักสูตรอย่างแท้จริง

1.2 ด้านกระบวนการสร้างหลักสูตรพบว่าผู้บริหาร ครูผู้สอน มีส่วนร่วมในการกำหนดโครงสร้างหลักสูตร และคำอธิบายรายวิชา มีการเตรียมความพร้อมในการจัดทำหลักสูตรของโรงเรียนสุภาพะซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของลอว์เลอร์⁷ ที่กล่าวว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สนใจทั้งหลายจะต้องเข้าร่วมวางแผนการพัฒนาหลักสูตรพบว่าด้านกระบวนการสร้างหลักสูตรสถานศึกษา ผู้บริหาร ครู คณะกรรมการสถานศึกษา มีการเตรียมความพร้อมและมีส่วนร่วมในการจัดทำหลักสูตรสถานศึกษา ผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนนักเรียนมีส่วนร่วมในการจัดทำหลักสูตรสถานศึกษาไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เอกสารหลักสูตร ได้แก่ วิสัยทัศน์สารระการ เรียนรู้ รายปี และผลการเรียนรู้ที่คาดหวังรายปีของหลักสูตร ผ่านเกณฑ์การประเมินปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ ครูผู้สอน นักเรียน ห้องเรียน ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความรู้ของบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำหลักสูตรของกลุ่มสาระให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้

1.3 ด้านการดำเนินการตามหลักสูตรพบว่าครูผู้สอนมีการจัดการเรียนรู้เป็นไปตามแผนการเรียนรู้และครบทุกสาระการเรียนรู้ตามหลักสูตรและแผนการเรียนรู้ที่เตรียมไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการออกแบบการเรียนการสอนของกรมวิชาการกระทรวงศึกษาธิการ⁸ ที่กล่าวว่า ครูผู้สอนทุกคนต้องออกแบบการเรียนการสอนที่คาดว่านักเรียนจะสามารถทำได้และจะต้องให้

นักเรียนได้พัฒนาทักษะด้านความรู้ ความคิดและทักษะและเจตคติที่ดี

1.4 ด้านผลผลิตของหลักสูตรหลักสูตรจากการประเมินจากผู้ปกครองและนักเรียนโดยรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก โรงเรียนมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมให้ผู้เรียนเป็นสุข องค์กรเป็นสุข สภาพแวดล้อมเป็นสุข ครอบครัวเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข โดยการปรับสภาพแวดล้อมลดปัจจัยเสี่ยง จัดโครงสร้างและระบบต่างๆ ให้โรงเรียน สภาพแวดล้อม ครอบครัว และชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาวะของผู้เรียนทั้งด้านกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณและปัญญา โดยให้อิสระโรงเรียนได้คิดกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากหน้างานของตนเองจนเป็นวิถีโรงเรียน สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ขึ้นภายในโรงเรียนตัวเองตามบริบทของโรงเรียน นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างดี และนักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ผ่านเกณฑ์ทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการประเมินหลักสูตรของสตฟเฟิลบีม⁹ ที่กล่าวว่าการประเมินองค์ประกอบที่เป็นผลผลิต (Product) เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการใช้หลักสูตรหรือคุณภาพของนักเรียน โดยตรวจสอบว่าผู้เรียนมีคุณสมบัติตรงตามจุดมุ่งหมายของหลักสูตรหรือไม่เพียงใด ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องประเมินเมื่อนาหลักสูตรไปใช้จนครบวงจร

2. แนวทางการพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษาโรงเรียนสุภาพะ โรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร ปรากฏดังนี้

2.1 ด้านความสอดคล้องของหลักสูตรผู้บริหารและ ครูผู้สอนของโรงเรียนในเบื้องต้นในด้านการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจมีการประชุมและลงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดวิสัยทัศน์ ประเมินขั้นพื้นฐาน ซึ่งจะพิจารณาความต้องการจำเป็นของหลักสูตร เพื่อให้ได้ข้อมูลในการกำหนดจุดมุ่งหมายหรือจุดประสงค์ต่างๆ ของหลักสูตร

2.2 ด้านกระบวนการสร้างหลักสูตร ผู้บริหารและครูผู้สอนมีบทบาทและส่วนร่วมในการสร้างหลักสูตร การเขียนคำอธิบายรายวิชา และการจัดทำแผนการเรียนรู้ ซึ่งจะมีการประชุมเพื่อจัดทำหลักสูตรของกลุ่มสาระร่วมกัน แต่ส่วนที่จะพัฒนาและเพิ่มเติมต่อไปคือ ในด้านของสื่อการเรียนการสอนและห้องเรียนรู้โรงเรียนสุขภาวะ โดยเฉพาะเพื่อให้ครูผู้สอนได้เชื่อมโยงกับหน่วยการเรียนรู้วิชาและโครงสร้างรายวิชา แผนการจัดการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับหลักการประเมินของสสพ.เฟลปิม⁹ การประเมินผลปัจจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับการกำหนดวิธีการนำทรัพยากรต่างๆ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร นักเรียนอุปกรณ์และสื่อการเรียนการสอน มาใช้ประโยชน์เพื่อให้จุดมุ่งหมายของหลักสูตรบรรลุผล

2.3 ด้านการดำเนินการตามหลักสูตร ครูผู้สอนมีการจัดการเรียนรู้ครบทุกสาระการเรียนรู้ตามหลักสูตรและครบตามมาตรฐานการเรียนรู้ สำหรับส่วนที่จะต้องเพิ่มเติมคือ ควรมีการพัฒนาครูผู้สอนกลุ่มสาระการเรียนรู้ให้ได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม และมีการจัดอบรมจัดประสบการณ์ให้กับครู เพื่อที่จะได้นำความรู้และทักษะมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนและมีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักการประเมินของสสพ.เฟลปิม⁹ การประเมินด้านกระบวนการเป็นการประเมินกิจกรรมหรือกระบวนการ การจัดการเรียนการสอน เพื่อตรวจสอบดูว่ากิจกรรมหรือกระบวนการต่างๆ ของการใช้หลักสูตรในสภาพที่เป็นจริง

2.4 ด้านผลผลิต นักเรียนส่วนใหญ่มีผลการเรียนในวิชาคณิตศาสตร์ สังคม ภาษาไทย อยู่ในระดับปานกลางคือ 2.5 -3.00 ผลการเรียนรู้ของนักเรียนผ่านเกณฑ์ที่โรงเรียนกำหนด และนักเรียนสามารถนำความรู้ในแต่ละวิชามาบูรณาการไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ สำหรับส่วนที่จะมีการพัฒนา

และเพิ่มเติมต่อไปคือ การสอนเพิ่มเติมในช่วงหลังเลิกเรียนสำหรับเด็กที่เรียนอ่อนและมีการประเมินกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดกิจกรรมเข้าค่ายวิชาการเพื่อที่จะส่งเสริมทักษะและกระบวนการทางด้านคณิตศาสตร์ให้กับนักเรียนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับหลักการประเมินของสสพ.เฟลปิม⁹ การประเมินผลที่เกิดจากการใช้หลักสูตรหรือคุณภาพของนักเรียน โดยตรวจสอบว่าผู้เรียนมีคุณสมบัติตรงตามจุดมุ่งหมายของหลักสูตรหรือไม่เพียงใด¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ด้านความสอดคล้องของหลักสูตร สถานศึกษามีการกำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนแต่ยังมีได้นำวิสัยทัศน์เหล่านั้นมาจัดหลักสูตรที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นสถานศึกษาควรตรวจสอบความสอดคล้องของหลักสูตรกับวิสัยทัศน์และจัดหลักสูตรให้เหมาะสมกับนักเรียนเพื่อที่จะบรรลุตามวิสัยทัศน์ให้มากที่สุด

1.2 ด้านกระบวนการสร้างหลักสูตรควรมีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับสภาพผู้เรียนและท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น

1.3 ด้านผลผลิตของหลักสูตรควรมีการจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้ให้แก่ครูผู้สอนเพิ่มขึ้นเพื่อที่จะนำความรู้มาใช้ปรับในกิจกรรมการเรียนการสอน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ควรนำข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนสุขภาวะของโรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหารไปวิจัยและพัฒนาหลักสูตรต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร. วราพร เอรารวรรณ์ ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี ดร.วรกัญญาพิไล แกะหั่น ศึกษาพิเศษชำนาญการพิเศษ นางทวิกา บำรุงสวัสดิ์ ศึกษาพิเศษชำนาญการพิเศษ นางณริศรา ว่องไว และผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านเหล่าป่าเป็ด นายประสงค์ดีชัย ปู่ทา ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ดร.วรกัญญาพิไล แกะหั่น ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านโนนสังข์ศรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย และขอขอบใจนักเรียนทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจนสำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กัมพล เจริญรักษ์. เส้นทางการพัฒนาโรงเรียน สุขภาวะ-โรงเรียนแห่งความสุข. วารสารวิชาการ 2558; 18(18): 39-60.
2. สุนีย์ ภูพันธ์. แนวคิดพื้นฐาน ฐานการสร้างและพัฒนาหลักสูตร. เชียงใหม่: เดอะโนว์เลจเซ็นเตอร์; 2546.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. โครงการ ยุววิจัยกระทุงก่อนและหลังภูเขาของกลุ่มของ โรงเรียน ชุมชนวัดกะทูนเหนือมิตรภาพที่ 2. Retrieved October 14, 2554, from http://www.ysl-history.com/Research_download/3Research.../N8.doc
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน; 2546.
5. ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์. การพัฒนาหลักสูตร: หลักการแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ อีสันเพรส; 2539.
6. สมชาย วาหา. การประเมินหลักสูตร สถานศึกษาขั้นพื้นฐานโรงเรียนบ้านใหม่ อำเภอวังจันทน์จังหวัดแพร่. (วิทยานิพนธ์) อดุลดิตร: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตร; 2550.
7. วลลภ กันทรพิทย์. Basic needs ของโรงเรียน. วิจัยสารสนเทศ 2529, 12(136): 8.
8. สมใจ แรงสิงห์. การประเมินหลักสูตร สถานศึกษา กลุ่มสาระการเรียนรู้คณิตศาสตร์ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
9. สมทรง สิทธิ. การพัฒนาแบบทดสอบวินิจฉัยทางการเรียนวิทยาศาสตร์เรื่อง แรงและพลังงาน สำหรับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. การวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2555, 18(1): 31-43.
10. สุรพล ธรรมร่มดี, ทศนีย์ จันอินทร์ และคง กฤษ ไตรยวงศ์. อาศรมศิลป์วิจัย: การวิจัยและพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ แนวจิตตปัญญา. โครงการเอกสารวิชาการการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ลำดับที่ 8. นครปฐม: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด; 2553.

Received: 26 May 2019, Revised: 22 June 2019,

Accepted: 7 July 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการ ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระป๋องนครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล

มนัสชญาน์ โรมินทร์^{1*} นิตยา เพ็ญศิริรักษา² พรทิพย์ กิระพงษ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้มารับบริการ (2) วัดระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ (3) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณภาพบริการตามความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้มารับบริการ และ (4) เปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้มารับบริการ ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระป๋องนครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้มารับบริการ ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระป๋องนครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่ เป็นชาวไทยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป จำนวน 2,116 คน เฉลี่ย 176 คน ต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน เลือกแบบเจาะจงตามช่วงเวลา ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงพฤศจิกายน 2561 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีความเที่ยงเท่ากับ 0.66 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และการทดสอบของครัสคาล-วัลลิส ผลการศึกษาพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 31-40 ปี สถานภาพโสด อาชีพลูกจ้าง/พนักงานบริษัท การศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า รายได้ต่อเดือน 20,001-40,000 บาท มารับบริการครั้งแรก โดยบริการตรวจสุขภาพประจำปี บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ คือ ตามหลักเกณฑ์ของหน่วยงานที่ทำงาน เหตุผลที่เลือกใช้บริการ คือ เป็นหลักเกณฑ์ของบริษัทประกันชีวิต/หน่วยงานที่ทำงาน/สถาบันการศึกษา/หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง และจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิจากบริษัทต้นสังกัด (2) ผู้รับบริการมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวมและรายด้านทุกด้านในระดับมากที่สุด ได้แก่ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของการบริการและการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (3) พบว่าผู้รับบริการมีคะแนนการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ สูงกว่าความคาดหวังต่อคุณภาพบริการทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (4) ผู้รับบริการที่มีรายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งของการใช้บริการ ประเภทของบริการตรวจสุขภาพ และวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน ส่วนผู้รับบริการที่มีรายได้ต่อเดือน ประเภทของบริการตรวจสุขภาพ และบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ต่อคุณภาพบริการที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปวางแผนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อดำเนินการทางการตลาดและการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อเพิ่มกำไรของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ คุณภาพบริการ ความคาดหวัง การรับรู้ บริการตรวจสุขภาพ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* Corresponding author: manuschayaromin.nurse@gmail.com

*Original Article***Service Quality according to Expectation and Perception of the Service Recipients at the Wellness Department, Krabi International Hospital****Manuschaya Romin^{1,*}, Nittaya Pensirinapa², Porntip Geerapong²****Abstract**

This survey research aimed at: (1) to study personal factors of service recipients at the Wellness Department, (2) to measure the level of expected and perceived of service quality, (3) to compare the differences between service quality as expectation and perception of service recipients and (4) to compare service quality according to expectation and perception towards service quality classified by personal factors of recipients at the Wellness Department, Krabi International Hospital. The study was conducted on service recipients at the Wellness Department, Krabi International Hospital, were 2,116 Thai people aged 16 years and over, average 176 person per month, 259 recipients were purposively selected by time period, during October to November 2018. The data collection was done by means of questionnaire with a reliability of 0.66. The statistics used in data analysis covered the percentage, mean, standard deviation, t-test, and Kruskal-Wallis. The study indicated that (1) most of the samples were female, age between 31-40 years old, unmarried, occupation employee/company employee, obtained bachelor's degree and higher education, having income 20,001-40,000 baht per month, the first time of service using, service purpose was an annual health check-up, the person who influences the decision was their working organization, the reason for choosing to use the service was in accordance with the rules of the life insurance company/working agency/ educational institution/or related organization and the service fee payment from welfare benefits of the agency, (2) service recipients' expectation and perception of overall and every aspects of service quality were at the highest levels, including empathy, reliability, assurance, tangibility and responsiveness; (3) the perception scores were higher than the expectation scores in all aspects with statistically significant at 0.05; and (4) the service recipients with different personal factors regarding monthly income, frequency of service using, types of health check services, and type of service fee payment, showed the differences of service quality expectations; the service recipients with different personal factors regarding monthly income, types of health check services, and influencing people for service decisions found the differences of service quality perception with significant level of 0.05. Management can use information to plan and formulate strategies for marketing operations and proper internal hospital management to increase hospital profits.

Keywords: Service quality, Expectation, Perception, Health check service

¹Student in Master of Public Health (Hospital Administration), Sukhothai Thammathirat Open University

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

* Corresponding author: manuschayaromin.nurse@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันเป็นยุคแห่งข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ทุกองค์กรมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการบริหารเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลง ต่างมุ่งเน้นในเรื่องคุณภาพการให้บริการที่ได้มาตรฐาน สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้มารับบริการเพื่อให้เกิดความพอใจสูงสุด คุณภาพการให้บริการเป็นสิ่งที่ทำให้การดำเนินงานขององค์กรไปสู่ความสำเร็จระยะยาว และนำองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศเนื่องจากผู้มารับบริการจะเป็นผู้ตัดสินว่าการบริการเหล่านั้นมีคุณภาพหรือไม่ ดังนั้น องค์กรจึงต้องกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้อยู่ในระดับมาตรฐาน เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการและสร้างความพึงพอใจรวมทั้งสามารถแข่งขันกับองค์กรอื่นได้

ปัจจุบัน เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การดำเนินงานในรูปแบบธุรกิจที่ต้องมีการแข่งขัน รัฐบาลได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) (พ.ศ.2560-2569) ประกอบด้วย 4 ผลผลิตหลัก ได้แก่ ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) ศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) ศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) และศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product Hub) เพื่อให้การส่งเสริมและพัฒนาด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสอดคล้องกับแผนและนโยบายของประเทศ ยึดหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามกรอบแนวคิด หลักการของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ให้มีความสำคัญกับการยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยใช้ศักยภาพความแข็งแกร่งด้านระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ

สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นหนึ่งในธุรกิจสำคัญของปี 2560 จากแนวโน้มของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยคาดการณ์ว่าจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบในปี 2564 มีการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นที่สนใจของธุรกิจการรักษายาบาล หากผู้ให้บริการสามารถรับรู้ได้ว่าการบริการที่ให้มีความพึงพอใจเพียงใดก็สามารถนำมาปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้มารับบริการได้

คุณภาพการให้บริการเป็นมโนทัศน์และปฏิบัติการในการประเมินของผู้มารับบริการโดยทำการเปรียบเทียบระหว่างการบริการที่คาดหวังกับการบริการที่รับรู้จริงจากผู้ให้บริการ หากสามารถให้การบริการที่สอดคล้องตามความคาดหวังของผู้มารับบริการ จะส่งผลให้การบริการดังกล่าวเกิดคุณภาพผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจจากการบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก¹ สรุปว่าการให้บริการที่มีคุณภาพ หมายถึง การให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ความพึงพอใจต่อการบริการจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการทำให้เป็นไปตามความคาดหวังหรือการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง (Confirm or disconfirm expectation) ของผู้มารับบริการ²

โรงพยาบาลกระปิ่นกันทรอินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล เป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งแรกในจังหวัดกระบี่ มีวิสัยทัศน์ “เป็นผู้นำในการสร้างสุขภาวะที่ดี ด้วยการบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและคุณภาพสูงในระดับสากลเพื่อให้ผู้รับบริการไว้วางใจและประทับใจ” แผนกส่งเสริมสุขภาพ มีภารกิจหลักช่วยให้ผู้มารับบริการมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองยึดปรัชญาการทำงานเวชศาสตร์ครอบครัวจากการให้บริการที่ผ่านมาพบว่า

มีบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้มารับบริการ ส่งผลให้ผู้มารับบริการเกิดความไม่พอใจ ดังนั้น การปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานที่มีความคุ้มค่าเป็นสิ่งที่ต้องรีบดำเนินการ

จากความสำคัญข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการ ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระป๋องนครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่ ในมิติต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพบริการ และข้อเสนอแนะของผู้มารับบริการ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ เพิ่มระดับความพึงพอใจ นำมาปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้มารับบริการได้อย่างแท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้มารับบริการ
- 2) เพื่อศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ
- 3) เพื่อวัดระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ
- 4) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณภาพบริการตามความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้มารับบริการ
- 5) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระป๋องนครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศีกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากร ได้แก่ ผู้มารับบริการชาวไทย อายุ 16 ปี ขึ้นไป รับบริการที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระป๋องนครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่ จำนวน 2,116 คน (ข้อมูลสถิติผู้มารับบริการ จากแผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระป๋องนครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่ เดือนมกราคม- ธันวาคม 2559)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้มารับบริการชาวไทย มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระป๋องนครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่ เก็บตัวอย่างทุกคนตั้งแต่วันจันทร์-วันอาทิตย์ เวลา 08.00-16.00 น. ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้ในกรณีที่ไม่ทราบค่าประชากร³ ต้องการระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 246 ตัวอย่างเพื่อการสูญเสียของแบบสอบถาม 13 ตัวอย่าง ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.24 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) 4 ส่วน ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพตามความคาดหวังของผู้มารับบริการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากแนวคิดคุณภาพการบริการ⁴ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพตามการรับรู้ของผู้มารับบริการ โดยส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ครอบคลุมปัจจัยสำคัญในการประเมินคุณภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) การตอบสนองต่อผู้มารับบริการ (Responsiveness) การให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ (Assurance) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 4 ปัญหาข้อเสนอแนะและความคาดหวังในคุณภาพการบริการ 5 ด้าน

การทดสอบเครื่องมือ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ นำมาปรับปรุงเพื่อนำไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) แล้วไปทดสอบ (Try out) กับผู้มารับบริการที่แผนกส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลกระบี่นครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ความเที่ยงโดยวิธีการของ CronbachAlpha ได้ค่าเท่ากับ 0.66

การเก็บรวบรวมข้อมูล พิกษสัทธิของ ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช เลขที่ ศร 0522.20/2257 ตั้งแต่วันที่ 19 ตุลาคม 2561-18 ตุลาคม 2562 เก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ก่อนและหลังการเข้ารับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบที และการทดสอบของครัสคาล-วัลลิส กรณีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้มารับบริการ ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 54.8 มีช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.6 สถานภาพสมรสโสด มากที่สุด ร้อยละ 49.8 อาชีพลูกจ้าง/พนักงานบริษัท มากที่สุด ร้อยละ 71.4 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 86.5 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,001-40,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 44.8 เคยมาใช้บริการที่แผนกส่งเสริมสุขภาพแล้ว มากที่สุด ร้อยละ 51.35 รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี มากที่สุด ร้อยละ 55.2 บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการคือหน่วยงานที่ทำงาน มากที่สุด ร้อยละ 67.2 เหตุผลที่เลือกมาใช้บริการ คือตามหลักเกณฑ์ของบริษัท ประกันชีวิต/หน่วยงานที่ทำงาน/สถาบันการศึกษา/หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง มากที่สุด ร้อยละ 69.1 จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยวิธีใช้สิทธิจากบริษัทต้นสังกัด มากที่สุด ร้อยละ 53.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	117	45.2
หญิง	142	54.8
2. อายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	2	0.8
21-30 ปี	93	35.9
31-40 ปี	100	38.6
41-50 ปี	36	13.9
51 ปี ขึ้นไป	28	10.8
Mean = 36 ปี ,SD = 0.473 , Min= 17, Max= 76		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	129	49.9
สมรส	126	46.7
หม้าย	4	1.5
หย่า / แยก	5	1.9
4. อาชีพ		
นักเรียน / นักศึกษา	2	0.8
พนักงานข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	21	8.1
ลูกจ้าง / พนักงานบริษัท	186	71.8
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	44	16.9
อาชีพอิสระ / รับจ้างทั่วไป	3	1.2
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ว่างงาน	3	1.2
5. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	35	13.5
ปริญญาตรีและสูงกว่า	224	86.5
6. รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	87	33.6
20,001-40,000 บาท	116	44.8
40,001 บาทขึ้นไป	56	21.6
7. การมารับบริการ ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ		
ใช้บริการครั้งนี้เป็นครั้งแรก	126	48.65
เคยใช้บริการมาแล้ว	133	51.35
- เคยรับบริการมาแล้ว 1-3 ครั้ง	87	33.59
- เคยรับบริการมาแล้ว 4-6 ครั้ง	46	17.76
8. ประเภทบริการ		
ตรวจสุขภาพประจำปี	143	55.2
ตรวจสุขภาพก่อนทำประกันชีวิต	56	21.6
ตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน	38	14.7
ตรวจสุขภาพก่อนเข้าเรียน/ศึกษาต่อ	1	0.4
ตรวจสุขภาพเพื่อต่อวีซ่า	4	1.5
ตรวจสุขภาพตามโปรแกรมโรงพยาบาล	11	4.2
อื่นๆ	6	2.3
9.บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ		
ตนเอง ครอบครัว /ญาติ เพื่อน	68	26.2
ตัวแทนประกันชีวิต	17	6.6

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานที่ท่านทำงาน	174	67.2
10.เหตุผลที่เลือกมาใช้บริการ		
ใกล้บ้าน/สะดวกในการใช้บริการ	8	3.1
ชื่อเสียงของโรงพยาบาล	71	27.4
ตามหลักเกณฑ์ของบริษัทประกันชีวิต/ หน่วยงานที่ท่านทำงาน/สถาบันการศึกษา/องค์กรที่เกี่ยวข้อง	179	69.1
มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้	1	0.4
11. วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
จ่ายเอง (เงินสด เครดิตการ์ด /เดบิตการ์ด)	55	21.2
ใช้สิทธิจากบริษัทต้นสังกัด	204	78.8
รวม	259	100

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้มารับบริการ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความคาดหวังในด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ (Assurance) เป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{X}=4.23$, $SD=0.479$) รองลงมาคือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) ($\bar{X}=4.22$, $SD=0.476$) ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ($\bar{X}=4.22$, $SD=0.476$) ด้านการตอบสนองต่อผู้มารับบริการ (Responsiveness) ($\bar{X}=4.22$, $SD=0.474$) และด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้มารับบริการ (Empathy) ($\bar{X}=4.22$, $SD=0.474$) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้มารับบริการ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ในด้านความเห็นอกเห็นใจในผู้มารับบริการ (Empathy) เป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{X}=4.87$, $SD=0.300$) รองลงมาคือ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) ($\bar{X}=4.80$, $SD=0.298$) ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ (Assurance) ($\bar{X}=4.74$, $SD=0.366$) ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) ($\bar{X}=4.61$, $SD=0.350$) และด้านการตอบสนองต่อผู้มารับบริการ (Responsiveness) ($\bar{X}=4.43$, $SD=0.504$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้มารับบริการ

ความคาดหวัง	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1.ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles)	4.22	0.476	มาก
2.ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)	4.22	0.476	มาก
3.การตอบสนองต่อผู้มารับบริการ (Responsiveness)	4.22	0.474	มาก
4.การให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ (Assurance)	4.23	0.479	มาก
5.ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้มารับบริการ (Empathy)	4.22	0.474	มาก
รวม	4.22	0.473	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้มารับบริการ

การรับรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1.ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles)	4.61	0.350	มากที่สุด
2.ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)	4.80	0.298	มากที่สุด
3.การตอบสนองต่อผู้มารับบริการ (Responsiveness)	4.43	0.504	มากที่สุด
4.การให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ (Assurance)	4.74	0.366	มากที่สุด
5.ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้มารับบริการ (Empathy)	4.87	0.300	มากที่สุด
รวม	4.69	0.364	มากที่สุด

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการมีค่า p-value น้อยกว่า 0.05 พบว่าด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) ด้านการตอบสนองต่อผู้มารับบริการ (Responsiveness) ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ (Assurance) และด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้มารับบริการ (Empathy) มีความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ในคุณภาพบริการ มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ระดับ 0.05 โดยคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้มารับบริการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคุณภาพบริการตาม

ความคาดหวังของผู้มารับบริการในทุกด้าน ดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ พบว่า เพศที่ อายุ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับรายได้จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการประเภทของการบริการ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ และวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันจะมีความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการ

คุณภาพการให้บริการ	ระดับความคิด	$\bar{X}$	SD	t	p-value
1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles)	ความคาดหวัง	4.22	0.476	11.909	<0.001
	การรับรู้	4.61	0.350		
2. ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)	ความคาดหวัง	4.22	0.476	18.203	<0.001
	การรับรู้	4.80	0.298		
3. การตอบสนองต่อผู้มารับบริการ (Responsiveness)	ความคาดหวัง	4.22	0.474	5.392	<0.001
	การรับรู้	4.43	0.504		

คุณภาพการให้บริการ	ระดับ ความคิด	$\bar{X}$	SD	t	p-value
4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับ บริการ(Assurance)	ความคาดหวัง	4.23	0.479	14.475	<0.001
	การรับรู้	4.74	0.366		
5. ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจใน ผู้มารับบริการ(Empathy)	ความคาดหวัง	4.22	0.474	18.759	<0.001
	การรับรู้	4.87	0.300		
คุณภาพการให้บริการของผู้รับมา บริการโดยรวม	ความคาดหวัง	4.22	0.473	15.037	<0.001
	การรับรู้	4.69	0.279		

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวัง ตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	$\bar{X}$	SD	t	Kruskal Wallis(X^2)	df	p-value
1. เพศ							
ชาย	117	4.22	0.493	0.082	-	257	0.935
หญิง	142	4.22	0.458				
2. อายุ							
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	95	4.16	0.421	-	2.294	2	0.053
31-40 ปี	100	4.21	0.472				
41 ปีขึ้นไป	64	4.33	0.533				
Mean = 36 ปี ,SD = 0.473 , Min= 17, Max= 76							
3. ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าปริญญาตรี	35	4.24	0.489	0.199	-	257	0.842
ปริญญาตรีและสูงกว่า	224	4.22	0.472				
4. รายได้ต่อเดือน							
≤ 20,000 บาท	87	4.10	0.369	-	29.038	2	<0.001
20,001-40,000 บาท	116	4.16	0.467				
40,001 บาทขึ้นไป	56	4.53	0.503				
5. การมารับบริการที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ							
ใช้บริการครั้งนี้เป็นครั้งแรก	128	4.29	0.514	-	7.033	2	<0.001
เคยใช้บริการมาแล้ว							
- รับบริการมาแล้ว 1-3 ครั้ง	86	4.15	0.421				
- รับบริการมาแล้ว 4-6 ครั้ง	45	4.15	0.425				

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	$\bar{X}$	SD	t	Kruskal Wallis(X^2)	df	p-value
6. ประเภทบริการ							
ตรวจสุขภาพประจำปี	143	4.11	0.409	-	22.059	2	<0.001
ตรวจสุขภาพก่อนทำประกันชีวิต	56	4.48	0.538				
อื่นๆ	60	4.24	0.464				
7. บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ							
ตนเอง/ครอบครัว/ญาติ/เพื่อน	68	4.45	0.500	-	24.641	2	<0.001
ตัวแทนประกันชีวิต	17	4.35	0.608				
หน่วยงานที่ท่านทำงาน	174	4.12	0.411				
8. วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล							
จ่ายเอง (เงินสด/เครดิต/เดบิต)	55	4.26	0.476	-	18.322	2	<0.001
ใช้สิทธิจากบริษัทต้นสังกัด	139	4.11	0.409				
วางบิลจากบริษัทประกันชีวิต	65	4.43	0.529				
รวม	259						

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบคุณภาพบริการที่ได้รับตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการที่แตกต่างกันมีการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับรายได้ประเภทของการบริการบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการและวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันของผู้มารับบริการจะมีการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้ ตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	$\bar{X}$	SD	t	Kruskal Wallis(X^2)	df	p-value
1. เพศ							
ชาย	117	4.69	0.276	-0.220	-	257	0.826
หญิง	142	4.69	0.282				
2. อายุ							
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	95	4.65	0.283	-	2.034	1	0.154
31-40 ปี	100	4.70	0.269				
41 ปีขึ้นไป	64	4.73	0.286				
Mean = 36 ปี ,SD = 0.473 , Min= 17, Max= 76							

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	$\bar{X}$	SD	t	Kruskal Wallis(X^2)	df	p-value
3. ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าปริญญาตรี	35	4.76	0.274	1.688	-	257	0.093
ปริญญาตรีและสูงกว่า	224	4.68	0.279				
4. รายได้ต่อเดือน							
≤ 20,000 บาท	87	4.66	0.298	-	12.366	2	0.002
20,001-40,000 บาท	116	4.67	0.270				
40,001 บาทขึ้นไป	56	4.78	0.250				
5. เคยมารับบริการที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ							
ใช้บริการครั้งนี้เป็นครั้งแรก	128	4.71	0.277	-	3.040	2	0.219
เคยใช้บริการมาแล้ว							
- รับบริการมาแล้ว 1-3 ครั้ง	86	4.64	0.306				
- รับบริการมาแล้ว 4-6 ครั้ง	45	4.73	0.216				
6. ประเภทบริการ							
ตรวจสุขภาพประจำปี	143	4.66	0.278	-	10.346	2	0.006
ตรวจสุขภาพก่อนทำประกันชีวิต	56	4.77	0.268				
อื่นๆ	60	4.68	0.281				
7. บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ							
ตนเอง/ครอบครัว/ญาติ/เพื่อน	68	4.76	0.257	-	9.435	2	0.009
ตัวแทนประกันชีวิต	17	4.58	0.345				
หน่วยงานที่ท่านทำงาน	174	4.67	0.276				
8. วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล							
จ่ายเอง (เงินสด/เครดิต/เดบิต)	55	4.73	0.250	-	6.175	2	0.046
ใช้สิทธิจากบริษัทต้นสังกัด	139	4.66	0.278				
วางบิลจากบริษัทประกันชีวิต	65	4.72	0.302				
รวม	259						

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการ ที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกระปิ่นครินทร์ อินเทอร์เน็ตชั้นแนล จังหวัดกระบี่ พบว่า การส่งมอบคุณภาพการให้บริการอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้มารับ

บริการมีความพึงพอใจในการให้บริการ และคุณภาพการให้บริการดีขึ้นตามลำดับ ค่าเฉลี่ยระหว่างความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการกับการรับรู้ในคุณภาพการให้บริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้มารับบริการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้มารับ

บริการในทุกด้าน เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้มารับบริการคุ้นชินกับการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐบาลซึ่งมีความหนาแน่นของผู้รับบริการ และมีจำนวนของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริกาณ้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการ

ความแตกต่างของคุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้มารับบริการระหว่างกลุ่มอายุต่างกัน อาจเกี่ยวเนื่องจากประสบการณ์ที่เกิดจากการสะสมของอายุความแตกต่างของคุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้มารับบริการระหว่างกลุ่มเพศที่ต่างกันซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากลักษณะสภาวะเพศ การคิดวิเคราะห์ การจงใจ การเข้าสังคม รวมถึงภาวะผู้นำ และเหตุจำเป็นเกี่ยวกับครอบครัว ความแตกต่างของคุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้มารับบริการระหว่างกลุ่มระดับการศึกษาที่ต่างกันอาจเกี่ยวเนื่องจากระดับความรู้ที่ได้รับมาจากการศึกษาของผู้มารับบริการส่งผลต่อวิธีคิด วิธีการปฏิบัติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพทางความคิด ตลอดจนแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆ ความแตกต่างของคุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้มารับบริการระหว่างกลุ่มรายได้ที่แตกต่างกัน จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ ประเภทของบริการ บุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจ และวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ส่งผลให้ทุกคนมีเอกลักษณ์ทางความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและบุคลิกภาพ รวมทั้งความผูกพัน เกี่ยวข้องติดต่อกันระหว่างการใช้บริการด้านต่าง ๆ ไม่เท่ากัน

โรงพยาบาลกระบี่นครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล ให้บริการที่เป็นมาตรฐานสากล เน้นความปลอดภัยของผู้มารับบริการเป็นสำคัญ โดยได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI Accreditation จากประเทศสหรัฐอเมริกา และได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 9001: 2008 จาก URS ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่องค์กรคุณภาพมาตรฐานสากล

ผู้รับบริการที่มีเพศและอายุที่แตกต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันเพศหญิงและเพศชายทุกช่วงอายุจะมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากรับรู้ว่าโรงพยาบาลเอกชนมีการปรับกลยุทธ์ในการให้บริการเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้มารับบริการให้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของนรินทร์ สิงาม⁵ ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของสถานอนามัยบ้านหนองหญ้าปล้อง ต.ศิลาลอย อ.สามร้อยยอด จ.ประจวบคีรีขันธ์ขัดแย้งกับการศึกษาของณัฐฉิวงษ์สิงห์⁶ ศึกษาเรื่อง คุณภาพการให้บริการของศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการ

ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของพงศ์ศักดิ์ นาคโต¹ ศึกษาคุณภาพการให้บริการของสถานอนามัยตำบลทับใต้ อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ขัดแย้งกับการศึกษาของนรินทร์ สิงาม⁵ ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของสถานอนามัยบ้านหนองหญ้าปล้อง ต.ศิลาลอย อ.สามร้อยยอด จ.ประจวบคีรีขันธ์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษามีผลต่อความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข

ผู้มารับบริการที่มีรายได้ที่แตกต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมอุษา ศักดิ์หิรัญ⁴ ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพังงา

ผู้มารับบริการที่มีจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการที่แตกต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ แตกต่างกัน พบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของการประสบการณ์ที่ได้รับบริการที่ผ่านมาสอดคล้องกับการศึกษาของ สมอุษา ศักดิ์หิรัญ⁴ ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพังงา พบว่าจำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลมีผลต่อการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพังงา

ผู้มารับบริการที่มีประเภทของการบริการที่แตกต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการแตกต่างกัน พบว่าประเภทของการบริการที่โรงพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจเข้ารับบริการเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการเอง มีผลต่อคุณภาพบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสมอุษา ศักดิ์หิรัญ⁴ ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพังงา

ผู้มารับบริการที่มีวิธีการจ่ายเงินที่ต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมอุษา ศักดิ์หิรัญ⁴ ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพังงามีความขัดแย้งกับนรินทร์ สิงาม⁵ ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของสถานีอนามัยบ้านหนองหญ้าปล้อง ต.ศิลา ลอย อ.สามร้อยยอด จ.ประจวบคีรีขันธ์

ผู้มารับบริการที่มีบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมอุษา ศักดิ์หิรัญ⁴ ศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลพังงาขัดแย้งกับการศึกษาของพงศ์ศักดิ์ นาคโต¹ ศึกษาคุณภาพการให้บริการของสถานีอนามัยต.ทับใต้ อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์

ผลการวิจัยพบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่มาจากบริษัทคู่สัญญา และบริษัทประกันชีวิต ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเกี่ยวกับด้านการให้บริการทั้งเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ พร้อมทั้งพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปวางแผนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อดำเนินการทางการตลาดต่อไปให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น ในการเพิ่มกำไรของโรงพยาบาลต่อไป เช่นกำหนดแผนการเข้าเยี่ยมผู้บริหารของบริษัทคู่สัญญาและบริษัทประกันชีวิตเพื่อสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งอาจมีการนำเสนอการให้สิทธิพิเศษแก่บริษัทคู่สัญญาที่ต่อสัญญาการบริการตรวจสอบสุขภาพและสัญญาการรักษาพยาบาล ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการบริการของบุคลากรทุกระดับ มีการดูแลรักษาสถานที่ให้มีความสะดวกเป็นระเบียบเพราะถือเป็นภาพลักษณ์ที่ดี ผู้มารับบริการเกิดความเชื่อมั่นและให้ความไว้วางใจในการรับบริการ จึงควรนำเป็นจุดเน้นนโยบายค่านิยมองค์กรมีการจัดฝึกอบรมให้ความรู้แก่พนักงานเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติงานด้านการให้บริการเพื่อให้เกิดความชำนาญ ลดเวลาและกิจกรรมในการรับบริการลดขั้นตอนและระยะเวลาการรอคอย รวมทั้งพัฒนา Service mind รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้ พัฒนาความรู้ให้พนักงานอย่างสม่ำเสมอ ปรับปรุงคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกันโดยยึดหลักความเสมอภาค

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลกระบี่ นครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่ รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกระบี่ นครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จังหวัดกระบี่ทุกท่านและขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่การวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. พงศักดิ์ นาคโต. คุณภาพการให้บริการของสถานีนอนมัยตำบลทับใต้ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานโยบายสาธารณะ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2553.
2. ชัชวาลย์ ทัดศิวัช. คุณภาพชีวิตการทำงาน: องค์ประกอบหลักของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อความยั่งยืนขององค์กร. รัฐสภาสาร. 2553; 58. (3), 71 – 121.
3. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
4. สมอุษา ศักดิ์หิรัญ. การรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วย โรงพยาบาลพังงา. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาการตลาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2554.
5. นรินทร์ สิงาม. ความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของสถานีนอนมัยบ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลศิลาลอย อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานโยบายสาธารณะ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2553.
6. ณัฐวุฒิ วงษ์สิงห์. คุณภาพการให้บริการของศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2554.

Received: 26 May 2019, Revised: 22 June 2019,

Accepted: 30 July 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุทธาเวช จังหวัดมหาสารคาม

วีระศักดิ์ เอนกศักดิ์^{1,*} สุรพันธ์ สืบเนียม² สิริธร นิลวรรณภา³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มุ่งศึกษาการรับรู้การเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุทธาเวช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุทธาเวช เก็บข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.30 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 35 – 81 ปี (เฉลี่ย 62.91 ปี SD = 9.50) ส่วนใหญ่อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 57.14 และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาประมาณ 5 – 10 ปี ร้อยละ 53.10 โรคประจำตัวในกลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย 1 โรค ร้อยละ 50.90 โดยประเภทโรคประจำตัวที่พบสูงสุด คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 60.00 การรับรู้การเตือนกลุ่มตัวอย่างสามในสี่ ร้อยละ 78.9 มีการรับรู้ว่าการสับสน มึนงง อย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ที่น่าสนใจกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 60.00 ไม่รับรู้ว่าการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ การควบคุมน้ำหนัก รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด ลดอาหารที่มีไขมัน ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ลดความเครียด ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 90.9 – 98.30 ผลการศึกษานี้ผู้วิจัยนำเสนอแนะจากการศึกษาไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนซึ่งเป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ การรับรู้การเตือน โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

¹ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลสุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ พยาบาลเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: weerasakone2501@gmail.com

*Original Article***Perceived Stroke Warning Signs among Hypertensive Patients,
Suddhavej Hospital, Maha Sarakham Province****Weerasak Aneksak^{1,*}, Suraphan Seubniam², Siritorn Ninwanapa³****Abstract**

This descriptive research which focused on warning perception and how to manage Stroke Signs in Hypertension Patients for Outpatient department clients at Suddhavej Hospital. Using Purposive Sampling to whom the diagnosis as Hypertension at Outpatient department. Data were collected by using questionnaires. The result of the study shows that the representative sample more than two thirds are female (62.30 percent). Age between 35-81 years (average 62.91 years, SD=9.50). Mostly 60-69 years or 57.14 percent, also there have symptom of Hypertension in duration 5-10 year (53.1 percent). In these samples have other chronic disease only 1 disease (50.90 percent). Most of chronic disease is cardiovascular diseases (60 percent). Warning perception of sample, three quarters (78.90 percent) have symptoms of confuse, numb instantaneously. These symptoms are signs of Stroke. An interesting is 60 percent of samples do not perceptions that loss of balance instantaneously are a signal of Stoke. The majority of sample perceptions that method of protecting Stoke is weight control, consume less sweet of fruits and vegetable, reduce cholesterol foods. Exercise at least 30 minutes for 3 times a week, continuously take a medicine follow doctor instruction, reduce stress, relax, get enough sleep and always follow checkup appointment (90.90 – 98.30 percent). The result of this study, the researcher presents to use for guidelines to promote Health for preventing from Hypertension both in hospital and hospital responsibility community

Keywords: Warning perception of Stroke Signs, Hypertension Patients¹ Nursing Community Medicine Practice, Suddhavej Hospital² Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University³ Head of Nursing Community, Suddhavej Hospital

* Corresponding author: weerasakone2501@gmail.com

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควร¹ ในปัจจุบันมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณหนึ่งพันล้านคนทั่วโลก² ที่น่าสนใจ พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรประมาณ 7.1 ล้านคนทั่วโลกหรือประมาณ ร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด³ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 50 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 25 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี ระดับความดันโลหิตปกติ ในช่วงระยะเวลา 25 ปีต่อมา จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 90² ส่วนอัตราการตายของประชากรอเมริกันด้วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วงปี ค.ศ. 1994 – 2004 เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.6⁴ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เห็นได้ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคน ในปี 2552 เป็น 13 ล้านคนในปี 2557⁵ และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคนี้ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี 2561⁶ จำนวนผู้เสียชีวิต จากโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วย จาก 5,186 คนในปี 2556 เป็น 8,525 คน ในปี 2560⁷ ปี 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน⁸ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากลักษณะโรคที่เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพจึงต้องตระหนักและจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เพื่อลดภาระอันเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงการควบคุมภาวะโรคความดันโลหิตสูง ต้องให้ความสำคัญกับการรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 74 เตียง ให้บริการในระดับทุติยภูมิระดับต้นจากสถิติที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเป็น 80, 90, 101.66 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.00) เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันโรงพยาบาลสุทธาเวชมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำนวน 1,412 ราย แยกเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 6 ชุมชน จำนวน 816 ราย⁹ นับเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรง แต่สามารถป้องกันได้ด้วยการเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งความรู้ด้านการจัดการป้องกันโรค ด้านอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการแก้ไขเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขอย่างทันท่วงทีลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของประชาชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดโรคแทรกซ้อน และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่แท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 327 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามโดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 327 คน โดยเปิดตารางของเครจซี่และมอร์แกน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ จำนวน 175 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเรียงลำดับหมายเลขทะเบียนผู้ป่วย (Hospital Number) จากน้อยไปมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

3) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุทธาเวช ตามนัดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สะดวกในการตอบแบบสัมภาษณ์
- 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 17 ข้อ โดยการให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างและเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 2 การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามมี 3 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 การจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามมี 3 ตัวเลือก คือให้ผู้ตอบเลือกตอบในลักษณะเห็นด้วย ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยตรวจสอบ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนและเกณฑ์ที่กำหนด ได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดในสถานที่ส่วนตัว ไม่สามารถเห็นคำตอบของผู้อื่นได้ โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นคณะผู้วิจัยเก็บแบบสัมภาษณ์คืน และตรวจสอบ

ความเรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

จริยธรรมการวิจัย ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่การรับรอง 061/2562)

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการรับรู้การเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุทธาเวช อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 175 คน ซึ่งสามารถแสดงได้ดังต่อไปนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเพศหญิง

ร้อยละ 62.3 เพศชาย ร้อยละ 37.70 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 35 – 81 ปี (เฉลี่ย 62.91 ปี SD = 9.50) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 57.14

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาประมาณ 5 – 10 ปี ร้อยละ 53.1 ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยในรอบ 1 ปี น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพียงร้อยละ 5.10 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต มากกว่า 160/100 ส่วนโรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50.90 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย 1 โรค โดยประเภทโรคประจำตัวที่พบสูงสุด คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 60.00 โรคระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 12.60 และโรคระบบต่อมไร้ท่อ ร้อยละ 12.00 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=175)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
- 1 – 5 ปี	54	30.9
- 5 – 10 ปี	93	53.1
- >10 ปี	28	16.0
ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยในรอบ 1 ปี		
- <140/90 มิลลิเมตรปรอท	88	50.3
- 140-160/100 มิลลิเมตรปรอท	78	44.6
- ≥160/100 มิลลิเมตรปรอท	9	5.1
โรคประจำตัวอื่นๆ		
1 โรค	89	50.9
2 โรค	80	45.7
≥ 3 โรค	6	3.4

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทโรคประจำตัว		
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	105	60
โรคระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อ	22	12.6
โรคระบบทางเดินอาหาร	19	10.9
โรคระบบต่อมไร้ท่อ	21	12.0
โรคระบบทางเดินหายใจ	8	4.5

การรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรค สมอง ที่น่าสนใจกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 60.00 **หลอดเลือดสมอง** พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามในสี่ ไม่รับรู้ว่าการสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ร้อยละ 78.90 มีการรับรู้ การสับสน มึนงง อย่าง ทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 40.00 ไม่ ระบุว่าอาการดังต่อไปนี้เป็นอาการเตือนของโรค ร้อยละ 77.70 ร้อยละ 76.60 และ ร้อย ละ 75.40 มีการรับรู้ว่าการกลืนน้ำลายไม่ได้ กลืน ลำบากอย่างทันทีทันใด การสูญเสียการทำงาน ประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด และ การขาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้าง หนึ่งทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือด

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n=175)

การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	รับรู้	ไม่รับรู้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การขาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด	132 (75.4)	43 (24.6)
2. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด	129 (73.7)	46 (26.3)
3. การสับสน มึนงงอย่างทันทีทันใด	138 (78.9)	37 (21.1)
4. การพูดไม่ชัด/พูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด	113 (64.6)	62 (35.4)
5. การเดินเซ เดินลำบากทันทีทันใด	105 (60.0)	70 (40.0)
6. การสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด	70 (40.0)	105 (60.0)
7. การสูญเสียการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขา ทันทีทันใด	134 (76.6)	41 (23.4)
8. การมองไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด	126 (72.0)	49 (28.0)
9. การปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด	105 (60.0)	70 (40.0)
10. การกลืนน้ำลายไม่ได้ กลืนลำบากอย่างทันทีทันใด	136 (77.7)	39 (22.3)

การรับรู้การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.90 – 98.30 มีการรับรู้ว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ การควบคุม น้ำหนัก รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด ลดอาหารที่มีไขมัน ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ลดความเครียด ทำจิตใจ

ให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 26.90 และร้อยละ 17.10 ที่ไม่รับรู้ว่าการลดการรับประทานเกลือ น้ำปลา ผงชูรส ให้น้อยกว่าวันละ 1 ช้อนชา และลดการรับประทานอาหารหมักดอง อาหารที่มีรสเค็ม เป็นวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการรับรู้การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n=175)

การรับรู้การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	รับรู้	ไม่รับรู้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ควบคุมน้ำหนัก	172 (98.3)	3 (1.7)
2. รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด ลดอาหารที่มีไขมัน	167 (95.4)	8 (4.6)
3. ลดการรับประทานเกลือ น้ำปลา ผงชูรส ให้น้อยกว่าวันละ 1 ช้อนชา	128 (73.1)	47 (26.9)
4. ลดการรับประทานอาหารหมักดอง อาหารที่มีรสเค็ม	145 (82.9)	30 (17.1)
5. งด/ลด การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่กำหนด*	155 (88.6)	20 (11.4)
6. งดสูบบุหรี่หรืองดการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	163 (93.1)	12 (6.9)
7. ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์	167 (95.4)	8 (4.6)
8. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ	167 (95.4)	8 (4.6)
9. ไปตรวจตามนัด อย่างสม่ำเสมอ	159 (90.9)	16 (9.1)
10. ลดความเครียด ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ	159 (90.9)	16 (9.1)

หมายเหตุ * ในปริมาณที่กำหนด คือ จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้ว/วันในผู้ชาย และไม่เกิน 1 แก้ว/วัน ในผู้หญิงและผู้มีน้ำหนักน้อย

การรับรู้การจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ว่าการตรวจวัดชีพจรด้วยเครื่องวัด 1669 เมื่อมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา ข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ร้อยละ 88.00 และขาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ร้อยละ 86.90 ที่น่าสนใจพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่าง ร้อยละ 37.10 ไม่รับรู้ว่าการตรวจวัดชีพจรด้วยเครื่องวัด 1669 เมื่อมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา ข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 31.40 ไม่รับรู้ว่าการตรวจวัดชีพจรด้วยเครื่องวัด 1669 เมื่อมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา ข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการรับรู้การจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n=175)

การรับรู้การจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมอง	รับรู้	ไม่รับรู้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
โทรศัพท์แจ้งหมายเลขฉุกเฉิน 1669 เมื่อมีอาการ		
1. ขาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งที่ ทันทีทันใด	152 (86.9)	23 (13.1)
2. อ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งที่ ทันทีทันใด	154 (88.0)	21 (12.0)
3. สับสน มึนงงอย่างทันทีทันใด	110 (62.9)	65 (37.1)
4. พูดไม่ชัด/พูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด	133 (76.0)	42 (24.0)
5. เดินเซ เดินลำบากทันทีทันใด	146 (83.4)	29 (16.6)
6. สูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด	146 (83.4)	29 (16.6)
7. สูญเสียการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขน/ขา ทันทีทันใด	133 (76.0)	42 (24.0)
8. มองไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด	125 (71.4)	50 (28.6)
9. ปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่าง ทันทีทันใด	146 (83.4)	29 (16.6)
10. กลืนน้ำลายไม่ได้ กลืนลำบากอย่างทันทีทันใด	120 (68.6)	55 (31.4)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง
จากการศึกษา ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 175 คน ที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุทธาเวช กว่าสองในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 75.4 – 78.9) มีการรับรู้อาการขาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับการศึกษาของอัลซาฟีและคณะ¹⁰ นอกจากนี้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของโคทารีและคณะ⁷ ซึ่งศึกษาอาการเตือนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยสอบถามถึงอาการเตือนที่เกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนที่

ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอาการอ่อนแรงเป็นอาการเตือนที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 26.00) ผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังขาดการเข้าใจอย่างครบถ้วนถึงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองครบทั้ง 6 อาการ รับรู้เพียงอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใดเท่านั้น ขณะที่อาการอื่น ๆ ได้แก่ อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใดอาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด เป็นอีกกลุ่มอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญและพบบ่อยชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลข่าวสาร การจัด

โปรแกรมสุขศึกษาด้านอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

การจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
จากการศึกษาผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 175 คน ที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุทธาเวช จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.9 – 98.3) มีการรับรู้วิธีการต่อไปนี้เป็นารป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ การควบคุมน้ำหนัก รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด ลดอาหารที่มีไขมัน ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ลดความเครียด ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุทธาเวช ซึ่งจัดบริการเฉพาะผู้ป่วยจะได้รับการสอนสุขศึกษา และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเองจากแพทย์และพยาบาลจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เมื่อพิจารณาระดับความดันโลหิตเฉลี่ยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 50.3 อย่างไรก็ตามยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 17.1 - 26.9 ไม่รับรู้ด้วยว่า การลดการรับประทานเกลือ น้ำปลา ผงชูรส ให้น้อยกว่าวันละ 1 ช้อนชา และลดการรับประทานอาหารหมักดอง อาหารที่มีรสเค็ม เป็นวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าประเด็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญที่จะต้องมีการให้ข้อมูลข่าวสารต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดการรับประทานเกลือ น้ำปลา ผงชูรส ให้น้อยกว่าวันละ 1 ช้อนชา และ

ลดการรับประทานอาหารหมักดอง อาหารที่มีรสเค็ม ทั้งนี้เพื่อให้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพ

การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน จากการศึกษผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 175 คน ที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุทธาเวช กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 88 มีความเห็นว่าควรโทรศัพท์แจ้งหมายเลข 1669 เมื่อมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด คล้ายกับการศึกษาของ ชัยยุนและคณะ¹¹ ที่พบว่าประชาชนเขตเมือง ประเทศออสเตรเลีย ร้อยละ 3.2 – 30.3 จะทำการเรียกรถพยาบาลหรือเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยอาการเตือนที่มีการโทรแจ้งเรียกรถพยาบาลมากที่สุด คือ อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด (ร้อยละ 20) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัลซาฟีและคณะ¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73 จะไปโรงพยาบาลเอง เมื่อประสบกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในทั้งหกอาการ โดยสรุปการจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินจากข้อค้นพบในการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินเพราะในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างไม่มีการรับรู้ถึงวิธีการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและยังช่วยลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทาง การแพทย์ โดยเฉพาะทีมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการนำข้อมูลไปใช้ในให้การข้อมูล

ข่าวสาร จัดโปรแกรมสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องโดย อาจจะเป็นการให้เฉพาะราย หรือเป็นกลุ่ม ได้แก่

1.1 การให้ความรู้เรื่องอาการเตือนโรค หลอดเลือดสมองทั้ง 6 อาการ ได้แก่ 1) อาการชา และอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่าง ทันทีทันใด 2) อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด 3) อาการมองไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขา ทันทีทันใด 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด และโดยเฉพาะ 6) อาการกลืนน้ำลายไม่ได้ หรือกลืนลำบากอย่าง ทันทีทันใด

1.2 การจัดการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองเน้นให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้ว/วัน ในผู้ชายและไม่เกิน 1 แก้ว/วัน ในผู้หญิงและผู้มี น้ำหนักน้อย และการงดสูบบุหรี่หรืองดการอยู่ใน สถานที่ที่มีควันบุหรี่ เน้นในผู้ป่วยเพศหญิงสื่อสาร สุขศึกษาที่จะให้แก่ผู้ป่วย คำนึงถึงวิธีการสื่อสารที่ สามารถเข้าใจได้ง่าย และเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย

1.3 การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือด สมองในภาวะฉุกเฉิน ควรมีการให้ความรู้ เรื่อง วิธีการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ด้วยการ โทรศัพท์แจ้งหมายเลข 1669 เมื่อมีอาการต่อไปนี้ 1) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีก หนึ่งอย่างทันทีทันใด 2) อาการสับสน พูดลำบาก หรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด 3) อาการมองไม่ ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการเดิน

เซ เดินลำบาก หรือสูญเสียการทำงานประสาน สัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 5) อาการปวด ศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด และโดยเฉพาะ 6) อาการกลืนน้ำลายไม่ได้ กลืน ลำบากอย่างทันทีทันใด โปรแกรมสุขศึกษาด้าน การจัดการเมื่อมีภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง สื่อสุขศึกษาที่จะให้แก่ผู้ป่วยอาจจัดทำเป็นวีดิทัศน์ หรือแผ่นพับที่สามารถเข้าใจได้ง่าย และเหมาะสม กับกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้สูงวัยเป็นส่วนใหญ่

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงและประชาชนโดยทั่วไป ในลักษณะ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน โดยอาจจัดทำเป็นสมุดคู่มือเกี่ยวกับอาการเตือน และจัดทำสื่อสุขภาพประชาชนสัมพันธ์ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ ที่สามารถจดจำได้ง่าย ครอบคลุมอาการเตือนหลัก และบอกวิธีการ จัดการแก้ไขได้รวดเร็ว เพื่อก่อให้เกิดความรู้การ ดูแลสุขภาพในกลุ่มประชาชนโดยทั่วไปและกลุ่ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถจัดการ แก้ไขเมื่อประสบกับโรคหลอดเลือดสมองทั้ง ตนเองและผู้อื่นได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลสุทธาเวช ทุกท่านที่ได้ให้ความ ช่วยเหลือ สนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานที่อำนวยความสะดวก สนับสนุน ให้ความช่วยเหลือผู้ตอบ แบบสอบถามทุกท่าน และผู้ช่วยวิจัยที่ช่วย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Mackay, J. & Mensah, G.A.,. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva: WHO.
2. National institutes of Health. (2004). National High Blood Pressure Educational Program: The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, and treatment of high blood pressure; 2004.
3. World Health Organization. Global Health Risk. (WHO technical report series no. 533), Geneva, WHO; 2004.
4. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2008 Jan 29; 117 (4): 25-46.
5. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2557.
6. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11; [25 April 2019]
7. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
8. การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: บริษัท อาร์ต ควอลิตี้ จำกัด; 2557.
9. โรงพยาบาลสุทธาเวช. รายงานสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปี 2560. มหาสารคาม: โรงพยาบาลสุทธาเวช; 2560.
10. Al-Shafae MA, Ganguly SS, Al Asmi AR. Perception of stroke and knowledge of potential risk factors among Omani patients at increased risk for stroke. *BMC Neurol*. 2006; Oct 20;6:38.
11. Sug Yoon, S., Heller, R. F., Levi, C., Wiggers, J., & Fitzgerald, P. E. Knowledge of Stroke Risk Factors, Warning Symptoms, and Treatment among an Australian Urban Population. *Stroke*, 2011; 32 (8), 1926–1930. <https://doi.org/10.1161/01.str.32.8.1926>

Received: 26 May 2019, Revised: 22 July 2019,

Accepted: 15 Aug 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์

สุปราณี บุญมี^{1,*} ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว² สุพิตรรา เศวตวันทะกุล³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเป็นเครือข่ายชุมชน เลือกมาโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 114 คนและดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (2) ค้นข้อมูลจากการศึกษา (3) ประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อจัดทำแผน (4) ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ (5) สังเกตการณ์การมีส่วนร่วม (6) ประเมินผล (7) จัดเวทีถอดบทเรียนและ (8) ทดสอบรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ผลปรากฏว่าในการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (2) การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและ (3) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานตามขั้นตอน พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก และด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก โดยสรุป ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุ และ 3) ความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการดูแล

คำสำคัญ การมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายชุมชน

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ วิทยากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์

*Corresponding author; suprane51@hotmail.com

*Original Article***Development of an Elderly Care Model with Participation of community network in Ban Nonphuey Tambol Health Promoting Hospital, Sanom District, Surin Province****Supranee Boonmee^{1,*}, Chaiwut Bourneow², Supittras Selavattanakul³****Abstract**

The purpose of this action research was to develop on elderly health care model by participation of community network Nonphuey Health Promoting Hospital in Pongo Sub District, Sanom District, Surin Province. The 114 participants who was related with the elderly care in community were selected with random sampling technique. It was conducted on June to November 2016. Data was collected both qualitative and quantitative which applied descriptive statistics such as average percentage standard deviations included content analysis technique for data analytical. The results showed that the process of the community care for elderly were comprised in 8 steps as follows (1) Context and problem analyses (2) Sharing information to the group (3) Work shop and participation for planning (4) Implementation (5) Participation observation (6) feedback and assessment (7) Knowledge management forum and (8) Synthesis the pattern by the community experts conversation. It was found that the pattern on elderly health care in the community comprised 3 main factors which were (1) Participation for planning (2) Local actors strengthening and (3) Continuous assessment. All these showed that the participation' score average was increasing as high level. And knowledge, attitude, practice in elderly health care score average was increasing as high level. In summary, the success factors of this study were the strength of the local network participators in all activities. It was found that engaging care and activity in the community with responsibility and voluntary manner in the community leaders and the elderly group as the main activities of their community.

Keywords: Community Participation, Elderly Care, Community Network¹ Student in Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University² Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University³ Boromarajonani College of Nursing Surin

* Corresponding author: suprane51@hotmail.com

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามถึงคำว่า ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หากจำแนกลักษณะสังคมประชากรผู้สูงอายุ สามารถจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ (2) ระดับสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และ (3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ซึ่งแต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ เช่น ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางการแพทย์ การโภชนาการ อาหาร วัฒนธรรม และ นโยบายการวางแผนครอบครัวหรือการควบคุมการมีบุตร¹ สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้คาดการณ์ไว้ว่าไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศและคาดว่าจะเข้าสู่สังคม

ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วง พ.ศ. 2567-2568 จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากโครงสร้างอายุของประชากร โดยวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ใน พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ. 2558 สืบเนื่องมาจากการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น นโยบายการวางแผนครอบครัวหรือการควบคุมการมีบุตร และ ปัญหาที่ตามมาจากการเพิ่มประชากรสูงอายุมากขึ้น เช่น ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเมื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมสมรรถภาพของสุขภาพร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น รวมไปถึงการสูญเสียบทบาททางสังคมและสถานภาพทางสังคม โดยจะพบปัญหาด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันมีความสามารถลดลง²

กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเตรียมความพร้อมและมีการตรวจสุขภาพ ได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขตามขั้นตอน และมีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเรื่องผู้สูงอายุ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ มีโครงการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ มีโครงการครอบครัวอบอุ่น โดยเน้นให้บุคคลทั้งสามวัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ส่งเสริมวัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน และจัดสถานที่ที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำผู้พิการและผู้สูงอายุ มีสถานที่ให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย รูปแบบของการบริการสุขภาพเป็นไปตามขั้นตอนถ้าอยู่ใกล้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รับบริการที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากอาการรุนแรงส่งต่อรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน เมื่อได้รับการรักษาแล้วก็ส่งตัวกลับให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2556-2558 จำนวนผู้สูงอายุ 412, 432 และ 451 คน คนตามลำดับ จากการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เทล เอดีแอล พบว่า พ.ศ. 2556 ผู้สูงอายุ ประเภทติดสังคม จำนวน 404 คน ผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน จำนวน 7 คน และ ผู้สูงอายุประเภทติดเตียง จำนวน 1 คน พ.ศ. 2557 ผู้สูงอายุประเภทติดสังคม จำนวน 419 คน ผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน จำนวน 12 คน และ ผู้สูงอายุประเภทติดเตียง จำนวน 1 คน พ.ศ. 2558 ผู้สูงอายุประเภทติดสังคม จำนวน 431 คน ผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน จำนวน 20 คน จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จำนวน 451 คน พบว่า การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.6 การไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.1 การออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 34.1 การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าร้อยละ 68.5 การรับประทานผักผลไม้สดเป็นประจำ ร้อยละ 70.5 โดยภาพรวมมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 17.0 ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์⁴

ข้อมูลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และจากผลการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ย้อนหลัง 3 ปี

พบว่ามีผู้สูงอายุติดบ้านเพิ่มขึ้น ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย มีรูปแบบและกระบวนการดำเนินงานที่ยังไม่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ขาดการทำงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายงบประมาณในการดำเนินงานผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยพบว่า หากภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั่วถึงและต่อเนื่องจากชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ ดำเนินงานวิจัยนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพซึ่งอาจส่งผลให้ช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Kemmis and Taggart 2005⁵ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เริ่มต้นด้วยการศึกษาบริบทชุมชนและ ประเมิน

สถานการณ์ปัญหาโดยกระบวนการมีส่วนร่วม และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) เป็นการกำหนดแนวทางในแผนงาน โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและปฏิบัติตามโครงการมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่วางไว้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) โดยขณะการวิจัยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้มีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วย พร้อมกับเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสิ่งที่สังเกตคือ กระบวนการปฏิบัติการ (The action process) และผลของการปฏิบัติการ (The effects of action)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection) เป็นขั้นตอนการสรุปผลการดำเนินงานโดยการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายชุมชน การประเมินผลการทดสอบรูปแบบ การถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยเครือข่ายชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ได้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยที่เป็นตัวแทนผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่เป็นผู้มีส่วนได้เสีย เลือกมาโดยการสุ่มอย่างง่าย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม จำนวน 114 คน ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน
3. ภาคีเครือข่าย จำนวน 34 คน

ประกอบด้วย อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุอำเภอสนม ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์โก ตัวแทนโรงเรียน

ตัวแทนพระภิกษุสงฆ์ (9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 33 ข้อ

2. แบบสังเกตกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 4 ระยะ

3.แบบบันทึกกิจกรรมการประชุมกลุ่มโดยการมีส่วนร่วม

4. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

5. แนวทางสรุปการถอดบทเรียน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ในการทำวิจัยตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of congruence)

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือที่แก้ไขถูกต้องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในตัวอย่างผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านอ้อมแก้ว อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์และคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมในการวิจัยในครั้งนี้

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

ก่อนดำเนินการวิจัย ศึกษาค้นคว้า ความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามบทบาทหน้าที่สำรวจ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากแบบบันทึกสุขภาพครอบครัว (Family Folder) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ชุมชนและเป็นแนวทางในการตั้งประเด็นคำถาม สร้างกรอบแนวคิด ประเด็นคำถามแบบบันทึกการสังเกตและการวิเคราะห์สภาพการณ์ของชุมชน สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูลสภาพการณ์ของผู้สูงอายุแก่ผู้ร่วมวิจัย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการสนทนาแบบมีส่วนร่วม

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการภาคีเครือข่ายโดยกระบวนการการมีส่วนร่วม โดยจัดการประชุมและปฏิบัติตามกระบวนการ AIC ใช้ระยะเวลา 2 วัน กลุ่มเป้าหมาย ภาคีเครือข่าย จำนวน 34 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 40 คน

ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation) การเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็นและรับฟัง การยอมรับความคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิก

ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) คือ ขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ สมาชิกช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดการใช้ประสบการณ์ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนด

ยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน

ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) คือ การยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มดำเนินการ ในแผนปฏิบัติการโดยละเอียด (1) กิจกรรมที่สามารถทำได้เองสมาชิกตัดสินใจเลือกที่จำทำโดยลงชื่อในกระดานของแต่ละกิจกรรม (2) กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ร่วมกันเสนอและมอบหมายให้บุคคลดำเนินการประสานติดตาม

ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action)

ดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่ได้จากการมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง

ขั้นตอนการสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation)

ผู้วิจัยสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

ขั้นตอนการสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

จัดประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อสรุปและถอดบทเรียนเพื่อประมวลผลการดำเนินงานที่ได้จากการดำเนินโครงการวิจัยเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการวัดความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังการ

พัฒนา และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปและ
ค้นข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัย
แห่งความสำเร็จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลพื้นฐานของ ใช้สถิติพรรณนา
(Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตาราง
แจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและ
ค่าสูงสุด

2. ข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ และ
พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ
พรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำเสนอ
รูปตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า
ต่ำสุดและค่าสูงสุด

3. ข้อมูลระดับการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติ
พรรณนา (Descriptive statistics) บรรยายด้วย
ค่าเฉลี่ย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตีความความจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้
ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์
เนื้อหาของข้อมูล (Content analysis)

ผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนน
เปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2556-
2558 จำนวนผู้สูงอายุ 412, 432 และ 451 คน
คนตามลำดับ จากการประเมินศักยภาพตาม
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เทล เอ็ดแอล พบว่า
พ.ศ. 2556 ผู้สูงอายุ ประเภทติดสังคม จำนวน

404 คน ผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน จำนวน 7 คน
และ ผู้สูงอายุประเภทติดเตียง จำนวน 1 คน พ.ศ.
2557 ผู้สูงอายุประเภทติดสังคม จำนวน 419 คน
ผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน จำนวน 12 คน และ
ผู้สูงอายุประเภทติดเตียง จำนวน 1 คน พ.ศ.
2558 ผู้สูงอายุประเภทติดสังคม จำนวน 431 คน
ผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน จำนวน 20 คน จากการ
สำรวจพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
จำนวน 451 คน พบว่า การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มี
แอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.6 การไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ
83.1 การออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 34.1
การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าร้อยละ
68.5 การรับประทานผักผลไม้สดเป็นประจำ ร้อย
ละ 70.5 โดยภาพรวมมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 17.0
ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่าย พบว่า จากการดำเนินกิจกรรมที่ได้จาก
กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า

1. โครงการโนนเปือยร่วมใจ ห่วงใยสุขภาพ
ผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย ประกอบผู้ดูแลผู้สูงอายุ
จำนวน 40 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน และภาคี
เครือข่าย จำนวน 34 คน โดยวิทยากรจาก
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนมและโรงพยาบาล
สนม มีรายละเอียดกิจกรรมและผลการดำเนินงาน
ดังนี้

1) ส่งเสริมความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ
ตนเองแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง
ทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ ในหัวข้อ อาหารสำหรับผู้
สูงอายุ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การดูแล
อนามัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ ด้านการป้องกันโรค
ในผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดย
ผ่านสื่อวิดีโอ สาธิตบุคคล เก็บข้อมูลโดยแบบ

สังเกตการมีส่วนร่วม และแบบทดสอบในผู้สูงอายุ หลังการดำเนินงาน พบว่า

ด้านความรู้ ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีข้อคำถาม 16 ข้อ ผู้สูงอายุ มีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 16 คะแนน และต่ำสุด เท่ากับ 14 คะแนน

ด้านทัศนคติ ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีคำถามทั้งสิ้น 11 ข้อ คะแนนเต็ม 33 คะแนนใน ผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ผู้สูงอายุมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 28 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 33 คะแนน

ด้านการปฏิบัติตน ในการดูแลสุขภาพ ตนเอง มีคำถามทั้งสิ้น 33 ข้อ คะแนนเต็ม 99 คะแนนในผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 70 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 94 คะแนน

2) กิจกรรมบัดดี้ เครือข่าย-ผู้สูงวัย (ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม) ส่งเสริมการเยี่ยม บ้าน การป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เกิดเพื่อนคู่ใจใส่ใจสุขภาพ ผู้สูงอายุ 1 คนได้รับการดูแลจากผู้ดูแล 1 คน และภาคีเครือข่าย 1 คน ในการได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ส่งต่อโดยตรงจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย

3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

4) คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จัดทำ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อ้างอิงเนื้อหาตามคู่มือการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข

2. โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกาย กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน

และภาคีเครือข่าย จำนวน 34 คน โดยวิทยากร จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนมและโรงพยาบาลสนม มีรายละเอียดกิจกรรมและผลการดำเนินงานดังนี้

1) ส่งเสริมความรู้ในเรื่อง การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยวิทยากรจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนโก และแกนนำภาคีเครือข่าย ทบทวนความรู้ในการออกกำลังกายและสอนทฤษฎีการออกกำลังกาย รำไม้พลอง รำไทเก็ก รำวงย้อนยุค

2) สาธิตและแบ่งกลุ่มฝึกการรำไม้พลอง รำไทเก็ก รำวงย้อนยุค ตามความถนัดของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย โดยมีวิทยากรเป็นพี่เลี้ยงทุกกลุ่ม

3) ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ร่วมกิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน (จันทร์ พุธ ศุกร์) จัดกิจกรรมบริเวณศาลาเอนกประสงค์บ้านโนนเปือย หมู่ ที่ 6 โดยมีภาคีเครือข่ายเป็นแกนนำและจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

4) คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ หมู่บ้านละ 1 ชมรม อย่างเป็นทางการเพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลการทดสอบรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน พบว่า

ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทั้งหมดมีความรู้ในระดับ มาก ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนสูงสุด 16 คะแนน และต่ำสุด 14 คะแนน (Mean=15.3, SD=0.8)

ด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีทัศนคติอยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 97.5 และทัศนคติระดับพอใช้ ร้อยละ 2.5 โดยมี

คะแนนสูงสุด 33 คะแนน และต่ำสุด 28 คะแนน (Mean=31.7, SD=1.0) ตนเองอยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนสูงสุด 99 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 80 คะแนน (Mean=87.2, SD=5.4) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ด้านการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ (Mean=87.2, SD=5.4) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตนเอง ผู้สูงอายุทั้งหมดมีการปฏิบัติในการดูแล

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ	คะแนน	ระดับ					
		มาก		ปานกลาง		น้อย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	15.3 (14-16)	40	100.0	0	0	0	0
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเอง	31.7 (28-33)	39	97.5	1	2.5	0	0
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	86.9 (80-99)	40	100.0	0	0	0	0

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา โดยแบบบันทึกการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมกระบวนการดำเนินงานพัฒนา ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้

เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่าภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน อยู่ในระดับมาก และศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ย 4.62 อยู่ในระดับมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การมีส่วนร่วม	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
1. ระยะการศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนพัฒนา	2.91	0.3	ระดับมาก
2. ระยะเวลากำหนดแผนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	2.91	0.3	ระดับมาก
3. ระยะการปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	2.94	0.2	ระดับมาก
4. ระยะเวลาติดตามประเมินผลพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	2.94	0.2	ระดับมาก
รวม	2.92	0.2	ระดับมาก

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการถอดบทเรียนหลังดำเนินการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้รู้ถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน มีการเขียนแผนงาน/โครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงาน มีการมอบหมายภารกิจ แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

3. การให้บริการด้วยจิตอาสาในการเยี่ยมบ้านและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ

4. ความเข้มแข็งในการร่วมกิจกรรม ส่งเสริมการออกกำลังในผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินกิจกรรมได้โดยไม่ใช้งบประมาณ

จากการดำเนินกิจกรรมได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่าย คือ “PPC” model ประกอบด้วย 1. Participation of health network คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์โก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย ให้ความร่วมมือร่วมใจในทุกขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การหาปัญหาการจัดทำแผนการดำเนินการตามแผนและการติดตามการดำเนินงาน 2. Participation of the elderly คือ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย 3. Continuity of care คือ ความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการดูแล คือ ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ทั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมตามแผนงานมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มกิจกรรมจนเสร็จสิ้นและปัจจุบันมีกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย



ภาพประกอบที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ “PPC” model

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีการจัดโครงการให้ความรู้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุแบบทั่วถึง และมีติดตามการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับ เยาวลักษณ์ วงษ์ประจักษ์⁶ พบว่าการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเข้ามา มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ผู้สูงอายุ ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสม มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน ได้รับการเยี่ยมบ้านทั่วถึง และได้รับคู่มือบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษากานต์วี กอบสุข⁷ พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายด้วยกิจกรรมเหมาะสมกับวัยของตนเอง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ส่งผลดีต่อสุขภาพด้านร่างกาย ภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการหาปัญหา การวางแผน ทำโครงการ เยี่ยมบ้านร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้งบประมาณดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน ส่งเสริมการดำเนินชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลระยะยาวต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนมีความสนใจและให้ความร่วมมือทุกกิจกรรม ระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมตลอดโครงการ อยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สรลรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข⁸ สมคิด สันวิจิตร⁹ ที่พบว่า การทำงานแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคคลในทุกระดับ มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนา เป็น

การทำให้ผู้ที่มีเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมการพัฒนาเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมทำให้เกิดการพัฒนา ส่งผลต่อกลุ่มบุคคลให้เกิดความยินยอมปฏิบัติตามและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสมัคใจ เต็มใจ และมีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับเพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ¹⁰ พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการประชุมวางแผนเพื่อค้นหาปัญหาการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถหาแนวทางแก้ไข ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ (2) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และ (3) ความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสรลรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข⁸ สมคิด สันวิจิตร⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1.1 การวิจัยครั้งนี้ ได้พัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งผลการศึกษจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการและพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชนได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการประเมินผลปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความคงทนของการปฏิบัติตัวของ

ผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทุกขั้นตอนเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอสนม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือยทุกท่าน ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ ผู้ดูแลสูงอายุ และผู้สูงอายุที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย รวมถึงการเข้ากระบวนการวิจัยจนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์. *สัมภาษณ์*. ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์:กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย; 2555.
3. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. คู่มือการดูแลสุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2553.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย. *งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ* 2558. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย; 2558.
5. Kemmis, S. and McTaggart, R. Communicative Action and the Public Sphere. *The Sage Handbook of Qualitative Research*; 2005.
6. เยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
7. กานต์วี กอบสุข. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรณลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
8. สรลรัตน์ พันธสินทวีสุข. การพัฒนาความสามารถการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
9. สมคิด สันวิจิตร. การสร้างการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
10. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปันดดา ปรียทฤณ และณานิศา โชติกะคาม. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมชุมชนตำบลมาบแค. วารสารพยาบาลทหารบก; 2555.

Received: 8 July 2019, Revised: 14 July 2019,

Accepted: 8 Sep 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ
ในจังหวัดกาญจนบุรีไชยพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์^{1,*} ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์² วรางคณา จันทรงค์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ และการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ และ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอกับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดกาญจนบุรี ประชากรที่ศึกษา จำนวน 158 คน ประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 13 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 145 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.82 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า (1) การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ การปฏิบัติด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ และการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ อยู่ในระดับมาก และ (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ ($p < 0.001$) และระดับการศึกษา ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะ (1) ด้านนโยบาย ควรให้สาธารณสุขอำเภอสามารถบริหารจัดการด้านบุคลากร งบประมาณและพัสดุ การทำแผนยุทธศาสตร์ได้ (2) ด้านการนำไปสู่การปฏิบัติสาธารณสุขอำเภอควรมีการส่งเสริม สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม งานวิจัย และการใช้เทคโนโลยี มีการบริหารงานธุรการและงานสารบรรณโดยใช้หลักธรรมาภิบาล มีการบริหารงานเชิงกลยุทธ์แบบมุ่งสัมฤทธิ์ มีการประสานงานกับภาคีเครือข่าย มีการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงาน มีการเยี่ยมเสริมพลังและให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ และมีการมอบอำนาจการบริหารให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ: การรับรู้อำนาจหน้าที่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การบริหารงานสาธารณสุข

¹ นักศึกษา ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* Corresponding author: nopphakitkosol@hotmail.com

*Original Article***Factors Related to Public Health Administration of District Public Health Officers in Kanchanaburi Province**Chaiyaputthaa Phurichaivoranant^{1,*}, Chawthip Baromtanarat², Warangkana Chankong²**Abstract**

This cross-sectional survey research aimed to 1) study personal characteristic factors, perception of authority and transformational leadership of district public health officers; 2) identify public health administration of district public health officers ; and3) determine the relationship between personal factors, perception of authority, transformational leadership of district public health officers and public health administration of district public health officers in Kanchanaburi province. The study population was conducted in all 158 district health executives in Kanchanaburi province including 13 district public health officers and 145 sub-district health promoting hospital directors. Data were collected by using questionnaires (R = 0.82) The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, and Pearson's product moment correlation coefficient. The results revealed that the perception of authority, transformational leadership and public health administration capacities of the participants were at high levels. Factors significantly related to public health administration capacities of the participants were perception of authority, transformational leadership (p <0.001) and educational levels (p <0.05) Suggestions: (1) Policy, Should public health district management personnel, budgets, and parcels. Making strategic plan. (2) Import into action: Public health district should have to promote innovation. Research and use of technology, Management and administration jobs, Office correspondence, using the principles of good governance, there is a strategic management model aim achievement, coordination with the parties to the network, with the development of operational standards. Excellent power and encourage personnel and authority to provide to the Executive Director of the Sub-District Hospital.

Keywords: Perception of authority, Transformational leadership, Public health administration

¹ Student in Master of Public Health (Hospital Administration), Sukhothai Thammathirat Open University

² Lecturer, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: noppakitkosol@hotmail.com

บทนำ

การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน โดยมีการแบ่งการบริหารออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) ระดับนโยบาย มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการกำหนดนโยบาย และ (2) ส่วนราชการหรือส่วนปฏิบัติ ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการและกำหนดนโยบาย สำหรับส่วนราชการนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุขภายใต้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 โดยในส่วนการบริหารสาธารณสุขในระดับนโยบาย มีการกำหนดนโยบายเป้าหมาย นำกรอบนโยบายหลายประการมาบูรณาการเพื่อกำหนดทิศทางเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และการวางแผนระยะยาวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น (1) นโยบายประเทศไทย 4.0 (Thailand 4.0) (2) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) (3) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) (4) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579)¹

การวางแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ใช้กรอบยุทธศาสตร์ 4 ด้าน (4 Excellence) ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion & Prevention Excellence) 2) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านบริการ (Service Excellence) 3) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านกำลังคน (People Excellence) และ 4) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านการบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยขับเคลื่อนด้วยค่านิยม MOPH ได้แก่ M คือ Mastery หมายถึง การเป็นผู้นำ

สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่หลงไปตามความโลภ โกรธ หลง O คือ Originality หมายถึง การเป็นผู้ริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ รู้จักสร้างสรรค์นวัตกรรม P คือ People - centered approach หมายถึง การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และ H คือ Humility หมายถึง มีความอ่อนน้อมถ่อมตนพร้อมที่จะสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน¹

สาธารณสุขอำเภอเป็นตำแหน่งทางการบริหาร คือเป็นหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ โดยรูปแบบการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ ตามแนวคิดของคณะทำงานวิจัยและพัฒนาแบบการบริหารงานสาธารณสุขในอำเภอ เขตสุขภาพที่ 5 (2560)² มี 8 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การมีโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม (2) การบริหารจัดการที่เป็นเอกภาพ (3) การบริหารแผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการ (4) การบริหารทรัพยากรบุคคลตามหลักธรรมาภิบาล (5) การบริหารงบประมาณและพัสดุตามหลักธรรมาภิบาล (6) การบริหารงานวิชาการที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน (7) การบริหารงานทั่วไปที่เน้นประสิทธิภาพ และ (8) การบริหารระบบสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถตอบสนองนโยบายและบริบทของพื้นที่ในการบริหารงานสาธารณสุขตามกรอบการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุข โดยกฎกระทรวงสาธารณสุข การแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560¹ (ให้ไว้ ณ วันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2560) ข้อ 21 กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีสาธารณสุขอำเภอเป็นหัวหน้าส่วนราชการ มีอำนาจหน้าที่ 6 ด้าน ประกอบด้วย (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ (2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ (3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ

4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ และ 6) ปฏิบัติงานร่วมหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

จังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 145 แห่ง ดูแลประชากร 887,979 คน³ มีการบริหารงานสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่กล่าวข้างต้นสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น การบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอถือว่าเป็นกลไกที่สำคัญเนื่องจากมีบทบาทหลักในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน แต่การบริหารสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอยังมีปัญหาหลายประการ เช่น (1) ด้านความมีเอกภาพในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังที่ไม่สอดคล้องกับภารกิจ และสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ นโยบาย สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี (2) การบริหารงบประมาณและพัสดุที่มีข้อจำกัดซึ่งไม่สามารถตอบสนองการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3) เจ้าหน้าที่ขาดกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น² ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอมีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอหรือไม่ อย่างไร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ การงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ

สาธารณสุขอำเภอ กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้ ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ ตัวแปรตาม ได้แก่ การบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ² ผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารงานสาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอ และระดับปฐมภูมิ มีระบบการบริหารสาธารณสุขที่ความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในทุกๆ ด้าน อันจะนำไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย (1) สาธารณสุขอำเภอ ศึกษาจากประชากรทั้งหมด รวม 13 คน (2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศึกษาจากประชากรทั้งหมด รวม 145 คน รวมประชากรที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 158 คน โดยศึกษาทุกประชากร (Total Population)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารงานสาธารณสุข จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและให้คำปรึกษาและมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (I.O.C.) ทุกข้อคำถาม 0.6 – 1.0 โดยทำการทดลองใช้เครื่องมือ (Try Out) ที่ อำเภอจอมบึง อำเภอสวนผึ้ง อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 ตัวอย่าง และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Coefficient of Alpha) 0.82 ประกอบด้วย 4

ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เกี่ยวกับระดับการรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ 6 ด้าน ส่วนที่ 3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ เกี่ยวกับระดับการปฏิบัติของสาธารณสุขอำเภอ ส่วนที่ 4 การบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ เกี่ยวกับระดับความเหมาะสมการบริหารสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ 8 ด้าน โดยมีค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 แทนระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตามลำดับ และนำคะแนนไปแปลผลรายชื่อ รายด้าน และในภาพรวม โดยแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ใช้วิธีอิงเกณฑ์ (Best 1977: 174) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3 เพื่อแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน²

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแจกให้กลุ่มประชากรที่ศึกษาด้วยตนเอง โดยการให้กลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งหมดตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและได้ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 7-15 วัน นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แสดงด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน อำเภอที่ปฏิบัติงาน การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ และการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติการทดสอบ ไคสแควร์ (Chi-Square

Test) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน อำเภอที่ปฏิบัติงาน กับระดับการบริหารสาธารณสุขอำเภอของสาธารณสุขอำเภอ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอในภาพรวมและรายด้าน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอในภาพรวม และการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) จะบอกระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น กับตัวแปรตาม ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ต่ำกว่า 0.3 ความสัมพันธ์ระดับน้อย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.3 – 0.7 ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.8 – 1.0 ความสัมพันธ์ระดับมาก โดยกำหนดให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ = 0.05

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.5 มีอายุเฉลี่ย 50.22 ปี มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเฉลี่ย 28.98 ปี มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันเฉลี่ย 15.85 ปี ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 75.3 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 91.8 และอำเภอที่ปฏิบัติงานมากที่สุดคือ อำเภอเมืองกาญจนบุรี ร้อยละ 15.8 และอำเภอที่มีน้อยที่สุดคือ อำเภอห้วยกระเจา ร้อยละ 4.4

การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ 1) ระดับการรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.5 รองลงมา

อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.5 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.38 ค่าต่ำสุด เท่ากับ 59 และค่าสูงสุดเท่ากับ 120 2) ระดับการรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการส่งเสริมสนับสนุนประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข รองลงมาคือ ด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ด้านการปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย ด้านการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข และด้านการดำเนินการให้บริการด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ตามลำดับ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการพัฒนาาระบบสารสนเทศงานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ ระดับการปฏิบัติภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.9 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.8 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.45 ค่าต่ำสุด เท่ากับ 10 และค่าสูงสุด เท่ากับ 50 การบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ 1) ระดับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาญจนบุรี ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.8 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.9 และระดับน้อย ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 123.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 17.52 ค่าต่ำสุด เท่ากับ 58 และค่าสูงสุด เท่ากับ 120 2) ระดับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยส่วน คือ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการบริหารแผนยุทธศาสตร์ รองลงมาคือด้านการ

บริหารงานทั่วไป ด้านการบริหารระบบสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการบริหารงบประมาณและพัสดุ ด้านการบริหารจัดการที่เป็นเอกภาพ และด้านการบริหารงานวิชาการตามลำดับ โดยมีด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วน เพศ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และอำเภอที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ ($p\text{-value} > 0.05$)

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในภาพรวม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคลกับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในภาพรวม

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในภาพรวม

2) การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในภาพรวม

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาการรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอรายด้าน พบความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ มีดังนี้ ด้านที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด คือ ด้านการดำเนินการและการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข รองลงมา คือ ด้านการกำกับ ดูแล ประเมิน และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ด้านการพัฒนาระบบ

สารสนเทศ งานสุขศึกษา การสื่อสารสาธารณะ ด้านสุขภาพ ด้านการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข และด้านการปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย ตามลำดับ โดยด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

3. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในภาพรวม ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคล

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	94	59.5
	หญิง	64	40.5
อายุ	20 - 30 ปี	2	1.3
	31 - 40 ปี	11	7.0
	41 - 50 ปี	58	36.7
	51 - 60 ปี	87	55.1
$\bar{X}$ =50.22 , SD=7.03, Min.=25, Max.=60			
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	≤ 10 ปี	3	1.9
	11 - 20 ปี	13	8.2
	21 - 30 ปี	67	42.4
	≥ 31 ปี	75	47.5

$\bar{X}$ =28.98, SD=7.15, Min.=3, Max.=40

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
≤ 10 ปี	58	36.7
11 - 20 ปี	44	27.8
21 - 30 ปี	39	24.7
≥ 31 ปี	17	10.8
$\bar{X}$ =15.85, SD=10.67, Min.=1, Max.=38		
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	9	5.7
ปริญญาตรี	119	75.3
ปริญญาโท	30	19.0
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
สาธารณสุขอำเภอ	13	8.2
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	145	91.8
อำเภอที่ปฏิบัติงาน		
อำเภอเมืองกาญจนบุรี	25	15.8
อำเภอดำรง	15	9.5
อำเภอท่ามะกา	16	10.1
อำเภอพนมทวน	10	6.3
อำเภอด่านมะขามเตี้ย	8	5.1
อำเภอไทรโยค	13	8.1
อำเภอทองผาภูมิ	14	8.9
อำเภอสังขละบุรี	8	5.1
อำเภอศรีสวัสดิ์	9	5.7
อำเภอบ่อพลอย	11	7.0
อำเภอเลาขวัญ	14	8.9
อำเภอหนองปรือ	8	5.1
อำเภอห้วยกระเจา	7	4.4

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ในภาพรวม

ระดับการรับรู้อำนาจหน้าที่ในภาพรวม		จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	(89-120 คะแนน)	113	71.5
ระดับปานกลาง	(57- 88 คะแนน)	45	28.5
ระดับน้อย	(24-56 คะแนน)	0	0
$\bar{X}$ =95.15, SD=11.38, Min. = 59, Max.=120			

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จำแนกรายด้าน

การรับรู้อำนาจหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ	($\bar{X}$)	(SD)	ระดับการรับรู้
1. การส่งเสริมสนับสนุนประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข	16.29	2.29	มาก
2. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ	16.12	2.37	มาก
3. การปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย	16.06	2.35	มาก
4. การกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข	16.05	2.35	มาก
5. การดำเนินการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข	15.65	2.55	มาก
6. การพัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ	15.26	2.57	มาก

ตารางที่ 4 ระดับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ ในภาพรวม

ระดับการบริหารงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (117.35-160.00 คะแนน)	104	65.8
ระดับปานกลาง (74.68-117.34 คะแนน)	52	32.9
ระดับน้อย (32.00-74.67 คะแนน)	2	1.3
$\bar{X}$ =123.14, SD=17.52, Min.=58, Max.= 120		

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ การบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอ จำแนกรายด้าน

การบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านการบริหารแผนยุทธศาสตร์	15.91	2.38	มาก
2. ด้านการบริหารงานทั่วไป	15.89	2.45	มาก
3. ด้านการบริหารระบบสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	15.56	2.71	มาก
4. ด้านโครงสร้างองค์กร	15.45	2.44	มาก
5. ด้านการบริหารงบประมาณและพัสดุ	15.43	2.60	มาก
6. ด้านการบริหารจัดการที่เป็นเอกภาพ	15.24	2.64	มาก
7. ด้านการบริหารงานวิชาการ	15.18	2.53	มาก
8. การบริหารทรัพยากรบุคคล	14.44	2.99	ปานกลาง

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และอำเภอที่ปฏิบัติงาน กับระดับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาญจนบุรี

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N)	ระดับการบริหาร						x ²	p- value
		น้อย		ปานกลาง		มาก			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								2.709	0.258
ชาย	94	20	2.13	34	36.17	58	61.70		
หญิง	64	0	0.00	18	28.12	46	71.88		
ระดับการศึกษา								10.524	0.032*
อนุปริญญา	9	1	11.12	4	44.44	4	44.44		
ปริญญาตรี	119	1	0.84	35	29.41	83	69.75		
ปริญญาโท	30	0	0.00	13	43.33	17	56.67		
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน								0.224	0.894
สาธารณสุขอำเภอ	13	0	0.00	4	30.77	9	69.23		
ผอ.รพ.สต.	145	2	1.38	48	33.10	95	65.52		
อำเภอที่ปฏิบัติงาน								1.921	0.383
อำเภอเมือง	25	0	0.00	11	44.0	14	56.0		
อำเภออื่นๆ	133	2	1.50	41	53.33	90	46.67		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวแปร	การบริหารงานสาธารณสุขของ		ระดับความสัมพันธ์
	สาธารณสุขอำเภอ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (r)	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
- อายุ	-0.063	0.435	ไม่มีความสัมพันธ์
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานใน กระทรวงสาธารณสุข	0.069	0.391	ไม่มีความสัมพันธ์
-ระยะเวลาการปฏิบัติงานใน หน่วยงานปัจจุบัน	-0.055	0.493	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อำนาจหน้าที่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวแปร	การบริหารงานสาธารณสุขของ		ระดับความสัมพันธ์
	สาธารณสุขอำเภอ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	
การรับรู้อำนาจหน้าที่ที่สาธารณสุขอำเภอในภาพรวม	0.363	<0.001	มีความสัมพันธ์
1. ด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ	0.170	0.032	มีความสัมพันธ์
2. ด้านการดำเนินการและการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข	0.387	<0.001	มีความสัมพันธ์
3. ด้านการกำกับ ดูแล ประเมิน และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข	0.346	<0.001	มีความสัมพันธ์
4. ด้านการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข	0.239	0.002	มีความสัมพันธ์
5. ด้านการพัฒนากระบวนการสารสนเทศงานสุขศึกษา การสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ	0.322	<0.001	มีความสัมพันธ์
6. ด้านการปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย	0.238	0.003	มีความสัมพันธ์
7. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ	0.510	<0.001	มีความสัมพันธ์

สรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1) ควรให้สาธารณสุขอำเภอสามารถบริหารจัดการอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานได้

2) ควรให้สาธารณสุขอำเภอมีเอกภาพในการบริหารจัดการงบประมาณและบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

3) ควรให้สาธารณสุขอำเภอสามารถบริหารจัดการทำแผนยุทธศาสตร์ตามนโยบายกระทรวง จังหวัดและสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ และกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานและการทบทวนสถานการณ์เพื่อปรับยุทธศาสตร์ได้

4) ควรให้สาธารณสุขอำเภอสามารถบริหารจัดการอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงานได้

5) ควรให้สาธารณสุขอำเภอสามารถบริหารจัดการงบประมาณและพัสดุที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และนโยบายของพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะนำไปสู่การปฏิบัติ

1) สาธารณสุขอำเภอควรมีการส่งเสริมสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมและงานวิจัย และมีส่วนร่วมในการพัฒนาส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้และปฏิบัติงาน

2) สาธารณสุขอำเภอควรมีการบริหารจัดการงานธุรการและงานสารบรรณ โดยใช้หลักธรรมาภิบาล มีการบริหารงานเชิงกลยุทธ์แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข และมีการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและทันสมัย

3) สาธารณสุขอำเภอควรมีการเยี่ยมชมเสริมพลังและให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข และมีการมอบอำนาจการบริหาร เช่น บุคลากร งบประมาณ พัสดุ/ครุภัณฑ์ตามระเบียบข้อบังคับราชการให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกท่านในจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกท่านในอำเภอจอมบึง อำเภอสวนผึ้ง อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือการวิจัย (Try Out) ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. สืบค้นวันที่ 25 ตุลาคม 2561 จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/Public_Document
2. คณะทำงานวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริหารงานสาธารณสุขในอำเภอ เขตสุขภาพที่ 5. การพัฒนารูปแบบการบริหารงานสาธารณสุขในอำเภอเขตสุขภาพที่ 5. เพชรบุรี: อาลีก็อปปีเซ็นเตอร์; 2560.

3. กรมการปกครอง.กระทรวงมหาดไทย
“ประกาศสำนักทะเบียนกลางกรมการ
ปกครอง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร
แยกเป็นกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่างตาม
หลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31
ธันวาคม พ.ศ. 2560 “(ออนไลน์)
4. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างเครือข่ายและ
การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพของชุมชน. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.
5. บรรยงค์ โตจินดา. การบริหารงานบุคคล.
กรุงเทพฯ: รวมสาส์น; 2543.
6. ปิยรัตน์ วัฒนา. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ
ผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
การเรียนรู้ตลอดชีวิต กับการปฏิบัติงานของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน
กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2551.
7. พรพรรณ ระวีพันธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับสมรรถนะหลักของสาธารณสุขอำเภอใน
ภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศา
สตรมหาบัณฑิต.
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี;
2551.
8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. ประมวลสาระ
ชุดวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สำหรับ
ผู้บริหารสาธารณสุข. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช; 2544.
9. รุ่ง จันทะวงศ์. สมรรถนะด้านการบริหารงาน
สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช,
นนทบุรี; 2555.
- 10.ลักขณา สรวิวัฒน์. การคิด. กรุงเทพฯ: โอ
เดียนส์ไตร์; 2549.
- 11.วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : เรือน
อักษร; 2530.
- 12.วิภาพร มาพบสุข. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ:
ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ; 2540.
- 13.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ทิศทางปฏิรูปบริการ
สุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูป
ระบบบริการสุขภาพ; 2543.

Received: 8 July 2019, Revised: 10 Sep 2019,

Accepted: 14 Sep 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ในจังหวัดกาญจนบุรี

ธิติพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์^{1,*} ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์² วรางคณา จันทรงค์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงาน 5 หมวด บริหารดี ประสานงานดี บุคลากรดี บริการดี และประชาชนมีสุขภาพดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม) ในจังหวัดกาญจนบุรี (2) เพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามและ (3) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ติดตามที่ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดตาม ปี 2560 จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยพบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงาน 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 การบริหารดี มีผู้นำที่ดีมีความเป็นผู้นำ สามารถบริหารและจัดการองค์กรได้ทุกอย่าง มีการดำเนินงานได้อย่างมาตรฐาน หมวดที่ 2 ประสานงานดี มีการให้ความสำคัญกับประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย สามารถเชื่อมโยงได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย หมวดที่ 3 บุคลากรดี บุคลากรดีและมีประสิทธิภาพ หมวดที่ 4 บริการดี ประชาชนได้รับบริการที่ดี จากระบบบริการที่ดี มีมาตรฐาน ครบตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน หมวดที่ 5 ประชาชนมีสุขภาพดี ที่เกิดจากการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพและเป็นระบบ ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม คือ ปัจจัยการรับรู้นโยบาย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และแรงจูงใจ ข้อเสนอแนะ ควรชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือการประเมิน รพ.สต.ติดตาม ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นไปตามแนวทางเดียวกันและงบประมาณการดำเนินงานควรสนับสนุนตามความจำเป็นและส่วนขาดให้เหมาะสมของแต่ละสถานบริการ

คำสำคัญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ความสำเร็จ การดำเนินงาน

¹นักศึกษา ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²อาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Corresponding author; E-mail: nopphakitkosol@hotmail.com

Original Article

Success of Star-Award Sub-district Health Promoting Hospitals' Operations in Kanchanaburi Province

Thitiputth Phurichaivoranant^{1,*}, Chawthip Baromtanarat², Warangkana Chankong²

Abstract

This descriptive study aimed to (1) study the success of the 5 categories are good administration good coordination, good personnel, good service and healthy people of the star's Sub-district Health Promoting Hospital in Kanchanaburi Province. (2) To study other factors that affect the operation of the star's Sub-district Health Promoting Hospital and (3) to study problems, impediments and suggestions in the operation of Sub-district Health Promoting Hospital. Passed the criteria of the star's Sub-district Health Promoting Hospital. The study population is the director of Health Promoting Hospital or responsible person were to passed 23 people evaluated of The star's Sub-district Health Promoting Hospital in BE.2560. The research instrument is in-depth interview. The research found that Success in the operation of 5 categories: Category 1 Good management, There are good leaders, leadership. Management and organization about anything, There is a standard operation. Category 2 Good coordination, Attention to the target population, Be linked more effectively to achieve the goals. Category 3 Good personnel, Good and efficient personnel. Category 4 good service, Citizens receive better service from the standard system services as necessary basic. Category 5 Healthy citizens originating from the holistic health care. Occurrence, development, care and quality as a system. The other factors that affect the operation of the star's Sub-district Health Promoting Hospital are policy perception factor participation in operations and motivation. Suggestions should be reviewed for clarity. Support the operating budget appropriately and increase the operating time.

Keywords: The star-Award Sub-district Health Promoting Hospital, Success, Operations

¹ Master of Public Health Program in Public Health Administration, Sukhothai Thammathirat Open University

² Lecturer, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: noppakitkosol@hotmail.com

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Sub-district Health Promoting Hospital) ใช้ชื่อย่อ “รพ.สต.” เป็นสถานพยาบาลที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขของประเทศ เพราะถือเป็นสถานพยาบาลขั้นต้นที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ซึ่งก่อนหน้านี้เรียกชื่อ “สถานีอนามัย” โดยที่ รพ.สต. เป็นสถานพยาบาลของรัฐที่เป็นหน่วยบริการด่านแรกที่อยู่ในระดับตำบล ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และจัดเป็นหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ¹ เดิมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ สุขศาลา ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น สถานีอนามัย ซึ่งให้บริการทางสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ถึงปี 2553 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. จนถึงปัจจุบันนี้ ความสำคัญและภารกิจ รพ.สต. มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพไทย เพราะเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับชุมชนที่ชาวบ้านรู้จัก และนิยมใช้บริการมากขึ้นเป็นลำดับใน ปี 2560 เริ่มมีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2560² โดยได้มีนโยบาย การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในทุกระดับ โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพใน รพ.สต. โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี บุคลากรมีความสุข ภายใต้ เก่ง ดี มีสุข มีระบบสุขภาพแบบยั่งยืน อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายหลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2560 นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ รพ.สต.ผ่านการประเมินเป็น รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 10 จากจำนวน รพ.สต. ทั้งหมดทั่วประเทศ จำนวน 9,826 แห่ง ซึ่งปีงบประมาณ 2560 มี รพ.สต. ที่ผ่านการประเมิน

เป็น รพ.สต.ติดดาวแล้ว จำนวน 1,685 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 17³ และในปี 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ ผ่านการประเมินเป็น รพ.สต.ติดดาว เป็นร้อยละ 25 จากจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายไว้ภายใน 5 ปี ให้มี รพ.สต. ติดดาวร้อยละ 100⁴ ดังนั้น รพ.สต. จึงต้องมีการเร่งการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ระดับตำบล ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของ รพ.สต. โดยมุ่งเน้นการเชื่อมโยงของระบบบริการกับหน่วยบริการประจำหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย การติดต่อประสานงานในส่วนของท่าน้องถิ่นและภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในระดับตำบล การเชื่อมโยงในส่วนที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการมุ่งเน้นกระบวนการให้บริการ การบริหารจัดการจะได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน การพัฒนาองค์ความรู้ที่นำไปสู่การคิดค้นนวัตกรรม ตลอดจนการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีแบบยั่งยืนต่อไป สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ “ความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดกาญจนบุรี” ได้ใช้ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2561 ใน 5 หมวด ดังต่อไปนี้

1) หมวดที่ 1 บริหารงานดี คือ ประชาชนได้รับการบริการใน รพ.สต. ที่เป็นหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ มีระบบจัดการที่ดี ทุกองค์กรมีส่วนร่วม ตามโครงสร้าง มีการดำเนินงานเพื่อประชาชนได้อย่างมีมาตรฐาน

2) หมวดที่ 2 ประสานงานดี คือ รพ.สต. มีการให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มทุกเป้าหมาย มีการเชื่อมโยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในรูปการติดต่อ การประสานงานทุกภาคส่วน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

3) หมวดที่ 3 บุคลากรดี คือ บุคลากรมีจำนวนที่เพียงพอต่อการให้บริการที่ครอบคลุมการ

ให้บริการแก่ประชาชน และต้องมีความสุขในการให้บริการ ภายใต้นโยบายบุคลากร เก่ง ดี มีสุข เมื่อบุคลากรมีความสุขในการดำเนินงานย่อมส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี รวมถึงมีการดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้

4) หมวดที่ 4 บริการดี คือ ประชาชนจะได้รับการดูแลที่ดีจากระบบบริการที่ดี มีมาตรฐานสามารถแก้ปัญหาในพื้นที่หรือในชุมชนได้ มีการบริการครบตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานและการให้ความคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสุขภาพของประชาชน

5) หมวดที่ 5 ประชาชนมีการจัดการสุขภาพดี คือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ที่เกิดจากการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การดูแลสุขภาพตนเองที่เกิดจากการดูแลตนเองและจากทีมสหวิชาชีพ ส่งผลต่อประชาชนที่ได้รับบริการทางด้านสุขภาพ ประชาชนสามารถเกิดการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพและเป็นระบบ ตามระบบบริการสุขภาพ และสามารถนำไปพัฒนาสู่นวัตกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ได้ และสามารถเผยแพร่องค์ความรู้ไปสู่ชุมชน^{5,6}

จังหวัดกาญจนบุรี ในปี 2560 มี รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) จำนวน 144 แห่ง ผลการประเมินพบว่า รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ตีตรา จำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 15.97 ผลการประเมินในปี 2560 พบว่าหมวดที่ผ่านเกณฑ์ อยู่ในอันดับที่ 1 คือหมวดที่ 4 คือหมวดการบริการดี คิดเป็นร้อยละ 98.26 และรองลงมา คือหมวดที่ 3 บุคลากรดี ร้อยละ 97.39 และ หมวดที่ 2 ประสานงานดี ร้อยละ 96.52⁶ และในปี 2561 มี รพ.สต. เพิ่มขึ้นอีก 2 แห่ง ในพื้นที่อำเภอเมืองกาญจนบุรี รวมเป็นทั้งสิ้น 146 แห่ง ซึ่งกำหนดเป้าหมายการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์เป็นร้อยละ 50 หรืออย่างน้อย 73 แห่ง (ผลงานสะสมของปี 2560 – 2561) คิดเป็นจำนวน รพ.สต.ที่ต้องพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นอีกในปี 2561

จำนวน 50 แห่งและจากการประเมินในปี 2561 มี รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ รพ.สต. ตีตรา จำนวน 67 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.89⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อการดำเนินงานหรือความสำเร็จในการดำเนินงาน รพ.สต. ตีตรา และจากแนวคิดของ ญัฐฉิ อุตนาท ที่ได้ศึกษารูปแบบการประเมิน รพ.สต. ตีตราในเขตสุขภาพที่ 8 และจากข้อมูลจะเห็นได้ว่ามี รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต. ตีตรา ในปี 2560 -2561 ยังไม่ได้ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน รพ.สต.ตีตรา ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้นโยบาย ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม⁸

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตีตราในจังหวัดกาญจนบุรีในภาพรวม และรายด้าน 5 หมวด คือบริหารดี ประสานงานดี บุคลากรดี และประชาชนมีสุขภาพดี เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตีตราในจังหวัดกาญจนบุรี และเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินแล้ว ผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงาน รพ.สต.ตีตรา ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไปเพื่อให้ รพ.สต. ทุกแห่งผ่านการประเมินรับรองคุณภาพตามเกณฑ์ครบทุกแห่งภายใน ปี 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้รับผิดชอบงาน ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ในจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งหมดจำนวน 23 แห่งๆ ละ 1 คน รวม 23 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total Population)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ตัวผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เอกสารการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดกาญจนบุรีโดยมีเนื้อหาแบบสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปขององค์กร

ส่วนที่ 2 ประเด็นคำถามเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานรพ.สต.ติดดาว ที่ผ่านเกณฑ์ รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนา รพ.สต.ติดดาว

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว ได้แก่ การรับรู้นโยบาย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ แรงจูงใจ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ผ่านการตรวจสอบแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกจากอาจารย์ที่ปรึกษา และตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงในเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการพิจารณาเชิงเหตุและผล จากดุลยพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จำนวน 5 ท่าน และการตรวจสอบข้อมูลแบบ สามเส้า (Data Triangulation) คือการพิสูจน์ว่า ข้อมูลที่ผู้ศึกษาที่วิจัยรวบรวมมาได้มานั้น มีความครบถ้วน ถูกต้อง

หรือไม่ วิธีตรวจสอบ คือการสอบแหล่งของข้อมูล แหล่งที่มาที่จะพิจารณาในการตรวจสอบ ได้แก่ แหล่งเวลา หมายถึงถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกัน หรือไม่ แหล่งสถานที่ หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ และแหล่งบุคคล หมายถึง ถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ดังนี้

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้ศึกษาวิจัย (Investigator Triangulation) คือการตรวจสอบว่า ผู้ศึกษาวิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างน้อยอย่างไร โดยเปลี่ยนตัวผู้สังเกตแทนที่จะใช้ผู้ศึกษาวิจัยคนเดียวกัน สังเกตตลอด

2) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) คือการตรวจสอบว่าถ้าผู้ศึกษาวิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิม จะทำให้การตีความข้อมูล แตกต่างกันอย่างน้อยเพียงใด

3) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน

หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยทำการถอดข้อความที่ได้แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยการเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกซ้ำ หากพบว่ามีข้อความบางข้อที่ยังไม่สมบูรณ์ ได้ทำการปรับคำต่อคำให้เหมาะสม โดยเพิ่มข้อความที่ยังไม่ครบถ้วน รวมทั้งเพิ่มเติมคำถามบางข้อ เพื่อเจาะลึกในเรื่องที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อให้มีข้อมูลเรื่องนั้นมากขึ้น (Probing and follow up) หากไม่แน่ใจในคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลัก เนื่องจากมีความขัดแย้งของข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยได้จดคำถามหรือประเด็นคำถามนั้นไว้และกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลหลักให้เกิดความกระจ่างในประเด็นนั้นอีกครั้ง (Clarifying) เมื่อถอดความและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ปรับข้อความและเพิ่มเติมให้สมบูรณ์มากขึ้น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และได้รับการพิจารณาอนุมัติตามตามหนังสือเลขที่ กจ.0032.002/1902 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth-Interview) ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้กำหนดวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)
2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและขออนุญาตใช้การบันทึกเสียงร่วมด้วย โดยใช้วิธีการจดบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ควบคู่ไปกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกสัมภาษณ์
3. ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ พร้อมทั้งคัดเลือกและจับประเด็น อีกทั้งตัดคำพูดบางคำที่ไม่เหมาะสม และไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยออกไป เพื่อให้ข้อมูลนั้นเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปขององค์กร ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน และ ร้อยละ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการถอดเทปจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการแปลความ (Interpretive) ตามแนวคิดของ Leonard (1989) ประกอบด้วย

1) อ่านคำบรรยายในบทสนทนา (transcript) หลาย ๆ รอบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจรวบยอดเกี่ยวกับเรื่องนั้น ตัดสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องออก เหลือเฉพาะแก่น (core) ถอดรหัสความ (coding) แล้วจัดเป็นกลุ่ม (category) หรือบางครั้งเรียกว่า ประเด็นย่อย (sub-theme) จากนั้นจึงรวบยอดเข้าไปเป็นเรื่องหรือกลุ่มเรื่องเดียวกัน เรียกว่า การสรุปประเด็นหลัก (theme)

2) พิจารณาแต่ละประเด็น (theme) และให้ความหมายของคำแต่ละคำ เหตุการณ์และการตอบสนองแต่ละเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกัน ปฏิกริยา การวิเคราะห์บริบทของเหตุการณ์ โดยแปลความเพื่อจะทำให้ทราบว่า ประสพการณ์นั้นให้ความหมายอะไรในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งความหมายเหล่านั้นจะแตกต่างกันไปตามบริบทแวดล้อม

3) แยกรูปแบบของความหมาย รูปแบบนี้จะอธิบายความหมายอย่างสมบูรณ์ ซึ่งทำให้เข้าใจถึงประสพการณ์การกระทำของแต่ละบุคคล และเข้าใจปรากฏการณ์จากบริบทของแต่ละเหตุการณ์ จากนั้นจึงบรรยายออกเป็นโครงร่างและรูปแบบของประสพการณ์

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปขององค์กร จำนวน 23 แห่ง พบว่า จำนวน รพ.สต.ที่มี บุคลากรจำนวน 5 – 7 คน จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.08 รพ.สต.มีบุคลากรจำนวนมากกว่า 9 คนขึ้นไป จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30.43 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนมากกว่า 2,000 หลังคาเรือน จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 39.13 จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ ต่ำกว่า 3,000 คน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.04 จำนวนประชากรตั้งแต่ 3,001 – 8,000 คน มีจำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 73.91 ประชากรที่มีมากกว่า 8,000 มีจำนวน 17

แห่ง คิดเป็นร้อยละ 73.91 ประชากรที่มีมากกว่า 8,000 คน ขึ้นไป จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.04 รพ.สต.ที่จัดอยู่ในขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.04 รพ.สต.ขนาดกลาง มีจำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 73.91 และ รพ.สต.ขนาดใหญ่ จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.04

สรุป หมวดที่ 1 การบริหารดี เป็นเรื่องการบริหารจัดการในทุก ๆ เรื่องให้เป็นไปตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้ ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำแผน การประสานงานกันระหว่างภาคีเครือข่าย การสรรหางบประมาณในการดำเนินงาน ซึ่งผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการพัฒนา ผู้นำหรือทีมมีนโยบายที่ชัดเจน และมีช่องทางสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้การบริหารระบบการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพทั้งด้านการเงิน การจัดการสิ่งแวดล้อมพัฒนาระบบสนับสนุนให้การบริการมีคุณภาพมาตรฐาน เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (LAB) เกสซ์กรรม/คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT) สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพของตน เป็นการเพิ่มศักยภาพให้บริการในหน่วยบริการประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น

สรุป หมวดที่ 2 การประสานงานดี โดยให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประสานงานดีมาจากภาคีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง เป็นเจ้าของในการจัดการปัญหาสุขภาพที่ต่อเนื่อง และบูรณาการกับงานบริการอื่น สามารถแก้ปัญหาสำคัญของพื้นที่ ผลลัพธ์ปัญหาสำคัญของพื้นที่ดีขึ้น มีการดำเนินการทางด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ นอกจากการประสานงานกับภาคีเครือข่ายแล้ว การประสานภายใน คณะกรรมการประสานงาน

ระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีแนวทางชัดเจน นำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมตามบริบท ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีและพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียน

สรุป หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล มุ่งเน้นการดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนาให้มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการจัดระบบบริการ มีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแลพัฒนาให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ สร้างความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน มีการปรับปรุงการใช้ทรัพยากร สร้างวัฒนธรรมให้บุคลากรมีความสุขเกิดความพึงพอใจ มีความผูกพันกับองค์กร ภูมิใจ และรับรู้คุณค่าในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันและมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ และการจัดระบบบริการอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ประชาชนมีสุขภาพดีแล้ว อันเป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขแล้วเจ้าหน้าที่ก็ต้องมีความสุขในการทำงานด้วย และเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ยั่งยืนในการพัฒนาบุคลากร รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้

สรุป หมวดที่ 4 หน้าที่ที่สำคัญของ รพ.สต. คือการจัดระบบบริการครอบคลุมทุกประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ มีระบบบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

สรุป หมวดที่ 5 ผลลัพธ์สุดท้าย คือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว รวมถึงคนในชุมชนด้วย ที่

สามารถดูแล ช่วยเหลือ และสามารถจัดการแก้ไข ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี อยู่ สามารถร่วมเป็นเจ้าของภาพในการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาในชุมชนได้ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดการคิดค้นนวัตกรรมที่มีอยู่ในท้องถิ่นได้ เกิด การเรียนรู้ร่วมกัน ชุมชน ผู้รับบริการสามารถ นำไปใช้ดูแลตนเองและเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อปัจจัยอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำเนินงาน รพ.สต. ติดดาว

ความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลต่อปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำเนินงาน รพ. สต. ติดดาว ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้นโยบาย การมี ส่วนร่วม และแรงจูงใจ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้นโยบายการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ได้ให้การรับรู้นโยบายมีผลอย่างยิ่ง ทุก รพ.สต. การรับรู้นโยบายการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาวเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนต้องรับรู้ เข้าใจว่านโยบายต้องการอะไร แบบไหน ทุกคนจะ ได้ดำเนินงานได้ดีเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และ ยึดถือว่าเป็นนโยบายที่ต้องปฏิบัติทุกคน ดังคำให้ สัมภาษณ์ดังข้อความต่อไปนี้

“ทุกคนต้องรับรู้เรื่องนโยบาย และต้อง เข้าใจว่าทำไปทำไม ทำแล้วได้อะไร”

“แนวทางการพัฒนาเพื่อการรับรู้ นโยบายควรดำเนินการอย่างไร”

“การถ่ายทอดนโยบายจากระดับจังหวัด สู่ระดับอำเภอและระดับอำเภอสู่ระดับ รพ.สต. ต้องถ่ายทอดได้ชัดเจนเต็ม 100% ทุกคนต้องรับรู้ นโยบาย คณะทำงานหรือทีมงานหรือทีมพี่เลี้ยง ต้องเข้าใจนโยบายและสามารถถ่ายทอดและให้ คำตอบได้อย่างชัดเจนทุกเรื่อง สร้างแบบความ เข้าใจพื้นฐานเดียวกัน เหมือนกัน”

2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ในการ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ได้ให้การมีส่วนร่วม ของผู้เกี่ยวข้องมีผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาวทุก รพ.สต. เพราะการทำงานไม่

สามารถทำได้เพียงคนเดียว ไม่สามารถสำเร็จได้ ด้วยคนเดียวต้องช่วยกัน ร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม ของผู้เกี่ยวข้องก็คือความร่วมมือของทุกคนใน องค์กร การทำงานเป็นทีมต้องรับฟังความคิดเห็น จากทุก ๆ คนในองค์กรของคนในกลุ่ม ดังคำให้ สัมภาษณ์ดังข้อความต่อไปนี้

“การทำงานทำคนเดียวไม่ได้หรอก เพราะต่างคนต่างก็มีความเชี่ยวชาญในเรื่องเฉพาะ ของตนเอง เก่งไปคนละแบบ นั่นคือทุกคนก็ต้อง ร่วมด้วยช่วยกัน งานจึงจะสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี”

แนวทางการพัฒนา ผู้นำต้องรวมทีมให้ เป็นหนึ่งให้เป็นไปในทางทิศเดียวกันต้องให้ทุกคน เข้าใจทุกเรื่อง ทุกคนต้องร่วมด้วยช่วยกันทำงาน อย่าทำคนเดียว ให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วนด้วย หากขาดความรู้มาฝึกอบรม สนับสนุนด้านวิชาการ ความรู้กันได้ดังคำให้สัมภาษณ์ดังข้อความต่อไปนี้

“การสร้างจิตสำนึกของหน้าที่การปลูก ฝัง การรับรู้ในหน้าที่ของงานของตนเอง ความ ร่วมมือ การมีส่วนร่วมจึงจะเกิดขึ้น”

“เรื่องที่ยังขาดทำให้ดีขึ้น เรื่องที่ดีทำให้ ดียิ่งขึ้นไปอีก แล้วงานอื่น ๆ ก็จะตามมาเอง”

“การร่วมด้วยช่วยกัน การแชร์ ประสบการณ์ของแต่ละคนในการดำเนินงาน จะ ทำให้ช่วยกันสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และก็ จะเป็นประสบการณ์ที่เป็นแบบอย่างที่ไม่ทำให้เกิด ขึ้นอีก”

3. แรงจูงใจในการทำงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว แรงจูงใจในการทำงานมีผลอย่างยิ่ง ทุก รพ.สต. แรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญเป็นสิ่งจูงใจให้ คนปฏิบัติงานให้ได้ดียิ่งขึ้นเมื่อเจ้าหน้าที่ที่ ปฏิบัติงานได้รับแรงจูงใจ ย่อมทำให้การปฏิบัติงาน เป็นไปด้วยดี ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น จากการมารับบริการ และแรงจูงใจเป็นการพัฒนา องค์กร พัฒนา รพ.สต. ดังคำให้สัมภาษณ์ดัง ข้อความต่อไปนี้

“คนทำดีต้องได้รับความดี และคนอื่นได้ รับรู้ คนทำดีต้องได้รับคำชม”

“เป็นขวัญและกำลังใจ เป็นแรงขับเคลื่อนที่จะทำให้เราทำงานสำเร็จ เหมือนเป็นสิ่งที่ล่อใจ จูงใจ ให้เราอยากปฏิบัติงานให้ดี บรรลุผลตามนโยบาย”

รูปแบบหรือวิธีการในการสร้างเสริมแรงจูงใจ จากการวิเคราะห์และจำแนกวิเคราะห์พบว่ารูปแบบในการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีดังนี้

1. การพิจารณาให้ความดีความชอบในการปฏิบัติงาน
2. การพูดให้คำชมเชย
3. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การพูดคุยกัน การพบปะสังสรรค์กัน ในโอกาสพิเศษต่างๆ
4. การให้สิ่งของ รางวัล
5. การสนับสนุนส่วนอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เช่น การให้สวัสดิการด้านความเป็นอยู่ ของใช้ในชีวิตประจำวัน

ดังคำให้สัมภาษณ์ดังข้อความต่อไปนี้

“ให้คิดเสมอว่า การทำงานด้วยความตั้งใจ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ แล้วเราจะได้รับสิ่งที่ดี ๆ กลับมาหาเราเอง”

“ให้คิดเสมอว่า รับราชการเป็นอาชีพ มีใช้เพียงมีอาชีพรับราชการ”

ข้อเสนอแนะ

1. ควรชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือการประเมิน รพ.สต.ติดตาม ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน
2. ควรสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานตามความจำเป็นและส่วนขาดให้เหมาะสมของแต่ละสถานบริการ
3. การสนับสนุนงบประมาณและสิ่งของของโรงพยาบาลแม่ข่ายให้มีความเหมาะสมเป็นไปตามศักยภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ติดตาม ที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยในการให้ข้อมูลคะแนนประเมิน ของ รพ.สต. ที่ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดตามแล้ว ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานผลการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาลและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานผลการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาลและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต. ติดตาม) ปี 2560. กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. คณะทำงานพัฒนา รพ.สต.ติดตาม. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม). กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.กาญจนบุรี. รายงานการพัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม. สำนักงานสาธารณสุขกาญจนบุรี อัดสำเนา; 2560.

7. สำนักงานสาธารณสุขกาญจนบุรี. รายงานการดำเนินงานประจำปี 2560. กาญจนบุรี : สำนักงานสาธารณสุขกาญจนบุรี อัดสำเนา; 2560.
8. ณัฐวุฒิ อุตนาม. การศึกษารูปแบบการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวใน เขตสุขภาพที่ 8. หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2559.
9. กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรวิทยา; 2544.
10. กิติพันธ์ รุจิรกุล. พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์; 2529.
11. ชูชัย ศุภวงศ์และคณะ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2552.
12. นิรัตน์ อิมามี. สถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ (5). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2560.
13. บรรยงค์ ไตจินดา. การบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: รวมสาส์น; 2543.
14. ลักขณา สรีวัฒน์. การคิด. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์; 2549.
15. Adam, Stacy J. Inequality in social exchange, In L. Berkowitz ed Advances in Experimental Psychology. 1963; Vol. 2 : 267-299.
16. Berelson, Bernard and Gray A. Steiner. Human Behavior. New York : Harcourt; 1964.
17. Putti J.M. Management : A Functional Approach. Singapore: McGraw-hill; 1987.

Received: 18 May 2019, Revised: 12 July 2019,

Accepted: 30 July 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย
จังหวัดมุกดาหาร

ปิยะมาพร เลหาดีรานนท์^{1,*} สุมัทนา กลางคาร² เสฐียรพงษ์ ศิวินา³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีความมุ่งหมายที่จะศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางการจัดโปรแกรมการให้บริการที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย สมุดบันทึกสุขภาพมารดาทารก โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจงตามเกณฑ์ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 คน เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน nonparametric (Wilcoxon Signed Rank Test) ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นทั้งรายด้านและภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานได้แก่ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และสามี จากการประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองที่ส่งผลให้เกิดทักษะการเรียนรู้ และประสบการณ์ที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตามได้ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ตั้งครรภ์วัยรุ่น การดูแลตนเอง

¹ นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

* Corresponding author: nont_yeen@hotmail.com

Original Article

The Application Program of Self Care and Social Support in Teenage Pregnancy: Nikhom Kham Soi Hospital, Nikhom Kham Soi District, Mukdahan Province

Piyamaporn Laohateeranon^{1,*}, Sumattana Glangkarn², Satianpong Siwina³

Abstract

This quasi-experimental study purposed to investigate the effect of self-care program application on social support theory as a guideline for the program of antenatal care service at Nikom Kham Soi Hospital. The intervention consisted of a health promotion program and a mother and child health manual. Quantitative and qualitative data were collected by questionnaire and interview between June and August 2018. Eleven participants of each group were selected by purposive criteria. Data were analyzed by descriptive statistics: frequency, percentage, mean, and inferential statistics: nonparametric (Wilcoxon Signed Rank Test). The study found that subjects had an average score of self-care behaviors before the experiment at a moderate level. After the experiment, the self-care behavior scores were at a good level which higher than before experiment significantly in each aspect and overall. It was clear that, the successful factor was the participatory learning activities among pregnant women, family and husbands by applying self-care programs. This program impacted the learning and practical skills. Moreover, home visits were supported the environmental adjustment and promoted the appropriate self-care for teenage pregnant.

Keywords: Teenage Pregnant, Self-Care

¹ Student in Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² Association Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Public Health Officer, Roi-et Provincial Public Health Office

* Corresponding author: nont_yeen@hotmail.com

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพอนามัยของมารดา และทารกที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศทางตะวันตก ซึ่งในแต่ละปีจะมีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่า 900,000 คน โดยส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์¹ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสังคม มีแนวโน้มเกิดปัญหาเพิ่มมากขึ้นจากสถิติของกรมอนามัย ในช่วงเก้าเดือนแรกของปี พ.ศ. 2553 มีเด็กวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี ตั้งครรภ์ถึง 20 ปี สูงที่สุดในเอเชีย คือ 150,000 คน และมีอายุต่ำที่สุดคือ 11 ปี²

ในปี 2557 – 2558 จังหวัดมุกดาหาร มีอัตราการมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตร ร้อยละ 11.2 และ 26.5 ทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2557 – 2558 ร้อยละ 9.1 และ 9.0 ตามลำดับ³ โรงพยาบาลนิคมคำสร้อยพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ ใน พ.ศ. 2556 – 2558 จำนวน 46 คน โดยแยกเป็นรายปี 2556 – 2558 คือ 14 คน 19 คน และ 15 คน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง คุณภาพในปี 2556 – 2558 เพียง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.26 และมีอัตราการมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตร ในปี พ.ศ. 2556 – 2558 คือ 13.89, 10.72 และ 10.84 ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากการศึกษาข้อมูล เวชระเบียนแผนกฝากครรภ์และเวชระเบียนห้องคลอดโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย มีทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ใน พ.ศ. 2556 – 2558 ร้อยละ 8.16, 9.36 และ 8.70 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อทารกคือ ด้านสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ สุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ด้านพฤติกรรม ยังพบว่า ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพของ

โรงพยาบาลนิคมคำสร้อยในปี 2558 – 2559 เพียงร้อยละ 71.10 และ 64.39 สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิด มีน้ำหนักตัวน้อย มาจากสุขภาพแม่ขณะตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ มีภาวะโลหิตจาง ภาวะโภชนาการไม่ดี มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่จัด หรือดื่มเหล้ามาก หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง จากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะช่วยลดปัญหา ดังกล่าวลงได้⁴

จากการวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางการดำเนินงาน ควรมีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีขึ้น แต่การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย เป็นการให้คำแนะนำร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป การสนับสนุนให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเข้ารับฟังคำแนะนำยังมีน้อย ซึ่งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการ ปรึกษาปัญหา และความเป็นส่วนตัวที่เฉพาะมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะละเลยต่อการปฏิบัติตัวหรือการใส่ใจดูแลสุขภาพเอง จึงทำให้ยากต่อการควบคุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ดำเนินโรคอาจถึงขั้นรุนแรง เพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นหลายเท่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยนำแนวคิดการดูแลตนเอง⁵ และแนวคิดสนับสนุนทางสังคม⁶ มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น น่าจะมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงวิถีความเป็นอยู่และการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และที่สำคัญที่สุดคือ เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ประยุกต์มาจากทฤษฎี การดูแลตนเอง (Orem, 2001)⁵ และ (House, 1981)⁶ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการกิจกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาจากผลการวิจัยของสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มทดลองที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ได้มาโดยการเลือก ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากประชากรที่มาใช้บริการฝากครรภ์โรงพยาบาลนิคมคำสร้อยในเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเป็นการตั้งครรภ์ปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านมารดาและทารก ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เลือดออกกระปริดกระปรอย รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด หรือตรวจพบว่าทารกในครรภ์มีความพิการ คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง ไม่มีปัญหาการได้ยิน และยินดีเข้าร่วมการวิจัยจนครบทุกกระบวนการ 11 คน

กลุ่มควบคุมที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ได้มาโดยการเลือก ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากประชากรที่มาใช้บริการฝากครรภ์โรงพยาบาลดงหลวง ในเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเป็นการตั้งครรภ์ปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านมารดาและทารก ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เลือดออกกระปริดกระปรอย รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด หรือตรวจพบว่าทารกในครรภ์มีความพิการ คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง ไม่มีปัญหาการได้ยิน และยินดีเข้าร่วมการวิจัยจนครบทุกกระบวนการ 11 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้เวลา 2 เดือน โดยนัดผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 8 ครั้ง มีขั้นตอนปฏิบัติการวิจัยดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1. แจ้งผู้บังคับบัญชาเพื่อขอรับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและ ระยะเวลาที่ดำเนินการ

2. จัดทำกำหนดการ เตรียมเอกสารที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

3. ดำเนินการประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานฝากครรภ์ โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร ในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว

4. จัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เอกสารและสื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

5. เก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ขั้นทดลอง

กิจกรรมที่จัดขึ้นคือโปรแกรมการดูแลตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 8 สัปดาห์ โดยแผนการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 – 3 (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามี ครั้งที่ 1 – 3) จัดกิจกรรมโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เกิดความรู้และเกิดการรับรู้

เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระหว่างผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง โดยการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการดูแลตนเองประกอบด้วย แจกคู่มือส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การบรรยายประกอบภาพพลิก วิดีโอเทป ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์วัยรุ่น เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวได้มีโอกาสซักถาม

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามี ครั้งที่ 4)

1. กิจกรรมเพื่อละลายพฤติกรรม กิจกรรม “แม่ลูกออกกำลัง” โดยให้ครอบครัว (สามี) เข้าร่วมการออกกำลังกายด้วย ใช้เวลา 30 นาที

2. นำเสนอตัวแบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีเล่า ประสบการณ์ “สูตรสำเร็จในการเป็นแม่” แลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุยกัน ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามี ครั้งที่ 5)

1. ฝึกปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารที่มีในท้องถิ่น โดยผู้วิจัยยกตัวอย่าง อาหารแต่ละหมู่ขึ้นมา และให้หญิงตั้งครรภ์หรือครอบครัวช่วยกันตอบว่าสามารถเลือกอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นที่สามารถรับประทานแทนกันได้ ผู้ใดตอบได้เร็วและถูกต้อง รับรางวัลจากผู้วิจัย ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามีครั้งที่ 6)

1. การแสดงบทบาทสมมติจากทีมผู้วิจัย “เตรียมตัวอย่างไรเมื่อมาคลอด” โดยให้สามีหรือญาติเข้ามารับบทบาทเป็นสามีที่ภรรยาตนเองใกล้จะคลอด หลังจากนั้นให้ทุกคนร่วมกันอภิปรายสิ่งที่ได้เห็นจากการแสดงบทบาทสมมติเพื่อสามารถ

นำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของแต่ละครอบครัว ใช้เวลา 40 นาที

2. กิจกรรม “เตรียมความพร้อมสู่การคลอด” โดยผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการมารับบริการที่โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ในกรณีที่มาคลอดบุตร ร่วมกับพาหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวเข้าเยี่ยมชม ห้องคลอด ห้องหลังคลอด ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 7 – 8 (นัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามี ครั้งที่ 7 – 8)

1. ผู้วิจัยกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน เน้นถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์

2. สรุปผลการทำกิจกรรมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ เปิดโอกาสให้ ซักถามและสะท้อนความคิดเห็นข้อเสนอแนะของหญิงตั้งครรภ์ ใช้เวลา 30 นาที

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยแบบสอบถามชุดเดิมเก็บรวบรวมข้อมูล

4. มอบของที่ระลึกให้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบ nonparametric (Wilcoxon Signed Ranks Test) และ Mann-Whitney Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลสถานการณ์

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุเฉลี่ย 17 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 45.5 ประกอบอาชีพแรงงานรับจ้าง ร้อยละ 36.6 สถานภาพสมรสคู่ (แต่งงานหรืออยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน) ร้อยละ 72.72 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 36.4 มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 27.3 สถานะทางการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 81.8 ลักษณะของครอบครัวอยู่กับบิดามารดาของตนเองและสามี ร้อยละ 54.5

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับดีในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน การนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนักในคุณค่าตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การควบคุมสิ่งแวดล้อม

การเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการทดลองพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Test ได้ค่า $Z = -2.807$ ($p = 0.14$)

ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ดีและถูกต้องในเรื่องของการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ โดยให้เหตุผลว่าไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อนและรู้ว่าเป็นอันตรายต่อบุตรในครรภ์ การหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้บุคคลที่สงสัยว่าเป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ ไม่สวมรองเท้า

ส้นสูงเมื่อออกจากบ้าน การหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้กำลังกายมาก ไม่ยกของหนักหรือเดินทางไกล พฤติกรรมเหล่านี้เป็นการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลที่สำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อหลีกเลี่ยงสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ อุบัติเหตุในระยะตั้งครรภ์ ส่วนพฤติกรรมในเรื่องของการกลืนปัสสาวะไว้เมื่อปวดและการทำความสะอาดปากและฟันยังคงปฏิบัติได้ไม่ดีมากนัก จะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาในเรื่องของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ด้านการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีและถูกต้องในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยประยุกต์อาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นนำมาประกอบอาหาร ส่วนเรื่องการรับประทานอาหารของหมักดอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ค่อนข้างดีคืออยู่ในระดับปานกลาง มีส่วนน้อยที่รับประทานเป็นประจำ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์อยู่ในระยะไตรมาสแรกๆ โดยบอกว่าสามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ส่วนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติได้ไม่ดี คือ รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ การดื่มนม และการรับประทานยาบำรุง โดยให้เหตุผลว่าไม่ทราบว่ายาน้ำ 5 หมู่ เป็นอาหารชนิดใดบ้าง และเมื่อที่จะต้องกินยาบำรุงอีก ทั้งยังกลัวว่าจะทำให้ทานอาหารได้มากเกินไป ตนเองจะอ้วนและทารกในครรภ์จะตัวโต ทำให้คลอดยาก ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์ สุขภาพของมารดาจะทรุดโทรม และทารกในครรภ์จะไม่แข็งแรง ภาวะโภชนาการเหล่านี้มีความสำคัญต่อสุขภาพ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตนด้านโภชนาการไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลกระทบต่อร่างกายสมองและสติปัญญาของทารกในครรภ์ได้

ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดีในเรื่องของ ไม่มีเวลาที่จะหาเวลาพักผ่อน โดยให้เหตุผลว่าต้องทำงาน ไม่มีเวลาและไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าสามารถออกกำลังกายได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดการผ่อนคลายความเมื่อยล้าและความเครียดจากการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้ อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกไม่สุขสบายและเกิดความเครียดได้ ในเรื่องของการออกกำลังกาย

การนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีในเรื่องของการนอนหลับพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมงนอนหลับได้ดี และหญิงตั้งครรภ์เลือกที่จะนอนในท่าที่สบายตัว เพื่อหลีกเลี่ยงความไม่สุขสบายขณะนอนจากน้ำหนักครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้การไหลเวียนของเลือดในร่างกายและไปสู่ทารกในครรภ์ได้ดีขึ้นรวมทั้งท้องจะได้พักพักกับพื้นที่นอนบริเวณข้อต่อร่างกายจะได้พัก ช่วยคลายอาการปวดหลังได้ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ค่อนข้างดีอยู่ในระดับปานกลางคือก่อนเข้านอนลืมนื่องที่วิตกกังวลทำให้จิตใจสงบ ตื่นนอนมาอย่างสดชื่น

ด้านการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีในเรื่องของการมองโลกในแง่ดี มีการปรึกษาครอบครัวเมื่อรู้สึกวิตกกังวล มีการคลายความเครียดโดยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือชมรายการโทรทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่ปัจจุบันมีเกือบทุกครัวเรือน ยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทำให้สบาย การปฏิบัติตนด้านการจัดการกับความเครียดที่ไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ความสามารถในการรับรู้แคลงขาดสมาธิในการแก้ปัญหา ความคิดและการตัดสินใจต่าง ๆ ไม่ดี

ด้านความตระหนักในคุณค่าของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมค่อนข้างดีในเรื่องของความภูมิใจที่จะได้เป็นแม่ในเร็ว ๆ นี้อยู่ใน

ระดับปานกลาง และปฏิบัติพฤติกรรมค่อนข้างไม่ดีในเรื่องของขาดความมั่นใจในรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ขาดความเชื่อมั่นในคุณค่าตนเอง (Self Esteem) ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม จนอาจทำให้ละเลยการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ได้

ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติได้ดีในเรื่องของการหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ มีความสนใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร ดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีเพื่อให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรง และพบว่าในเรื่อง การวางแผนการมีบุตรจำนวนพอเหมาะโดยการคุมกำเนิด และมีการหาความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่และบุคคลในครอบครัวปฏิบัติได้ค่อนข้างดีอยู่ในระดับปานกลาง ถ้าหญิงตั้งครรภ์ขาดจุดมุ่งหมายในชีวิต จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มีการวางแผนในชีวิต ขาดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติได้ดีในเรื่องของการมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีเรื่องกังวลใจปรึกษากับคนใกล้ชิด และชื่นชมยินดีกับความสำเร็จของผู้อื่นปฏิบัติได้ค่อนข้างดีอยู่ในระดับปานกลาง ถ้าหญิงตั้งครรภ์ขาดการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลตนเองได้

ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ดีในเรื่องของการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาด เป็นระเบียบ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ส่วนในเรื่องการหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีมลพิษ และชอบไปงานต่าง ๆ ที่มีคนเยอะ ๆ ปฏิบัติได้ค่อนข้างดีอยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาจะพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านที่ปฏิบัติดี

และไม่ดี ซึ่งในส่วนที่ปฏิบัติได้ไม่ดีอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด หญิงตั้งครรภ์จึงควรได้รับคำแนะนำเพื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามแนวคิดของโอเร็มว่าด้วยการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างต่อเนื่อง อย่างมีเป้าหมายและตั้งใจเพื่อดำรง รักษาชีวิตและสุขภาพอนามัย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรมีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม ด้วยการปฏิบัติตนเพื่อให้การตั้งครรภ์มีคุณภาพ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยใช้สถิติ Mann Whitney Test

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองทั้ง 8 ด้าน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรม ($p = 0.033$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การดูแลตนเอง	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p - value
ก่อนการทดลอง	2	2.50	5.00	-1.654	.098
	9	6.78	61.00		
หลังการทดลอง	2	1.50	3.00	-2.136	.033
	9	7.00	63.00		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลองคือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมน้ำ สร้อย จังหวัดมุกดาหาร หลังการทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความรู้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นเมื่อ ซึ่งอธิบายได้ว่าเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผ่านกระบวนการทำกิจกรรม การให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการกระตุ้นเตือน จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

คล้ายกับผลการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากครอบครัว⁷ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁵ ว่าด้วยการให้ความสำคัญกับการรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ ป้องกัน ควบคุม ซึ่งการจัดโปรแกรมในครั้งนี้ได้ดำเนินการตามแนวคิดของโอเร็ม รวมถึงการนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁶ ซึ่งกล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

การศึกษาวิจัยการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลนิคมคำสร้อยนั้น ในการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตนั้นสอดคล้องการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมและสังเคราะห์หาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน⁸ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 21.05 อายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 20.05 อายุต่ำสุดที่ตั้งครรภ์ 14 ปี อายุสูงสุดที่ตั้งครรภ์และเสียชีวิตจากการทำแท้งคือ 41 ปี แสดงให้เห็นว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาต่ำกว่า/เท่ากับ ประถมศึกษา ส่งผลต่อการรับรู้และเรียนรู้ในเรื่องการตั้งครรภ์ยังไม่ดีพอ ด้านการให้บริการสุขภาพควรเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด โดยการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญา ช่วยเหลือดูแลสุขภาพต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ จะรู้สึกว่ามีถูกทอดทิ้ง มีความหวังและกำลังใจเพิ่มขึ้น พบว่าการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์บางครั้งไม่เกิดประโยชน์ จำไม่ได้ ควบเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมโดยการรับฟัง และให้ความรู้ในชุมชนด้วย

การศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบคือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมน้ำคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร หลังการทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความรู้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นเมื่อ ซึ่งอธิบายได้ว่าเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผ่าน

กระบวนการทำกิจกรรมการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการกระตุ้นเตือน จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีการดูแลตนเองดีขึ้นในบางด้านอาจเนื่องมาจากในปีงบประมาณ 2560 อำเภอคงหลวงหรือกลุ่มเปรียบเทียบได้รับงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กจากโครงการพระราชดำริ ซึ่งมีกิจกรรมในเรื่องของการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่ไอน์ เพื่อให้อายุตั้งครรภ์ทุกครัวเรือนในอำเภอคงหลวงได้รับประทาน และการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กอย่างเข้มข้นของเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคงหลวง จึงทำให้การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ พชรินทร์ ช่างเจรจา⁹ กล่าวว่า การดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกมากกว่าครึ่ง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ ครั้งแรกมีความสัมพันธ์ กับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้ง อายุ รายได้ ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักขณา สุวะจันทร์¹⁰ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดและสำคัญกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากที่สุด โดยเฉพาะจากสามีและมารดา ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้นจึงควรส่งเสริม

ให้ครอบครัวมีการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ด้านการประเมินเปรียบเทียบด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁶ ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีจิตใจ อารมณ์ที่มั่นคง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก คุณรัชชัย ใจคง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ดร.ทรงรักษ์ แอนตราดา และคุณยุพิน คงไพร ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและเพื่อนร่วมงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารทุกท่าน และผู้ที่มีได้กล่าวถึงที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อรทัย ทรงผาสุข. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล อัตมโนทัศน์ และแรงสนับสนุนจากคู่สมรสต่อพัฒนาการของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนปลาย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2551.
2. เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2. การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเยาวชน: การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม. กรุงเทพฯ; 2555.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. รายงานผลงานประจำปี 2558. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2558.

4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. WHO ปลุกกระแส ธารน้ำชีวิตสุขภาพแม่และเด็ก วันอนามัยโลก 2548. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2555.
5. Orem, D.E. Nursing Concept of Practice. 4th ed. st. Louis: Mosby Year Book; 2001.
6. House, J.S. Work Stress and Social Support. London: Addison-Wesley; 1981.
7. ปารณีย์ แข็งแรง. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานการศึกษาศาสตรมหาสารคาม. รายงานการศึกษาศาสตรมหาสารคาม. วิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. จินตนา ทอนฮามแก้ว. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
9. พชรินทร์ ช่างเจรจา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
10. ลักษณา สุวะจันทร์. ความต้องการการดูแลการรับรู้พฤติกรรมดูแล และความพึงพอใจในพฤติกรรมดูแลที่ได้รับจากพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

Received: 26 Dec 2018, Revised: 22 Feb 2019,

Accepted: 15 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหมอลำต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย ในตำบลเหล่าดอกไม้ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

พรรณราย สุขุมณี^{1,*} ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ² สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า³
บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหมอลำต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย ในตัวแทนครัวเรือนตำบลเหล่าดอกไม้ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 75 คนโดยให้โปรแกรมการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหมอลำต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายเป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีกิจกรรม 6 ครั้ง แก่กลุ่มทดลอง และรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย HI, CI และ BI การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสถิติด้วยค่า t – test Independent และค่า Paired Samples t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนลูกน้ำยุงลายลดลงจากก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย HI เท่ากับ 3.99 ค่าเฉลี่ย CI เท่ากับ 0 และค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 4.26 โดยสรุป การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหมอลำในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายดีขึ้นและส่งผลให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงซึ่งเกิดจากการใช้สื่อหมอลำเป็นกุญแจเข้าถึงชุมชนได้ง่ายและตรงกับความชอบวิถีชีวิตของชุมชนทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สร้างเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย ตลอดจนนำไปสู่การปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายที่ถูกต้องและยั่งยืน

คำสำคัญ: การป้องกันโรค โรคที่เกิดจากยุงลาย ภูมิปัญญาท้องถิ่น

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

*Corresponding author: tanyong15@hotmail.com

Original Article

The Application of MORLAM Local Wisdom on *Aedes* – borne Disease
Prevention in ChuenChomsubdistrict, Lao Dok Mai District,
Mahasarakham Province

Phannarai Sukmanee^{1,*}, PrachumpornLauprasert², Sangud Chualinfa³

Abstract

The objective of this quasi experimental research was to evaluate the effectiveness of the application of MORLAM local wisdom (a northeastern-style singer) on *Aedes*-borne disease prevention in ChuenChom Sub-district, Lao Dok Mai District, Maha Sarakham Province. The sample was divided into two groups, consisted of experimental group and comparative group (75 people per group). The experimental group was applied by 6 activities of the MORLAM local wisdom on *Aedes*-borne disease prevention for 12 weeks. Pre-test and post-test were used the same instruments in both groups. The research instruments were questionnaires and HI CI and BI *Aedes* survey form. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, t - test independent and Paired samples t – test with 0.05 level. The results showed that the experimental group's learning outcome post-test score on knowledge, attitude, and disease protecting behavior was significantly higher than the pre-test and comparative group scores at the 0.05 level. Moreover, the average of HI, CI and BI in post-test of the experimental group were decreased. HI CI and BI were 3.99, 0 and 4.26, respectively. In conclusion, the application of MORLAM local wisdom on *Aedes*-borne disease prevention can be used for learning together of people in communities. This program can be increased good attitudes and improved protecting behavior for prevent vector-borne disease.

Keywords: Pervention, *Aedes*-borne disease, Local Wisdom

¹ Student in Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Plan and Policy Analyst, Mahasarakham Provincial Public Health Office

* Corresponding author: tanyong15@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยมีปรากฏการณ์เกี่ยวกับภัยคุกคามที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนสาเหตุจากทั้งภัยธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์โดยตรงและทางอ้อมเช่นเมื่อปี 2554 ที่ผ่านมามีเกิดน้ำท่วมหนักครอบคลุมหลายจังหวัดทั้งภาคกลางหลังน้ำลดทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นพาหะที่ทำให้โรคไข้เลือดออก¹ และโรคไข้ปวดข้อยุงลายสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปีพ.ศ. 2559 (ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 สำนักโรคระบาดวิทยาวันที่ 20 กันยายน 2559) มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 42,670 ราย อัตราป่วย 65.22 ต่อประชากรแสนคน 50.22 (0.49 เท่า)² จากสรุปรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดมหาสารคามระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 9 มีนาคม 2559 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวนทั้งสิ้น 115 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 11.94 ต่อประชากรแสนคนอำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคืออำเภอนามนอัตราป่วยเท่ากับ 31.82 ต่อประชากรแสนคนรองลงมาคืออำเภอยางชุมน้อยและ อำเภอเมืองอัตราป่วยเท่ากับ 24.19 และ 22.51 ราย³ ตามลำดับจากรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของสถานีนามนมีเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินีบ้านกระบากพบว่า พ.ศ. 2556 มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 16.11 ต่อแสนประชากร พ.ศ. 2557 เท่ากับ 32.22 ต่อแสนประชากรและ พ.ศ. 2558 เท่ากับ 208.88 ต่อแสนประชากรและพบผู้เสียชีวิต 1 ราย ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นพบว่าอัตราป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและการที่มีอัตราป่วยไข้เลือดออกเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี³ สะท้อนให้เห็นว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสซิกาและโรคไข้ปวดข้อยุงลายที่มีลุกลายเป็นพาหะเช่นเดียวกันสถานการณ์โรคที่

เกิดจากยุงลายมีความรุนแรงทางการระบาดหนักขึ้นในขณะเดียวกันฤดูกาลที่ฝนพ่นและอุณหภูมิสูงขึ้นส่งผลทำให้แมลงนำโรคเจริญเติบโตเร็วขึ้นจึงโรคติดต่อมาโดยแมลงเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว⁶ นอกจากนี้ในอนาคตประเทศไทยมีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงของโรคติดต่อมาโดยแมลงอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเช่น ไข้ไวรัสซิกาซึ่งถึงแม้ว่าในประเทศไทยจะสามารถควบคุมได้และมีความรุนแรงของโรคไม่มากเท่าโรคไข้เลือดออกซึ่งสามารถหายได้เองใน 7 วันแต่ถ้าหากเกิดการติดเชื้อกับหญิงตั้งครรภ์จะส่งผลให้เด็กที่คลอดออกมามีความพิการทางสมองแต่กำเนิด ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สามารถนำมาใช้กับคนได้อย่างสมบูรณ์อีกทั้งหากมีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัส Zika เพิ่มขึ้นก็มีโอกาสเสี่ยงที่ทารกจะมีภาวะสมองพิการแต่กำเนิดมากขึ้นเช่นกันซึ่งส่งผลให้เด็กที่เกิดมานั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตบนพื้นฐานของการมีสุขภาวะที่ดีได้เพราะ⁴ ฉะนั้นการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากยุงลายที่ดีที่สุดจึงอยู่ที่การทำลายและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ดังนั้นการควบคุมและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายให้เกิดประสิทธิภาพต้องสร้างจิตสำนึกและความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โรคไข้ปวดข้อยุงลายและโรคไข้ไวรัส Zika ให้กับประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยจะต้องมีกระบวนการที่กระตุ้นให้ประชาชนหันมาให้ความตระหนักและร่วมมือในการป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลาย⁷ โดยการที่จะการถ่ายทอดความรู้ต่างๆแก่ประชาชนให้เข้าใจต่อความเข้าใจและสามารถเข้าถึงถึงจิตใจของชาวอีสานได้อย่างลึกซึ้งนั้นจะต้องนำภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมอีสาน⁹ นั่นก็คือ นำมาถ่ายทอดความรู้และสะท้อนสภาพชีวิตความเป็นอยู่มาผสมผสานลงไปในเพลงหมอลำ ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น “หมอลำ” ต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย ในตำบลเหล่าดอกไม้ อำเภอนามน จังหวัด

มหาสารคาม โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยถ่ายทอดผ่านเพลงหมอลำ เพื่อให้เกิดจิตสำนึกและความรู้ในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายให้หมดไปจากบ้านของตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น“หมอลำ”ต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายในตำบลเหล่าดอกไม้ อำเภอนาคู จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่า HI CI BI ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

ผลของการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น “หมอลำ” ต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายในตำบลเหล่าดอกไม้ อำเภอนาคู จังหวัดมหาสารคาม ทำให้ชาวบ้านมีคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวิธีการดำเนินงานวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ ตัวแทนครัวเรือนในตำบลเหล่าดอกไม้ อำเภอนาคู จังหวัดมหาสารคาม ประกอบไปด้วย 11 หมู่บ้าน

จำนวน 1665 หลังคาเรือนคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มประชากรที่อิสระต่อกัน ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 5 % ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 75 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบและข้อคำถามปลายเปิดแบบเติมข้อมูลตัวเลข

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากยุงลาย มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบใช่และไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย เพื่อใช้อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับใด ใช้ระดับคะแนนเป็นเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ดังนี้

คะแนน 19 - 24 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนน 14 - 18 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน 0 - 13 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากยุงลาย มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบข้อคำตอบแบบ 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย เพื่อใช้อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับใด ใช้ระดับคะแนนเป็นเกณฑ์แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนน 71.8 – 85 คะแนน หมายถึงมีเจตคติอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนน 58.1 – 71.7 คะแนน หมายถึงมีเจตคติอยู่ในระดับสูง

คะแนน 44.4 – 58.0 คะแนน หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 30.7 – 44.3 คะแนน หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 17 – 30.6 คะแนน หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบข้อคำตอบแบบ 5 ระดับคือ เป็นเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย เพื่อใช้อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่อยู่ในระดับใด ใช้ระดับคะแนนเป็นเกณฑ์แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนน 88 – 100 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนน 71 – 87 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง

คะแนน 54 – 70 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 37 – 53 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 20 – 36 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำมาก

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาความคุณภาพของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปหาคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

ความเที่ยงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านแล้วนำมาหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง IOC นำข้อคำถาม ที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปใช้ในแบบสอบถาม

ความเชื่อมั่น (Reliability Test) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขจาก

ข้อแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) ในตำบลเชียงยืน อ.เชียงยืน จ.มหาสารคาม จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจให้คะแนนเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach Coefficients) ได้ผลดังนี้

ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เท่ากับ 0.880

ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติเท่ากับ 0.829

ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเท่ากับ 0.858

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ สถิติ t – test Independent ในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้สถิติ Paired Samples t – test ในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมระหว่างก่อนการทดลองและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากยุงลาย

หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 22.44, SD = 1.06) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.49 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอีกด้วย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการปิดภาชนะกักเก็บน้ำ ป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้าไปวางไข่ได้ร้อยละ 100

รองลงมาคือโรคไข้ปวดข้อยุ้งลาย (ซิกุนกุนยา) สามารถป่วยซ้ำได้ ลูกน้ำยุ้งลายอาศัยอยู่ในน้ำนิ่งและใสและ “มีนั้นเค้อมีอาการใช้ขั้นดับโตเค้อพ่อเลือดกะออกอีกซ้ำกำเดานั้นหลังไหลยามเป็นไข้ความดันต่ำอาเจียนเหงิวนเวียนมัวตาถ้ำดำนำ

ซ้ำ” บทร้องที่กล่าวมานั้นคืออาการของโรคไข้เลือดออก (เดงกี) ร้อยละ 98.7 และมีคะแนนความรู้ที่น้อยที่สุดคือ ยุ้งลายวางไข่บนผิวน้ำที่ขังอยู่ในภาชนะร้อยละ 78.7 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากยุ้งลาย	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับความรู้	$\bar{x}$	SD	ระดับความรู้
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.04	2.84	ต่ำ	12.94	2.64	ต่ำ
กลุ่มทดลอง	13.56	2	ปานกลาง	22.44	1.06	สูง

เจตคติเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากยุ้งลาย

หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความเจตคติอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}$ = 73.25, SD = 4.79) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 28.8 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยเจตคติของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยเจตคติที่ดีที่สุดใน

เรื่องการใช้สื่อหมอลำในการให้ความรู้มีความแปลกใหม่น่าสนใจอยู่ในระดับสูงมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.6 (SD = 0.72) รองลงมาคือผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (เดงกี) มีโอกาสเสียชีวิตสูงซึ่งอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 (SD = 0.81) และมีค่าเฉลี่ยด้านเจตคติน้อยที่สุดคือการไม่มีการประจำตัวทำให้ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสชิกาอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 (SD = 1.03) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

เจตคติเกี่ยวกับโรคที่เกิดจาก ยุ้งลาย	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับเจตคติ	$\bar{x}$	SD	ระดับเจตคติ
กลุ่มเปรียบเทียบ	44.05	4.11	ต่ำ	44.5	3.94	ปานกลาง
กลุ่มทดลอง	44.87	5.04	ปานกลาง	73.25	4.79	สูงมาก

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เกิดจาก ยุงลาย

หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 85.99$, $SD = 4.56$) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 38.61 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย

คะแนนการปฏิบัติตัวที่ดีที่สุดในเรื่องให้ความร่วมมือกับกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน ยุงลายอยู่ในระดับสูงมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77 ($SD = 0.54$) รองลงมาคือเรื่องพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายในบ้านตนเองเมื่อทราบว่ามีคนในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 ($SD = 0.55$) และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวน้อยที่สุดในเรื่องใช้ตะไคร้หอมในการกำจัดลูกน้ำ ยุงลายอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 ($SD = 0.93$) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

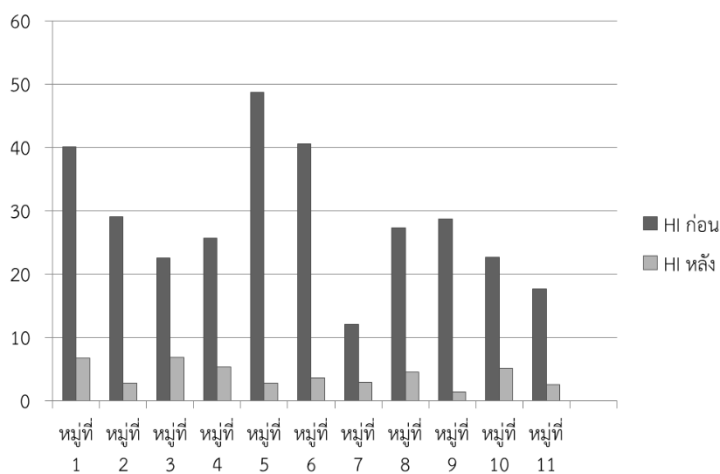
การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรค ที่เกิดจากยุงลาย	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับการปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
กลุ่มเปรียบเทียบ	47.23	4.41	ต่ำ	47.37	5.09	ต่ำ
กลุ่มทดลอง	49.67	3.99	ต่ำ	85.99	4.56	สูง

การสำรวจลูกน้ำยุงลาย

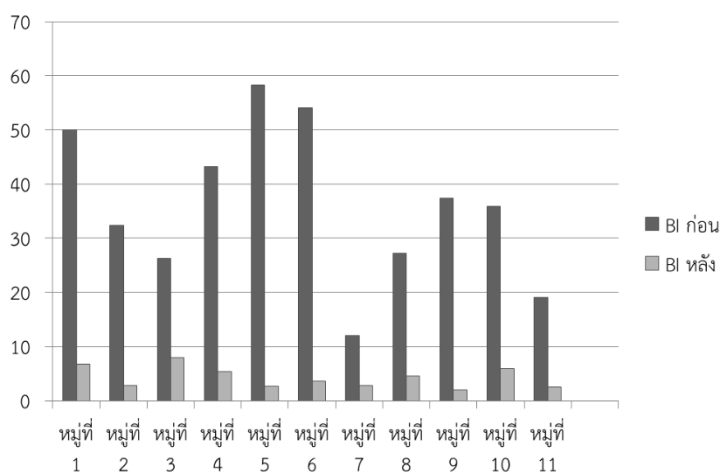
ก่อนการทดลองมีหมู่บ้านที่มีลูกน้ำยุงลายมากที่สุดคือหมู่ที่ 5 บ้านกระบากมีค่า HI เท่ากับ 48.7 ค่า BI เท่ากับ 58.26 รองลงมาคือหมู่ที่ 6 บ้านหนองคูมีค่า HI เท่ากับ 40.54 ค่า BI เท่ากับ 54.05 และหมู่ที่มีลูกน้ำยุงลายน้อยที่สุดคือหมู่ 7 บ้านกระบากมีค่า HI เท่ากับ 12.07 ค่า BI เท่ากับ 12.07 สถานที่ที่พบลูกน้ำยุงลายมากที่สุดคือโรงเรียนบ้านผักแว่นมีค่า CI เท่ากับ 44.44 และ

ภายหลังการทดลองพบว่าหมู่บ้านที่มีลูกน้ำยุงลายมากที่สุดคือหมู่ที่ 1 นาคำน้อยมีค่า HI เท่ากับ 6.7 ค่า BI เท่ากับ 6.7 รองลงมาคือหมู่ที่ 3 บ้านผักแว่นมีค่า HI เท่ากับ 6.58 ค่า BI เท่ากับ 7.89 และหมู่ที่มีลูกน้ำยุงลายน้อยที่สุดคือหมู่ 9 บ้านเหล่าเหนือมีค่า HI เท่ากับ 1.3 ค่า BI เท่ากับ 2 สถานที่วัด โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กและ รพ.สต. ไม่พบลูกน้ำยุงลาย แสดงดังแผนภูมิที่ 1 – 3

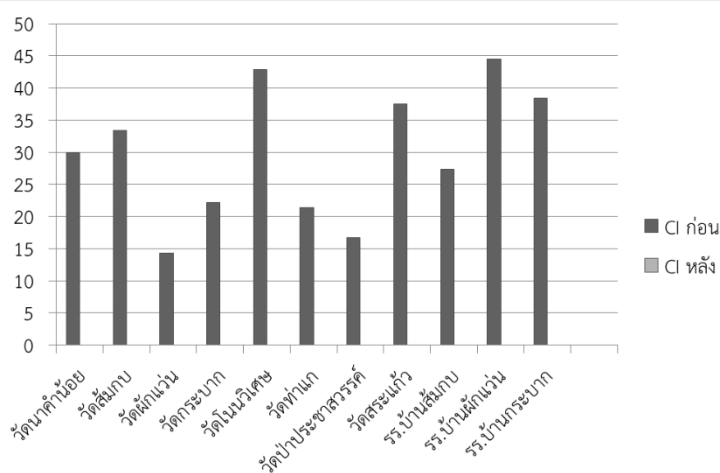
แผนภูมิที่ 1 การเปรียบเทียบค่า HI ก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง



แผนภูมิที่ 2 การเปรียบเทียบค่า BI ก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง



แผนภูมิที่ 3 การเปรียบเทียบค่า CI ก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง



สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ และภายหลังการทดลองมีความรู้ในระดับดีมาก ความรู้ที่พัฒนามากขึ้นในเรื่องโรคไข้ปวดข้อยุงลาย (ชิคุนกุนยา) สามารถป่วยซ้ำได้และการรักษาโรคไข้ปวดข้อยุงลายคือการให้ยาลดไข้และพักผ่อนให้เพียงพอจากบทกลอนลำที่กล่าวว่า “อาการของไข้ปวดข้อยุงลาย มาฟังกันต่อผมจะบรรยาย ใช้สูงเกิดจากยุงลายคันตามร่างกายมีผื่นแดงเต็มตัวปวดกระดูก ปวดข้อ ปวดตัวหรือปวดตามหัว เปลี่ยนที่กันไปฟังเด้อให้หัวใจเอาตั้งต่อฟังความหอมเพิ่นว่าลิเซาแท้แน่นอน” ซึ่งเป็นกลอนลำสั้นๆ เข้าใจง่ายและง่ายต่อกายจดจำ และมีความรู้เพิ่มขึ้นเรื่องไข้เลือดออก (เดงกี) มีอาการตับโต กดเจ็บและ ไม่มียารักษาเฉพาะโรค จากบทกลอนลำที่กล่าวว่า “ไข้เลือดออกเด้อยายมีอยู่หลายอาการ ให้ฟังฟังเอาไว้ มีนั้นเด้อมีอาการไข้ขึ้นตับโตเด้อพ่อ” และได้ความรู้วิธีการดูแลตัวเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (เดงกี) จากเอกสารแผ่นพับที่แจกไว้ให้เก็บไว้ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลูกน้ำยุงลายมากขึ้น คือยุงลายวางไข่บนภาชนะที่ใกล้เคียงกับแหล่งน้ำ และลูกน้ำยุงลายอาศัยอยู่ในน้ำนิ่ง และใส ซึ่งความรู้เหล่านี้กลุ่มทดลองได้รับชมภาพประกอบการบรรยาย และวีดิทัศน์วงจรชีวิตยุงลายจึงมีความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งทราบว่าหากตนเองเดินทางไปในพื้นที่ระบาดของโรคก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้ เป็นความรู้ที่อยู่ในโปสเตอร์การป้องกันตนเองจากการเกิดโรคที่เกิดจากยุงลาย และพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นในทุกข้ออีกด้วย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมใน

การถ่ายทอดความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ด้วยเพลงหมอลำเพลิน กลุ่มทดลองจึงมีความตื่นตัว และให้ความสนใจกับคำลำ เนื้อร้องอย่างมาก ทำให้บรรยากาศไม่ซ้ำซาก น่าเบื่อ และยังสร้างความสนุกสนานให้กับกลุ่มทดลองอีกด้วย จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลองทุก ๆ เรื่องสอดคล้องกับการศึกษาของจำรัสลักษณ์ เจริญแสน⁵ ทำการศึกษาผลของการสอนโดยใช้สื่อหมอลำจูงใจเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในเด็กของผู้ดูแลเด็กที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการให้สุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์หมอลำ เรื่องโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเป็นโรค การรับรู้ในประสิทธิภาพการตอบสนองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เจตคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีเจตคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง และหลังทดลองกลุ่มทดลอง มีเจตคติในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายอยู่ในระดับสูงมาก มีเจตคติที่ดีขึ้นในเรื่องผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (เดงกี) มีโอกาสเสียชีวิตสูง ดังคำลำที่กล่าวว่า “งามข้าฟังพี่ไว้ก่อนจะบอกงามอนเรื่องโทษของยุงลายนำโรคมามาติดยุงลายมันอันตรายถึงชีวิตชีวา” แต่เชื่อว่าโรคที่เกิดจากยุงลายนั้นเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองมีเจตคติที่ดีต่อการให้ความรู้ในรูปแบบการเปิดเสียงตามสายให้ความรู้ด้านโรคที่เกิดจากยุงลายในตอนเช้ารู้สึกว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายขึ้น รวมทั้งการให้ความรู้โดยใช้สื่อหมอลำนั้นมีความแปลกใหม่น่าสนใจและรู้สึกชื่นชอบการแสดงพื้นบ้าน

หมอลำอย่างมาก หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม และมีการแลกเปลี่ยนทัศนคติความคิดเห็นกันร่วมกัน จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าปัญหาโรคที่เกิดจากยุงลายเป็นเรื่องใกล้ตัว เป็นปัญหาของตนเอง และชุมชน ตะหนักได้ดีว่าโรคที่เกิดจากยุงลายนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับตนเอง และคนที่ตนเองรัก ซึ่งมีความเสี่ยงถึงขั้นเสียชีวิต จึงมีความรู้สึกกลัว และกังวล จึงทำให้กลุ่มทดลองมีเจตคติในการป้องกันตนเองที่ดีขึ้น

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย กลุ่มทดลองมีคำแนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ภายหลังการทดลองมีคำแนะนำของคำแนะนำการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง เมื่อกลุ่มทดลองได้รับความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายจากสื่อแผ่นพับ วิดีทัศน์ การใช้สื่อหมอลำกลอนโดยมีการป้องกันลูกน้ำยุงลายด้วยมาตรการ 3 เก็บ ดังคำกล่าวที่ว่า “ฟังเด้อ หันมาฟังทางนี้ หัวดอนตาลลิเว้าว่า มาตราสามเก็บนั่นมันเป็นแท้ว่าสิ่งใดเก็บบ้าน เก็บเหื่อนชานบ้านอยู่ เก็บสะอาดกวาดเมี้ยนบ่มีหม่องลิพะเยยง มาตรา 2 ว่านั่นเก็บขยะหมอเพิ่นว่ามีหม่องลิโห่งน้ำให้ยุงนั้นได้พะเพิ่น 3 นั้นหม่องสำคัญฉันสิว่า มาตรา 3 ให้เก็บน้ำอย่ามีหม่องแพร่พันธุ์ผู้ฟังเอ๊ย ให้หาฝาปิดน้ำ ทำลายหม่องยุงอยู่ทรายอะเบตหมูนั่นป้องกันแท้แน่นอน” และมีการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นในเรื่องหลีกเลี่ยงการอยู่ในบ้านบริเวณที่มีตยิบในเวลากลางวันเช่นห้องครัว ห้องเก็บของ กลางมุ้งให้เด็กนอนเวลากลางวัน โดยกลุ่มทดลองมีการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับกิจกรรมป้องกันลูกน้ำยุงลายเป็นอย่างดี มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายในภาชนะรองรับน้ำ ได้แก่ โถง อ่าง และภาชนะอื่น ๆ ในบริเวณบ้าน อีกทั้งใช้ตะไคร้หอมในการป้องกันยุงลาย เนื่องจากก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และ

เจตคติอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้นทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคและมองว่าเป็นเรื่องไกลตัวการป้องกันต่าง ๆ จึงเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ที่จะต้องเข้ามาดูแลเท่านั้นแต่เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรู้เพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับที่ดีและมีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชนที่แตกต่างกันไปและร่วมกันคิดวิธีแก้ปัญหาเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายทุกคนจึงช่วยกันจัดการเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายด้วยวิธีและรูปแบบที่สอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิถีชีวิต

การสำรวจลูกน้ำยุงลายมีจุดประสงค์เพื่อตรวจสอบแหล่งที่อยู่ของลูกน้ำยุงลายและพิจารณาว่าความชุกชุมของเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ภายหลังการดำเนินการแล้ว โดยก่อนการทดลองนั้นชุมชนของกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการระบาดของโรคที่เกิดจากยุงลายและเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ซึ่งการได้รับความรู้เข้าใจที่ถูกต้องทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายสามารถป้องกันจัดการลูกน้ำยุงลายได้ถูกวิธีและสอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิถีทำให้ ภายหลังการทดลองพบว่าจำนวนลูกน้ำยุงลายลดจำนวนลงอย่างมากและอยู่ในระดับปกติสถานศึกษา วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และหน่วยงานราชการต่าง ๆ มีจำนวนลูกน้ำยุงลายเป็นศูนย์

ดังนั้นโปรแกรมการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหมอลำในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายที่ดำเนินการในกลุ่มทดลอง มีการนำเนื้อหาความรู้มานำเสนอในรูปแบบของหมอลำเพลิ้นเพื่อความแปลกใหม่ น่าสนใจและง่ายต่อการจำจด การเปิดเสียงตามสายให้เกร็ดความรู้ในตอนเช้า การใช้สื่อวีดิทัศน์ เอกสารแผ่นพับ ประกอบการบรรยาย เพื่อให้เห็นภาพและตัวอย่างได้ชัดเจนสมจริงมาก

ยิ่งขึ้น การลงพื้นที่จริงเพื่อให้ได้พบเจอปัญหาและอุปสรรคจริง ๆ และเพื่อนำสถานการณ์จริงมาแลกเปลี่ยนความรู้ นำเสนอปัญหา และร่วมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหาของชุมชนทำให้ได้วิธีการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายได้ตรงกับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่น การถอดบทเรียนเพื่อนร่วมกันเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในมิติต่าง ๆ ทำให้กลุ่มทดลองมองภาพปัญหาได้กว้างขึ้นและใช้วิธีแก้ไขจัดการได้ตรงจุดมากขึ้นนอกจากนี้ยังเกิดความตระหนักและเห็นคุณค่าความสำคัญของการร่วมมือกันของทุกคนในการสร้างเกาะป้องกันชุมชนจากโรคระบาดอีกทั้งยังเป็นการสืบสานวัฒนธรรมศิลปะพื้นบ้านของภาคอีสานนั่นก็คือ “หมอลำ” ให้ยังคงอยู่คู่กับวิถีชีวิตคนอีสานต่อไป ซึ่งหมอลำสามารถเป็นกุญแจสำคัญในการเชื่อมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคให้เข้าถึงชุมชนได้เป็นอย่างดีและทำให้ขับเคลื่อนและดำเนินการในเรื่องต่างๆเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายนั้น ยังมีกลุ่มทดลองบางรายที่ยังสับสนเกี่ยวกับเวลาการกัดของยุงลาย ซึ่งบางรายยังเข้าใจว่ายุงลายจะกัดในเวลาากลางคืน อาจจะต้องให้ความรู้เน้นย้ำพฤติกรรม การออกหากินของยุงลาย และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายยังมีความสับสนในเรื่องโรคไข้ปวดข้อยุงลายเป็นโรคที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ที่เข้าใจผิดอาจจะเป็นความผิดพลาดในการสื่อสารในเรื่องชื่อของโรค หากมีการให้ความรู้ ควรเรียกว่า ไข้ฉี่หนูกุนยา ซึ่งเป็นชื่อที่คุ้นเคยมากกว่าในข้อหญิงตั้งครรภ์ได้รับเชื้อไวรัสซิกา จะส่งผลให้ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองพิการแต่กำเนิด ควรให้ความรู้เกี่ยวกับผลร้ายแรงที่จะเกิดตามมา หลังจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับเชื้อไวรัสซิกา

โดยอาจจะนำเสนอในรูปแบบวีดิทัศน์เพิ่มเติมเพื่อให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น และเรื่องการใช้ทรายอะเบทในการป้องกันยุงลาย สมควรได้คะแนนเต็ม ดังนั้นจึงต้องให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันยุงลายเพิ่มขึ้น และเน้นการสาธิตให้ดู และอธิบายถึงความสำคัญเพิ่มเติม และจากการให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหมอลำมาใช้ในการให้ความรู้เป็นวิธีการให้ความรู้ที่แปลกใหม่ ไม่น่าเบื่อ และง่ายต่อการจดจำ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ในเรื่องไข้ปวดข้อยุงลาย สามารถเกิดขึ้นซ้ำได้ ยุงลายในน้ำนิ่ง ใส และโรคไข้เลือดออกไม่มียารักษาเฉพาะโรค อีกทั้งการใช้สื่อก็สามารถใช้เป็นกุญแจเชื่อมระหว่างผู้ให้ความรู้ และชุมชนได้เป็นอย่างดีสามารถเข้าถึงชุมชนได้ง่ายขึ้น และชุมชนเองรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่ง เนื่องจากได้ความสนุก และสามารถออกมาร้องลำตามจังหวะได้อีกด้วย ดังนั้นในอนาคตต่อไป เราสามารถนำเพลงหมอลำเพลินมาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องอื่น ๆ ได้อีก โดยอาจจะปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้สอดคล้องตามความต้องการ และสามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่น ๆ ได้อีกด้วย เช่น ผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. ควรมีเจตคติในเรื่องโรคที่เกิดจากยุงลายนั้นสามารถป้องกันได้ โดยการร่วมกันเสนอปัญหา อุปสรรค และวิธีการจัดการแก้ไขทำให้การจัดการในเรื่องป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายสามารถแก้ไขปัญหามาได้ตรงจุด และได้วิธีที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน จึงส่งผลให้การดำเนินการเป็นไปอย่างรวดเร็ว และราบรื่น สร้างความตระหนักว่าการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายนั้นเป็นหน้าที่ของทุกคน ไม่ใช่เพียงแค่เจ้าหน้าที่เท่านั้น โดยร่วมกันคิดช่วยกันทำ เราสามารถใช้การระดมความคิดแบบนี้ในการแก้ปัญหาเรื่องอื่นได้อีก ทำให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถทำงานได้รวดเร็ว และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้จริง ๆ ตามความต้องการของชุมชน

3. การปฏิบัติตัวในเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย กลุ่มทดลองบางรายมีความเข้าใจผิดในการใช้ตระไคร้หอม ในการกำจัดลูกน้ำซึ่งต้องสร้างความเข้าใจใหม่ว่า ตะไคร้หอมมีความสามารถในการป้องกันยุงลายเท่านั้น และเป็นวิธีที่เป็นธรรมชาติ เหมาะกับหญิงตั้งครรภ์โดยการกำจัด และป้องกันลูกน้ำยุงลายควรใช้เกลือแกง น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอกใส่ในขวด ควรแนะนำวิธีการป้องกันหลาย ๆ รูปแบบ เพื่อนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับภาชนะนั้น ๆ โดยการถอดบทเรียน ควรให้ถอดบทเรียนทุกคนเพื่อจะได้ทราบถึงความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวของคน หากมีความเข้าใจผิดจะได้มีการแนะนำวิธีการที่ถูกต้องได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เกี่ยวเนื่องถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลายที่ชัดเจน ควรมีการขับเคลื่อนติดตาม ดำเนินการพัฒนา นวัตกรรมป้องกันในรูปแบบใหม่ ๆ และวิธีการนำเสนอความรู้ในรูปแบบใหม่ ๆ โดยดำเนินการแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องซึ่งสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมที่ยั่งยืนถาวร

2. การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกเท่านั้น ควรมีการศึกษาวินิจฉัยประเมินผลความยั่งยืนในระยะยาว ในการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัว ต้องอาศัยระยะเวลา และการได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ทราบข้อดีข้อเสีย ตลอดจนสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาที่จะนำมาปรับปรุงใช้กับประชาชนกลุ่มอื่นในชุมชนอื่นต่อไป 3. เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุข และตัวแทนครัวเรือนเป็นบุคคลสำคัญในการเผยแพร่ความรู้สร้างกลุ่มเครือข่ายที่กว้างขึ้น และเพิ่มสมาชิกในการร่วมกันป้องกันโรคที่เกิดจากยุงลาย เพื่อความมั่นคงและเข้มแข็งของชุมชน

4. ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการแก้ปัญหาโรคที่เกิดจากยุงลายอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกัน และสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาในชุมชนมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2544. กรุงเทพฯ: สำนักงานระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข; 2545.
2. กรมควบคุมโรคติดต่อ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 506. กรุงเทพฯ: สำนักงานระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. กองโรคติดต่อทั่วไปกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. การควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข; 2533.
4. คณะกรรมการวิชาการด้านการรักษาพยาบาลโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ. แนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษาโรคไข้ซิกา. นนทบุรี: กรมควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
5. จารัสลักษณ์ เจริญแสง. ผลของการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์หมอลำต่อแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเด็กของผู้ดูแลเด็ก. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551
6. ชำนาญ อภิวัฒน์ศร. การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศและยุงพาหะ. The Journal Of Tropical Medicine and Parasitology; 2555.
7. ชนินทร์ เจริญกุล. การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐานแนวคิดและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ: ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชุมชนคณะสาธารณสุขศาสตร์ ขอนแก่น; 2545.

8. สำนักควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สรุป
รายงานการเฝ้าระวังโรค 506: กรุงเทพฯ;
2559
9. อีระพงษ์ โสตาศรี. บทบาทของสำนักงานหมอ
ล่าในอำเภอเมืองขอนแก่น: วิทยาสตร
มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2537.

Received: 11 Jun 2019, Revised: 7 Sep 2019,

Accepted: 1 Oct 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยาวรศิลป์ ผัดมาลา^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพปัจจุบันของพลังอำนาจชุมชน 2) สังเคราะห์กระบวนการ และ 3) ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา จากประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 138 คน แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสภาพปัจจุบันโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และภาคีเครือข่าย และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (QOL) จากกลุ่มผู้สูงอายุ 2) การสังเคราะห์รูปแบบโดยการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม และ 3) การศึกษาผลการดำเนินงานโดยเปรียบเทียบและหลังดำเนินการ จากข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้เครื่องมือ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired samples t-test ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน ครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์บูรณาการระหว่างภาคที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ผลการสังเคราะห์รูปแบบโดยใช้หลัก PDCA ซึ่งแบ่ง 4 ขั้นตอน คือ 1) ขึ้นวางแผน (PLAN) ด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการดำเนินงานโดยชุมชน 2) ขึ้นปฏิบัติการ (DO) ด้วยการสนับสนุนของภาคีเครือข่าย และการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน 3) ขึ้นติดตามประเมินผล (CHECK) โดยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมของชุมชน และเยี่ยมเสริมพลังในชุมชน และ 4) ขึ้นปรับปรุงโดยการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ของแต่ละชุมชน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย และชุมชนต่าง ๆ สำหรับผลของการประเมินคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.001$) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.002$) ข้อเสนอแนะ การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลระยะยาวและต้องต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยทีมสุขภาพที่มีคุณภาพ ชุมชนต้องมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยได้รับการเสริมแรงจากภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลระยะยาว คุณภาพชีวิต

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

* Corresponding author: ssodkt2@gmail.com

*Original Article***The Community Empowerment Process on Developing Dependent Older People's Quality of Life in Chiang Muan District, Phayao Province**Warasin Padmala^{1,*}**Abstract**

The purposes of participatory action research were to 1) study the current situation of an empowerment of community 2) synthesize an empowerment process and 3) study the effects of community empowerment to development of quality of life for dependent older people. The area of study was Chiang Muan District, Phayao Province. The study was divided into 3 phases. Phase 1 was the current situation study. Phase 2 was the synthesis of an empowerment model by collecting qualitative data from 3 target groups, 1) dependent older people. 2) the caregivers to dependent older people and 3) network partners. Analyzed by content analysis. And phase 3 was study of performance from quantitative data including the activities daily living (ADL) and quality of life for older people (QOL) before and after proceed from 138 dependent elderly people. The data were analyzed by statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation and statistics paired samples t-test. The research findings showed that the current state of community power in the development of quality of life for dependent elderly has developed the elderly care service system both in the hospital and in the community, covering 4 dimensions ; Health Promotion, Disease Prevention, Treatment And rehabilitation. But there is no clear integration and coordination model between related parties, including the public sector, volunteer spirit, private sector, government sector And local administrative organizations. The synthesis result of the model by using the PDCA principle is divided into 4 steps: 1) The planning process (PLAN) consists of situation analysis and community operation planning and community empowerment. 2) The action process (DO) consists of the support of network partners and power enhancement of community. 3) Evaluation process (CHECK) by assessing the quality of life of dependent elderly observing community activities and visit to empowerment in the community. And 4) Improve the process by developing the knowledge of each community and have exchange of knowledge of various network partners and communities (ACT). The results of the assessment of the activities of daily living: ADL of the dependent older people with scores on moderate dependency levels both before and after the operation. Statistically significantly different at .001 for overall quality of life. The elderly who have a dependency have a moderate quality of life, both before and after the operation. The average quality of life in the overall picture increased. Their quality of life before and post engaging the project was statistically significantly different at .001 levels. The lessons learned was that: A quality health team and community must aware of their potential and abilities in order to improve the quality of life of the elderly by community network empowerment.

Keywords: Dependent Older People, Long-Term Care, Quality of Life.¹ Public Health Technical Officer. (Professional Level) Chiang Muan District Public Health Office

* Corresponding author: ssodkt2@gmail.com

บทนำ

ในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างอายุของประชากรประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการเกิดที่ลดลงทำให้ประชากรวัยเด็กหรือฐานพีระมิดแคบเข้า และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุหรือส่วนยอดของพีระมิดขยายใหญ่ขึ้น สถานการณ์การสูงวัยในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรอาศัยอยู่ทั้งหมดประมาณ 68.9 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรไทย 65.9 ล้านคน และเป็นแรงงานข้ามชาติอีกประมาณ 3 ล้านคน ในจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมาก จนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปีในปัจจุบัน ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ประชากรอายุยิ่งสูงยิ่งเพิ่มเร็ว ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราสูงมากกว่า ร้อยละ 6 ต่อปี¹

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา ปี 2559 ประชากร จำนวน 438,687 คน จำนวนผู้สูงอายุ 79,885 คน คิดเป็นร้อยละ 18.21 ในภาพรวมจังหวัดพะเยาจัดเป็นสังคมที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ จังหวัดพะเยา มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 74,078 คน ร้อยละ 93.44 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 4,526 คน ร้อยละ 5.71 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 678 คน ร้อยละ 0.86 จังหวัดพะเยา มีการจัดบริการ สำหรับกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดให้มีศูนย์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(Long Term Care: LTC) หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบการดำเนินในพื้นที่โดยให้มีผู้จัดการดูแล

(Care Manager: CM) ซึ่งเป็น พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ และมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในปี 2559 มี อปท. ที่เข้าร่วมดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 12 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ 18 ตำบล ในปี 2560 จำนวน 26 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ 27 ตำบล²

ปี 2560 อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา มีประชากรจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ รวม 18,958 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 3,745 คน คิดเป็นร้อยละ 19.75 จัดเป็นสังคมที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มีผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 3,552 คน (ร้อยละ 94.95) พบว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 3,398 คน (ร้อยละ 95.66) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 133 คน (ร้อยละ 3.74) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 0.59) ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจำนวนหนึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง³ จากข้อมูลการคัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนหนึ่งมี ปัญหาด้านการกิน รับประทานอาหารเองไม่ได้ ปัญหาการขับถ่าย บางรายเคลื่อนไหวหรือพลิกตัวเองไม่ได้ บางรายมีโรคประจำตัวเช่น เบาหวานความดันโลหิตสูง มีปัญหาการมองเห็น และเสี่ยงต่อการหกล้ม มีภาวะปัสสาวะเร็ดหรือปัสสาวะราด และมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่วนญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนหนึ่งมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างเป็นผู้ดูแล มีความเครียดและมีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการเสริมสร้างพลังของชุมชน มีกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของชุมชน ในการตอบสนองความต้องการของชุมชน แก้ปัญหาด้วยตนเอง และ ความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นรู้สึกถึงพลังอำนาจของตนเอง และสามารถควบคุมความเป็นอยู่ของชุมชนได้ ตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมคิด วางแผน และ ประเมินผล อย่างไรก็ตามจากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอเชียงม่วน (Pilot study) พบว่ากระบวนการทางสังคมในการพัฒนาชุมชน แม้จะเกิดขึ้นและมีคุณภาพระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความต่อเนื่องของกิจกรรม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเชียงม่วน จึงได้ประยุกต์วงจรเดมมิง (Deming) ซึ่งเป็นวงจรการพัฒนาที่ประกอบด้วยกระบวนการจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอนคือการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติตามแผน (Do: D) การตรวจสอบ (Check: C) และการปรับปรุงหรือการแก้ไขปัญหา (Act: A) ซึ่งจะส่งผลทำให้กระบวนการทำงานที่มีการลงมือปฏิบัติจริง มีการวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง⁴ มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. เพื่อสังเคราะห์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ Edward Deming มาเป็นแนวทางในการพัฒนา ตั้งแต่ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Do) ขั้นติดตามและประเมินผล (Check) และขั้นการปรับปรุง (Act) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์บริบทของของพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

การวิจัยระยะนี้แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ

1. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยให้ผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ไปเก็บข้อมูลโดยการสังเกตและสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) สามารถสื่อสาร พูดคุย และตอบคำถามได้ 3) มีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และ 4) มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index of ADL (activities of daily living)) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ประชากรผู้สูงอายุ ที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จากเครื่องมือ Barthel Index of ADL และมีคะแนนจากการประเมิน อยู่ในช่วง 5-11คะแนน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

หมายถึง ผู้สูงอายุที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จากเครื่องมือ Barthel Index of ADL และมีคะแนนจากการประเมินอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จากข้อมูลจาก Health Data Center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ณ เดือน กันยายน พ.ศ. 2561 มีจำนวน 138 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินของหน่วยงานมาตรฐาน จำนวน 2 แบบ คือ

(1) แบบการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) สำหรับคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁵

(2) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุลและคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม⁶

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (purposeful sampling) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าตามลักษณะของกลุ่ม ดังนี้

(1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสาร พูดคุย และตอบคำถามได้ เป็นแกนนำของกลุ่ม มีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตาม

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index of ADL (activities of daily living)) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนนซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 15 คน

(2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เป็นแกนนำของกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงม่วน ซึ่งมีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) พ.ศ. 2549 และได้รับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และมีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย จำนวน 15 คน

(3) ภาศิเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วยตัวแทนจากภาศิบริการชุมชน/ท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาศิบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงม่วน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเชียงม่วน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน

เครื่องมือในการวิจัยคือ ประเด็นการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำมาตรวจสอบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา ตามประเด็นของการศึกษา และตามกรอบแนวคิดของการวิจัย

ระยะที่ 2 เป็นการสังเคราะห์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการไปสู่การปฏิบัติในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพิจารณารายละเอียดของกระบวนการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (purposeful sampling) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่มดังนี้

(1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสาร พูดคุย และตอบคำถามได้ เป็นแกนนำของกลุ่ม มีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index of ADL (activities of daily living)) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนนซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 5 คน

(2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เป็นแกนนำของกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงม่วน ซึ่งมีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) พ.ศ. 2549 และได้รับการอบรมผู้ช่วย

เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และมีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย จำนวน 5 คน

(3) ภาศึเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาคีบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงม่วน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเชียงม่วน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน

ก่อนจัดสนทนากลุ่มได้มีการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมในการสังเคราะห์รูปแบบ จากนั้นจึงดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเครื่องมือในการวิจัยคือ ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group guideline) เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียน เครื่องมือคือประเด็นการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำมาตรวจสอบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา ตามประเด็นของการศึกษา และตามกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยมีกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
1. ประชุมพื้นที่และเก็บข้อมูลตามสภาพจริง	เพื่อทบทวนการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. จัดเวทีนำเสนอผลการศึกษาข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์	เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. กิจกรรมเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
4. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต	เพื่อหาข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Meeting) ในชุมชน
5. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกลุ่มเครือข่าย	เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์
6. กิจกรรมถอดบทเรียนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำมาตรวจสอบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามวัตถุประสงค์ จากนั้นนำมาสรุปบทเรียนเพื่อนำไปเป็นข้อเสนอแนะแล้วนำไปสู่การปฏิบัติการในชุมชน

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ขั้นตอนนี้แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ 1) การศึกษาเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตกิจกรรมการดำเนินการของผู้ส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(CG) และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เครื่องมือในการวิจัย ประเด็นการสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และ 2) การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินความก้าวหน้าของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับแบบสอบถามในระยะที่ 1 วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (QOL) ก่อนและหลังการดำเนินการโดยใช้สถิติ paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

สภาพปัจจุบันการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเชียงม่วน มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล เช่น คลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ศูนย์กายอุปกรณ์ในโรงพยาบาลเชียงม่วน มีกิจกรรมคัดกรองผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีการพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และการเป็นพี่เลี้ยงนิเทศให้คำปรึกษา ประสานงานชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและขับเคลื่อนร่วมกันโดยมีภาคีบริการสุขภาพ แต่ละระดับเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงานและในชุมชน ได้แก่ การประสานการมอบหมายนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้กับผู้ปฏิบัติรวมถึงกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุมีการควบคุมกำกับให้มีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามมาตรฐาน นิเทศงานและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ปฏิบัติงาน มีหน้าที่ประเมิน วิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพรวมเพื่อปรับปรุงและพัฒนา

ผู้สูงอายุทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการประสานงานกับภาคที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เป็นผู้ประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประชาชน หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ให้ความร่วมมือช่วยเหลือตามมาจนเกิดเครือข่ายทำให้ชุมชนมองเห็นปัญหา และขอความร่วมมือกับชุมชนให้ช่วยกันดำเนินการและทำตามหลักวิชาการการจัดหางบประมาณและกองทุนสนับสนุนต่าง ๆ เชื่อมต่อกับหน่วยงาน องค์กรประชาชน เอกชน ในการสนับสนุนการดำเนินงาน ส่วนผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ซึ่งจะมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแล โดยมีพี่เลี้ยง (CM) ให้คำแนะนำ มีการดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น และ อสม. ได้มีส่วนร่วมเป็นจิตอาสา และช่วยดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพราะในชุมชนมีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลจำนวนมาก นอกจากนี้ อสม. ทำงานเชื่อมประสานกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเชิงม่วน กรณีการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และภาวะฉุกเฉินเพื่อการส่งต่ออย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังมีปัญหาหลายประการ เช่น การที่ยังไม่มีรูปแบบการบูรณาการและการประสานงานที่ชัดเจน ระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาคประชาชน จิตอาสา ภาคเอกชน หน่วยงานภาครัฐบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเบิกจ่ายงบประมาณจากภาครัฐที่ยังมีปัญหา และงบประมาณภาคเอกชนก็มีน้อยเนื่องจากยังไม่ได้มีการบูรณาการในการระดมทุนจากแหล่งต่าง ๆ อย่างทั่วถึง

การสังเคราะห์รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งภาคประชาชน จิตอาสาภาคเอกชน หน่วยงาน

ภาครัฐบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแนวคิด “เริ่มที่ผู้นำ ทำกับแนวร่วม รวมสิ่งจูงใจ ทำได้ค่อยขยายผล” สำหรับข้อเสนอรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ได้แก่ ควรสร้างและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน และสร้างจิตอาสาในชุมชนเพื่อดูแลกันเอง มีแนวคิดการทำงานที่ชัดเจนและถ่ายทอดอย่างเป็นรูปธรรม มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาแบบองค์รวม เน้นเพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและผู้สูงอายุเพื่อให้ดูแลตนเองได้มีกิจกรรมในท้องถิ่นและการเชิดชูต้นแบบในการดูแลกันและกันปัจจัยเสริมที่จะช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ได้แก่ ผู้บริหารทุกระดับ ที่ให้การสนับสนุน มีนโยบายการทำงาน และการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน ทีมงานมีความเข้มแข็ง เป็นสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน และมีการนิเทศติดตามและเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีประเด็นในการขับเคลื่อนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุอย่างชัดเจน แม้จะมีปัญหาอุปสรรคที่ทีมสหสาขาวิชาชีพบางส่วนยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลเชิงรุกเท่าที่ควร และการเข้าถึงการให้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนหนึ่งมีข้อจำกัด เช่น การเดินทาง ค่าใช้จ่ายปัญหาด้านเศรษฐกิจในครัวเรือน การขาดแคลนอุปกรณ์ในการดูแล ส่วนการจัดตั้ง “ศูนย์ฮอมฮัก” มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานให้มีรูปแบบมากขึ้นการจัดตั้งศูนย์ถือว่าเป็นรูปแบบที่ดีแต่เนื่องจากสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์ยังไม่มีความพร้อมผู้สูงอายุส่วนมากต้องการให้ผู้ดูแลช่วยเหลือ (CG) ลงเยี่ยมบ้านมากกว่าเพราะว่าไม่สะดวกทั้งการเดินทางและมีปัญหาทางการมารับมาส่งอีกทั้งควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการประชุมร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการทำงานการ

ดูแลผู้สูงอายุร่วมกันทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผนการทำงานดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม การใช้ทรัพยากร และงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มากกว่า ปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการผ่านศูนย์ฮอมฮัก เพื่อเกิดความ คล่องตัวในการเบิกจ่าย

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน ภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีกำลังใจที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีพัฒนาการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ลักษณะ การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน ส่วนใหญ่จะพึ่งพาวัดและทำบุญเพื่อเป็นที่ พึ่งทางใจ และได้รับกำลังใจจากครอบครัวของ ผู้สูงอายุที่ติดเตียงทั้งนี้ผู้ดูแลก็ต้องมีกำลังใจ เช่นกัน ซึ่งพระสงฆ์จึงมีบทบาทเป็นที่ยึดเหนี่ยว จิตใจ ของคนดูแลด้วย ชมรมเสปียงบุญอำเภอ เชียงม่วน นำโดยพระสงฆ์ก็ได้มีโอกาสไปเยี่ยม เยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและ ไม่สามารถทำ กิจกรรมหรือมาวัดได้และให้กำลังใจโดยการพูดคุย และนำของไปเยี่ยมผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยสามารถทำบุญกับพระที่มาเยี่ยมได้ โดยการ ใส่บาตรพระซึ่งจะมีผลทางด้านจิตใจที่นอกจากจะ เป็นผู้รับแล้ว ยังเป็นผู้ให้ด้วยจิตที่เป็นบุญเป็นกุศล ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน จะให้ การสนับสนุนงบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ในการ ทำกิจกรรมของชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมและ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนการจัด สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านแก่ผู้สูงอายุ ให้มีความปลอดภัย และ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และการที่กลุ่ม ผู้นำชุมชน ช่วยทำหน้าที่ประสานงานการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน จะเป็นการสร้างขวัญกำลังใจกับ ผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลในชุมชน ส่วน อสม.ทำ หน้าที่ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร การรณรงค์ป้องกัน

โรค คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยการตรวจสุขภาพ เบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัด รอบเอว หากพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพ ก็ส่งต่อ ให้กับเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพเบื้องต้น โดยที่การทำงานของ อสม. และ ผู้ดูแลช่วยเหลือ (CG) ในชุมชน จัดได้ว่าเป็นทีม สุขภาพกลางของชุมชนในการออกเยี่ยมบ้าน

ในส่วนของทิศทางและนโยบายการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหาร ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้าน การดูแลสุขภาพในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง ในช่วงที่ผ่านมาได้ กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ไว้หลายช่องทาง ประกอบด้วย การเป็นหน่วยงานหลักในสนับสนุน งบประมาณสำหรับการดำเนินโครงการส่งเสริม สุขภาพ ในชุมชน ให้แก่หน่วยงานต่างๆ และการ จ่ายเบี้ยสวัสดิการต่างๆ ของภาครัฐให้แก่ ประชาชน ผ่านกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งได้รับ งบประมาณสนับสนุนมาจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพ (สปสข.) มีการสนับสนุนการ บริการสุขภาพให้กับประชาชนในเขตเทศบาล ตำบลโดยผ่านทาง รพ.สต. เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนได้เข้าถึงบริการ ดูแล สุขภาพที่ใกล้บ้าน และให้บริการในช่วงวันหยุด อีกทั้ง มีการสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งการสนับสนุนเป็นเงิน งบประมาณ อุปกรณ์เครื่องใช้รวมถึงการจัดหา และจัดสร้างที่อยู่อาศัยให้มีมาตรฐานความ ปลอดภัยสำหรับ ผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมมือกับ ชุมชนในการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการใน ชุมชน (ศูนย์ฮอมฮัก) และโรงเรียนผู้สูงอายุใน ชุมชน เพื่อให้เป็นศูนย์กลางใน การดำเนินงาน ด้านผู้สูงอายุของเทศบาล โดยจะมีการบูรณาการ ของหน่วยงานในชุมชนเข้ามาดูแลอย่างครบวงจร ภายในศูนย์ รวมถึงการดำเนินงานตลาดชุมชนเพื่อ การส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุในการปลูกผัก

ปลอดภัยในระยะต่อไป ซึ่งการพัฒนาแนวทางในการเสริมพลังอำนาจของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากชุมชนสามารถที่จะควบคุมจัดการสถานการณ์ ได้ต้องมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเอง ในการเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา การแก้ปัญหาจากการค้นพบสภาพการดำเนินการที่ชุมชนนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมและได้ทบทวนสิ่งที่เคยรู้จากประสบการณ์นั้นมาพิจารณาอย่างมีวิจักษณ์ญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสม

โดยสามารถสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเชียงม่วน เป็นดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (PLAN) ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จากนั้นร่วมวางแผนการดำเนินงานโดยชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (DO) ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (CG) มีการสนับสนุนของภาคีเครือข่าย และการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน โดยการสร้างสัมพันธภาพของภาคีต่างๆ ในชุมชนและส่งเสริมได้รับรู้ถึงศักยภาพของชุมชน รับรู้สถานการณ์ของปัญหา และสามารถแสวงหาทางเลือกวิธีแก้ปัญหาในแต่ละชุมชนได้เอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นติดตามประเมินผล (CHECK) โดยการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมของชุมชน และเยี่ยมเสริมพลังในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นปรับปรุง โดยการพัฒนาคือยกระดับความรู้ของแต่ละชุมชน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย และชุมชนต่าง ๆ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย แบบการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ เครื่องมือวัด

คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้สำรวจข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2: 1 และ การกระจายอายุเป็นสองช่วง คือ ช่วงอายุ 65 – 69 ปี และอายุ 75 – 79 ปี ส่วนอายุมากกว่า 90 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.52 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จะไม่ได้เรียน ร้อยละ 50.72 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.10 และ อาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน) คิดเป็นร้อยละ 95.65

จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL) รายข้อ หลังการดำเนินงานพบว่ามีความสามารถเพิ่มขึ้นในเกือบทุกหัวข้อ ยกเว้นการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ มีคะแนนลดลงเล็กน้อย ส่วนข้อที่คะแนนคงเดิม คือ ข้อที่ 6 การสวมใส่เสื้อผ้า หากพิจารณาระดับคะแนน (ADL 0, 1, 2, 3) พบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ADL = 0) ส่วนใหญ่จะมีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลง แต่ที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากกว่าคือระดับคะแนน ADL 1 เป็น 2 หรือ 2 เป็น 3 จะมีการเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เมื่อนำมาแบ่งกลุ่มตามความต้องการพึ่งพาผู้อื่น แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามระดับคะแนน พบว่า กลุ่มที่ 4 ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย (คะแนน ADL 12 คะแนน ขึ้นไป) มีจำนวนมากที่สุด (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 65.94 หลังดำเนินการ ร้อยละ 69.57) จะเห็นว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น รองลงมาคือกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง (คะแนน ADL 9-11 คะแนน) ซึ่งก่อนดำเนินการมีร้อยละ 18.84 หลังดำเนินการ ร้อยละ 17.39 มีจำนวนลดลง สำหรับกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนมาก (คะแนน ADL 5 คะแนน - 8 คะแนน) ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 10.14 หลัง

ดำเนินการ ร้อยละ 7.97 มีจำนวนลดลง ส่วนกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (คะแนน ADL 0 - 4 คะแนน) ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ มีจำนวนร้อยละ 5.07 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง โดยภาพรวมแล้วพัฒนาการของคะแนนเพิ่มขึ้น จากกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดไปสู่กลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย จากตารางจะเห็นว่าถึงแม้ว่ากลุ่มที่ 1 จะเท่าเดิม แต่กลุ่มที่ 2 และ กลุ่มที่ 3 จะลดลง และไปเพิ่มในกลุ่มที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย

ผลของการประเมินคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนอยู่ในระดับพึ่งพานกลาง ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ โดยมีระดับคะแนน

เฉลี่ยที่ 14.11 และ 14.35 ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 1

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสรุปก่อนและหลังดำเนินการกิจกรรมเสริมพลังอำนาจชุมชน ผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมเพิ่มขึ้น แม้ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดิม แต่คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังดำเนินการ

ADL	ก่อนการดำเนินการ			หลังการดำเนินการ			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล		
คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยรวม	14.11	5.04	ปานกลาง	14.35	4.98	ปานกลาง	3.79	0.001

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกรายด้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังดำเนินการ

คุณภาพชีวิต	ก่อนการดำเนินการ			หลังการดำเนินการ			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล		
ด้านร่างกาย	16.72	2.43	ไม่ดี	16.07	2.09	ไม่ดี	5.361	0.001
ด้านจิตใจ	17.97	3.51	ปานกลาง	18.46	3.24	ปานกลาง	4.961	0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.26	1.99	ปานกลาง	8.54	1.88	ปานกลาง	5.081	0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.58	4.12	ปานกลาง	24.09	3.81	ปานกลาง	4.543	0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	72.24	10.62	ปานกลาง	73.11	9.27	ปานกลาง	3.176	0.002

จากผลการดำเนินการวิจัยสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การรับรู้ปัญหาและศักยภาพของชุมชนเอง มีการประเมินสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่และศักยภาพของญาติและชุมชนในการดูแล
2. การสร้างเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคประชาชน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย
3. การพัฒนาองค์ความรู้และจัดการความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
4. การจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกมิติ
5. การมีวิสัยทัศน์ของผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น และถ่ายทอดแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ โดยการกำหนดนโยบาย แล้วจัดทำแผนงาน โครงการ และสนับสนุนงบประมาณ
6. การระดมทุน และบริหารจัดการโดยชุมชนเอง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) อำเภอ เชียงม่วน จังหวัดพะเยา แม้จะมีการดำเนินงานที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม แต่ทีมผู้ปฏิบัติงาน ผู้เกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาชน ยังต้องร่วมกันทำงานให้มากขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยและชุมชน สามารถรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเอง โดยทีมสุขภาพ และชุมชน ด้วยการให้ข้อมูลและการ

สนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ⁷ พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีองค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น การแก้ไขปัญหาสุขภาพ การดูแลเรื่องสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น อย่างไรก็ตามสถานการณ์ของอำเภอเชียงม่วนที่ผ่านมามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่สามารถใช้งบภายใต้โครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก สปสช. ที่จัดสรรมาให้ได้อย่างราบรื่น หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชน หรือองค์กรอิสระ ควรร่วมกันพัฒนางานของผู้สูงอายุในชุมชนควรพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของ อสม. และ ผู้ดูแลช่วยเหลือ (CG) ให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น ซึ่งการเสริมพลังอำนาจชุมชน ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson)⁸ ผู้ดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยในครอบครัว หรือชุมชนสามารถที่จะควบคุมจัดการสถานการณ์ได้ ต้องมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ มีการแก้ไขปัญหาจากการค้นพบสภาพการที่ดำเนินงานที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบอยู่ ผสมผสานกับประสบการณ์เดิมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้ หรือเรื่องอื่น ๆ นำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยได้รับการเสริมแรงจากภาคีเครือข่าย เกิดการร่วมมือร่วมใจของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตที่ดี อันจะทำให้ชุมชนมีความมั่นใจในการดำเนินกิจกรรมที่มีประโยชน์ และประสบความสำเร็จ บรรลุผลตามที่ได้ร่วมกันวางไว้

ระยะที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่การคัดเลือก การวางแผนกิจกรรมไปจนถึงสิ้นสุดกิจกรรม ทุกกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม จากการดำเนินงานจะเห็นได้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วม ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนในระดับสูง เพราะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ทำให้ชุมชนมีความรู้สึกการได้เป็นเจ้าของ กล่าวคือ ได้มีส่วนร่วมในการคิดคัดเลือก และนำไปปฏิบัติด้วยความสมัครใจ และที่สำคัญแผนการนั้นได้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความต้องการและวัฒนธรรมของชุมชน รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การรับรู้ปัญหาและศักยภาพของชุมชนเอง มีการประเมินสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ และศักยภาพของญาติและชุมชนในการดูแล 2) มีการสร้างเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคประชาชน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย 3) การจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกมิติ 4) การพัฒนาองค์ความรู้และจัดการความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ช่วยเหลือ (CG) ญาติ และบุคคล ชุมชน เนื่องจากผู้ดูแลอาจต้องเสียสละเวลาส่วนตัว เพื่อดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง ให้มีศักยภาพในการดูแลและจัดการ การดูแล รวมทั้งพัฒนาผู้ดูแลเพิ่มขึ้น หรือทดแทนผู้ดูแล ที่ประสบภาวะสุขภาพ หรือเหนื่อยจากการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง โดยหน่วยงานด้านบริการสุขภาพอาจ จัดให้มีการตรวจเยี่ยมเป็นระยะ ๆ หรืออบรมผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล (CG) และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้การ ช่วยเหลือ ปัญหาที่ไม่ซับซ้อนได้ระดับหนึ่ง 5) การมีวิสัยทัศน์

ของผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น การมีวิสัยทัศน์อุดมคติมีความมุ่งมั่นและตระหนักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และถ่ายทอดแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ โดยการกำหนดนโยบาย แล้วจัดทำแผนงาน โครงการ และสนับสนุนงบประมาณ 6) การระดมทุน และบริหารจัดการโดยชุมชนเอง เนื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นภาระที่หนัก สิ่งเหล่านี้จะสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแล จนส่งผลต่อความเสื่อมของสุขภาพทางกาย และอาจส่งผลการเงินและเศรษฐกิจในครอบครัว จำเป็นที่ชุมชนต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ต้องมีการระดมทรัพยากรทั้งในชุมชน และนอกชุมชน เช่น การทอดผ้าป่าของชมรม เสาียงบุญ ชมรมจิตอาสาพัฒนาเชียงใหม่ หรือการจัดวิ่งฮอมบุญ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการกองทุนที่ดี จึงจะมีความยั่งยืนได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มิ่งขวัญ คงเจริญ⁹ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ พบว่าองค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนแห่งการเรียนรู้ มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การถ่ายทอดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน ระบบทุนของชุมชนที่มีรูปแบบและวิธีการ ทางวัฒนธรรม และความเสมอภาค ความยุติธรรมของชุมชน การและสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำเนินชีวิตร่วมกัน และการศึกษาของ วิภา เพ็งแสงเยี่ยม¹⁰ ที่พบว่าปัจจัยภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจแสดงถึง ความสัมพันธ์ภาพค่อนข้างดี แต่การทำหน้าที่ระยะยาว ส่งผลให้ประสบปัญหาหลายประการ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปัญหาด้านการเงิน ส่งผลให้มีความต้องการที่จะได้รับ ความช่วยเหลือเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่จากหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีกำลังใจที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีพัฒนาการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพึ่งพาวัดและทำบุญเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ และได้รับกำลังใจจากชุมชน และครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทั้งนี้ผู้ดูแลก็ต้องมีกำลังใจเช่นกัน สอดคล้องกับ งานวิจัยของ เพ็ญศิริ สิริกุล และคณะ¹¹ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มาส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ในด้านข้อมูลในเชิงปริมาณ จากผลการดำเนินงานในภาพรวมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถเพิ่มขึ้นในเกือบทุกกิจกรรม และมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งการเสริมพลังอำนาจของชุมชนนั้นมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ชุมชนเรียนรู้และ ตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา และการแสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อ ควบคุมสถานการณ์ในชุมชนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มพูนความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเอง ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ซึ่งกิบสัน ได้สรุปกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจว่า ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการ

ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถอธิบายด้วยองค์ประกอบ ของ Chronic Care Model คือ การสนับสนุน การดูแลตนเอง (Self-management Support) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ/สนับสนุนส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ทัดเทียมกับบุคคลอื่น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุมิตราวิชา และคณะ¹² ได้ศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ควรตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ ญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมินและการดูแลตนเอง กลุ่มคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนควรมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม อย่างบูรณาการ มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงของการดูแล ลดความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ในการทำงาน วางแผนการใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกัน รวมถึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสารสนเทศและการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลระยะยาวและต้องต่อเนื่องตลอดไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และลดการพึ่งพิงผู้อื่น

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (CG) ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา อย่างต่อเนื่อง หากเป็นไปได้ ควรให้ญาติได้รับการอบรมตามหลักสูตรผู้ดูแลช่วยเหลือ (CG) เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีพลังอำนาจและความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ชุมชนสามารถที่จะควบคุมจัดการสถานการณ์ได้ ต้องมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ ผสมผสานกับประสบการณ์เดิม โดยได้รับการเสริมแรงจากภาคีเครือข่าย

4. การบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนควรมีความชัดเจนและเป็น รูปธรรม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่กันให้ชัดเจน และควรมีการบริหารจัดการในชุมชนด้วยชุมชนเอง โดยมีหน่วยงานภาครัฐให้การสนับสนุน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเรื่องรูปแบบดูแลผู้สูงอายุ ควรศึกษาแบบองค์รวมทั้ง กาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ควบคู่กันไป เช่น รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในชุมชน การบริหารจัดการ การวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาระบบการปกป้อง/คุ้มครองสิทธิทั้งผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และคุณภาพการบริการ

3. ควรการเก็บรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาของผู้สูงอายุรวมทั้งการฟื้นฟูองค์ความรู้และต่อยอดองค์ความรู้ใหม่ หรือนวัตกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. นครปฐม: บริษัท พรินเตอร์ จำกัด 999; 2560.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปี 2559; 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. 2561. คลังข้อมูลด้านสุขภาพ HDC (ระบบออนไลน์). สืบค้นจาก https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2561
4. เอกภูมิ เกชาวารี. 2562. การบริหารองค์กรด้วยวงจรเดมมิง สืบค้นจาก <http://www.thailandindustry.com/onlinemag/view2.php?id=319§ion=17&issues=23> เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2558. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สืบค้นจาก <http://healthcheckup.in.th/self-test/9> เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562
6. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ. 2540. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/> เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2561
7. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีเอ็มเบอรี่ จำกัด; 2561.

8. Gibson, C.H. A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Doctoral dissertation, school of Arts and Sciences, Department of Nursing, Boston College; 1995.
9. มิ่งขวัญ คงเจริญ การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนารูปแบบชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
10. วิภา เพ็งแสงี่ยม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 2558 ปีที่ 8 ฉบับที่ 1.
11. เพ็ญศิริ สิริกุล. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2553: ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม.
12. สุมิตรา วิชา และคณะ. การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง. วารสาร มฉก. วิชาการ, 2561: ปีที่ 22 ฉบับที่ 43-44 : กรกฎาคม-ธันวาคม.

Received: 26 Dec 2018, Revised: 22 Feb 2019,

Accepted: 15 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงานการเงินและบัญชี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นิรมล จ่านศรี^{1,*}

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงานการเงินและบัญชี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยเป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงานการเงินและบัญชี และปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแตกต่าง โดยการทดสอบค่าที (Independent Sample t-test) การวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่มีการกำหนดลักษณะงานต่างกัน ระดับการเรียนการสอนที่คณะ/หน่วยงานเปิดการสอนต่างกัน การจัดการเรียนการสอน (สาขาวิชา) ต่างกัน บุคลากรที่ปฏิบัติงานสอนหนังสือพร้อมทั้งปฏิบัติงานการเงิน/บัญชีต่างกัน บุคลากรที่ปฏิบัติงานการเงินต่างกัน บุคลากรที่ปฏิบัติงานบัญชีต่างกัน ส่งผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จำนวนนิสิต/นักศึกษาต่างกัน ส่งผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานไม่ต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ควรบรรจุเจ้าหน้าที่ให้ ตรงกับตำแหน่งงาน และเพียงพอกับการปฏิบัติงานในแต่ละด้าน เน้นการจัดอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจในระเบียบและแนวทาง ในการปฏิบัติอย่างชัดเจน รวมทั้งหาวิธีปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรมีการตรวจสอบรายงานการเงินที่เจ้าหน้าที่จัดทำเสนอผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ ควรแต่งตั้งให้มีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในเพื่อทำการตรวจสอบการปฏิบัติงาน และนำผลที่ได้จากการศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของงานการเงินและบัญชีไปกำหนดกรอบและตำแหน่งงาน

คำสำคัญ: เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่บัญชี

¹ นักวิชาการเงินและบัญชี ปฏิบัติการ กลุ่มงานคลังและพัสดุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: niramont2518@gmail.com

*Original Article***Factors Affecting Work Performance Problems and Obstacles on Financial and Accounting, Faculty of Public Health, Mahasarakham University**Niramom Jomnongsree^{1,*}**Abstract**

This study was conducted to study the factors affecting the problems and obstacles in the operation of finance and accounting. Faculty of Health Sciences Mahasarakrm university This is an analysis of the problems and obstacles in the operation of finance and accounting. Factors affecting the problems and obstacles in the operation of financial and accounting officers. The statistics used are percentage, frequency, standard deviation. Differential analysis An independent sample T-test was used to analyze the data. One-way ANOVA. Comparison of Factors Affecting Problems and Obstacles in the Performance of Financial and Accounting Officers. Faculty of Public Health, Mahasarakrm university With different job styles. The level of teaching / Teaching staff (disciplines) are different. Teachers work with different financial / accounting. Personnel who perform different financial tasks. Personnel who work different accounts. It has a lot to do with the problems and obstacles. The statistical significance level was 0.05. The number of students was different. The results of this study are as follows. The statistical significance of 0.05. Should contain staff. Match the job And enough to work on each side. Focus on training to understand the rules and guidelines. In practice, clearly. Also find ways to improve the performance to be more effective. The report should be reviewed. The amount of money the staff makes is always offered to management. Internal auditors should be appointed to perform the audit. The results of the study on the problems of financial and accounting work to determine the framework and the work.

Keyword: Financial, Accounting Officer¹ Financial and Accounting Officers, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author: niramom2518@gmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ด้านที่ 4 คือ ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ โดยกำหนดให้หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด ทั้งนี้ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2561 จึงประกอบด้วย 1. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง 2. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin) 3. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและการรายงาน รวมถึงการวางแผนมาตรการ ดังนี้ มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) มาตรการที่ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) มาตรการที่ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) มาตรการที่ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามก็เป็นองค์กรหนึ่งที่มีมาตรการในการ

พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง กล่าวได้ว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (Job Satisfaction) เป็นเรื่องที่ได้รับการสนใจกันมาก ทั้งจากนักจิตวิทยา นักวิชาการ และนักบริหารงาน การปฏิบัติงานในองค์กรใด ๆ ก็ตาม สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จได้นั้นก็คือ บุคลากร แม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาก โดยเทคโนโลยีนั้นถูกนำมาใช้แทนคนในการทำงาน แต่ก็ไม่ได้เป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดในความสำเร็จคนที่ทำงานอยู่ในองค์กรนั้นต่างหากที่เป็นเครื่องบ่งชี้ เพราะคนเป็นผู้คิด ผู้ปฏิบัติ และผู้วางแผนในการทำงาน ดังนั้น ถ้าคนนั้นมีคุณภาพ มีความพึงพอใจในงานที่ทำอยู่ก็จะประสบผลสำเร็จดีมากกว่าคนที่ไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หรือความไม่พึงพอใจในปฏิบัติงานอย่างละเอียดลึกซึ้ง เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั่นเอง² ความพึงพอใจในการทำงานเป็นความรู้สึกรวมของบุคคล ที่มีต่อการทำงานในทางบวก เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และได้รับผลตอบแทน คือ ผลที่เป็นความพึงพอใจที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน รวมทั้งส่งผลต่อความสำเร็จและเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร³ คณะ/หน่วยงานที่สังกัดในมหาวิทยาลัยมหาสารคามต้องได้รับการตรวจสอบจากสำนักตรวจสอบภายใน กองคลังและพัสดุ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เพื่อประเมินความเสี่ยง การควบคุมภายใน และการปฏิบัติงานด้านการเงิน ด้านการบัญชี และด้านการพัสดุ รวมทั้งโครงการต่าง ๆ โดยมีการกำหนดเป็นปฏิทินประจำปี เพื่อออกตรวจเยี่ยมและติดตามผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ ซึ่งจากรายงานผลการตรวจสอบส่วนมาก พบว่าการเบิกจ่ายเงินไม่เป็นไปตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2551

การใช้เงินแต่ละประเภทไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้เอกสารที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายไม่ถูกต้องและครบถ้วนส่งผลให้ การบันทึกบัญชี งบการเงินไม่ถูกต้องครบถ้วนตามความเป็นจริง ไม่จัดทำรายงานรับจ่ายใบสำคัญรับเงิน รับจ่ายโดยไม่ออกใบเสร็จรับเงิน หรือไม่มีใบสำคัญการจ่ายเงินจัดทำเงินคงเหลือประจำวันไม่เป็นปัจจุบันแก้ไขหลักฐานการเงิน ได้แก่ ใบเสร็จรับเงิน บัญชี รายการจ่ายไม่จัดทำทะเบียนคุมเลขที่ใบสำคัญคู่จ่าย และระบบการควบคุมพัสดุ ไม่สามารถบอกถึงความมีอยู่จริงของพัสดุได้ ทำให้ผู้บริหารไม่สามารถนำข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่มาใช้ ในการบริหารได้ และถ้าหากไม่ปฏิบัติตามในหน้าที่ หรือละเว้นมิได้ปฏิบัติหน้าที่ หรือหย่อนสมรรถภาพ จนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ราชการ ถือว่าเป็นความผิดทางวินัย ให้ผู้บังคับบัญชาพิจารณาลงโทษ ตามควรแก่กรณี ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น ต่องานการเงินและบัญชี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานการเงินและบัญชี ในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งจะต้องทำให้การปฏิบัติงานด้านการเงิน บัญชี และพัสดุ เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้องและมีประสิทธิภาพ โดยการประยุกต์การบูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารงานการเงินและบัญชี เพื่อทำให้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลที่มีไปใช้ในการพัฒนาองค์กรรวมทั้งเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา และพัฒนางานด้านการเงินและบัญชีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานการเงินและบัญชี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เจ้าหน้าที่การเงิน หมายถึง หัวหน้าฝ่ายการเงิน ผู้ดำรงตำแหน่งอื่น ซึ่งปฏิบัติงานในลักษณะเช่นเดียว กันกับหัวหน้าฝ่ายการเงิน และให้หมายความรวมถึงเจ้าหน้าที่รับจ่ายเงินของส่วนราชการด้วย

2. เจ้าหน้าที่บัญชี หมายถึง หัวหน้าฝ่ายบัญชี พนักงานซึ่งปฏิบัติงานในลักษณะเช่นเดียวกันกับหัวหน้าฝ่ายบัญชี โดยทำหน้าที่ตรวจสอบใบสำคัญ บันทึกบัญชี และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี ในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 32 คณะ/หน่วยงาน จำนวน 73 คน โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นสำหรับการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี ในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตอนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลสภาพแวดล้อมด้านการบริหารงานระดับคณะภายในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตอนที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี ในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม รวม

4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านข้อมูล 2. ด้านบุคลากร 3. ด้านระบบและเทคโนโลยี 4. ด้านการควบคุม

โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะประเมินค่าระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คะแนนจากแบบสอบถาม ดังนี้ 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด 4 หมายถึง ระดับมาก 3 หมายถึง ระดับปานกลาง 2 หมายถึง ระดับน้อย 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 เป็นแบบแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นส่วนของข้อความและเนื้อที่ว่างที่ใช้บันทึกคำตอบเกี่ยวกับสภาพปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี ในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ เพื่อคำนวณค่าสถิติต่าง ๆ โดยได้นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้เปลี่ยนเป็นรหัสตัวเลข (Code) ลงในโปรแกรม Microsoft Excel เพื่อบันทึกข้อมูลแล้ว ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีในมหาวิทยาลัย มหาสารคาม โดยนำคำตอบ จากแบบสอบถาม ตอนที่ 1 และ ตอนที่ 2 มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) แต่ละข้อ แล้วนำข้อมูลเสนอในรูปแบบของตาราง และแปลผลด้วยการบรรยาย

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินและการบัญชี ในมหาวิทยาลัย มหาสารคาม โดยนำคำตอบจากแบบสอบถาม

ตอนที่ 3 ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับโดยใช้ข้อมูลจากคำถามทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านข้อมูล 2. ด้านบุคลากร 3. ด้านระบบและเทคโนโลยี และ 4. ด้านการควบคุม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แต่ละข้อ แล้วนำข้อมูลเสนอในรูปแบบของตาราง และแปลผลด้วยการบรรยาย

3. วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม ตอนที่ 4 เกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในด้านต่าง ๆ ที่มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open Ended Question) โดยการสรุปประเด็น แล้วนำเสนอด้วยการบรรยาย

4. สถิติอนุมาน (Inference Statistics) ได้แก่ค่า t-test ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน⁴ เพื่อใช้เปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี ในมหาวิทยาลัย มหาสารคาม

5. สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) แบบการทดสอบความ แตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของ กลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป⁵ ใช้ค่า F-test กรณีค่าความแปรปรวนของแต่ละกลุ่มเท่ากัน

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงานการเงินและบัญชี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. จำแนกตามประชากรศาสตร์ที่มีผล ต่อ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงาน การเงินและบัญชี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดังนี้

1.1 ด้านเพศ ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านเพศส่งผลกระทบต่อ ปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติงานด้านข้อมูล และด้านการควบคุม ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและ บัญชีไม่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยด้านเพศส่งผลกระทบต่อปัญหาและอุปสรรคใน การปฏิบัติงานด้านบุคลากรและด้านระบบและ เทคโนโลยี ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี ไม่แตกต่างกัน

1.2. ด้านสังกัดคณะ/หน่วยงานผลการ ทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัย ด้านสังกัดคณะ/ หน่วยงาน ส่งผลกระทบต่อปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติงานด้านบุคลากร ด้านระบบและ เทคโนโลยี และด้านการควบคุม ของเจ้าหน้าที่การเงินและ บัญชีไม่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยด้านสังกัดคณะ/ หน่วยงานส่งผลกระทบต่อปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติงานด้านข้อมูล ของเจ้าหน้าที่งานการเงิน และบัญชีแตกต่างกัน

1.3. ด้านสถานภาพ ผลการทดสอบ สมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพ ส่งผลกระทบต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้าน บุคลากร ด้านระบบและเทคโนโลยี และด้านการ ควบคุมของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีไม่แตกต่าง กัน แต่ปัจจัยด้านสถานภาพส่งผลกระทบต่อปัญหาและ อุปสรรค ในการปฏิบัติงานด้านข้อมูลของ เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีแตกต่างกัน

1.4. ด้านอายุ ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าปัจจัย ด้านอายุส่งผลกระทบต่อ ปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติงาน ด้านบุคลากร ด้านระบบและ เทคโนโลยี และด้านการควบคุมของ เจ้าหน้าที่งาน การเงินและบัญชีไม่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยด้านอายุ ส่งผลกระทบต่อปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติงานด้าน ข้อมูลของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีแตกต่าง กัน

1.5. ด้านระดับการศึกษา ผลการทดสอบ สมมติฐาน พบว่า ปัจจัยระดับการศึกษาส่งผลกระทบต่อ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านข้อมูล ด้านบุคลากร ด้านระบบและเทคโนโลยี และด้าน การควบคุม ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีไม่ แตกต่างกัน

1.6. ด้านตำแหน่งงาน ผลการทดสอบ สมมติฐานปัจจัยด้านตำแหน่งงาน ส่งผลกระทบต่อปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านข้อมูล ด้าน บุคลากร ด้านระบบและเทคโนโลยี และด้านการ ควบคุมของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีไม่ แตกต่างกัน

1.7. ด้านประสบการณ์ทำงาน ผลการ ทดสอบสมมติฐานปัจจัยด้าน ประสบการณ์ทำงาน ส่งผลกระทบต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้าน ข้อมูล ด้านบุคลากร ด้านระบบและเทคโนโลยี และด้านการควบคุมของเจ้าหน้าที่การเงินและ บัญชีไม่แตกต่างกัน

2. จำแนกตามทรัพยากรทางการศึกษาที่มี ผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ งานการเงินและบัญชี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดังนี้

2.1 ด้านการกำหนดลักษณะงาน (Job description) ผลการทดสอบ สมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านการกำหนดลักษณะงานส่งผลกระทบต่อปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านการควบคุมของ เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีไม่แตกต่างกันแต่ ปัจจัยด้านการหนดลักษณะงานส่งผล ต่อปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านข้อมูล ด้าน บุคลากร และด้านระบบและเทคโนโลยีของ เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีแตกต่างกัน

2.2 ด้านระดับการเรียนการสอนที่คณะ/ หน่วยงานเปิดการสอน ผลการ ทดสอบสมมติฐาน พบว่าปัจจัยด้านระดับการเรียนการสอนที่คณะ/ หน่วยงานเปิดการสอนส่งผลต่อ ปัญหาและ อุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านข้อมูล ด้านบุคลากร และด้านการควบคุมของเจ้าหน้าที่ การเงินและ

บัญชีไม่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยด้านระดับการเรียนการสอนที่คณะ/หน่วยงานเปิดการสอน ส่งผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านระบบและเทคโนโลยี ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีแตกต่างกัน

2.3 ด้านจำนวนนิสิต/นักศึกษาของคณะ/หน่วยงาน ผลการทดสอบ สมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านจำนวนนิสิต/นักศึกษาของคณะ/หน่วยงาน ส่งผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านข้อมูล ด้านบุคลากร ด้านการควบคุม และด้านระบบและเทคโนโลยีของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีไม่แตกต่างกัน

2.4 ด้านการจัดการเรียนการสอน (สาขาวิชา) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน (สาขาวิชา) ส่งผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านข้อมูล ด้านบุคลากร ด้านการควบคุม และด้านระบบและเทคโนโลยี ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและ บัญชีแตกต่างกัน

2.5 ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานสอนหนังสือ พร้อมทั้งปฏิบัติงานด้านการเงิน /บัญชี ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยส่งผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านการ ควบคุมของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีไม่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานสอน หนังสือ พร้อมทั้งปฏิบัติงานด้านการเงิน/บัญชี ส่งผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านข้อมูล ด้านบุคลากร และด้านระบบและเทคโนโลยี ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีแตกต่าง

2.6 ด้านบุคลากร ที่ปฏิบัติงานการเงิน ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานการเงิน ส่งผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านการควบคุม ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีไม่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานการเงิน ส่งผลต่อ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ด้านข้อมูล ด้าน

บุคลากร และด้านระบบและเทคโนโลยี ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีแตกต่าง

2.7 ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานการบัญชี ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานการบัญชี ส่งผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านบุคลากร และด้านระบบและเทคโนโลยีของเจ้าหน้าที่บัญชีไม่แตกต่างกัน แต่ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านข้อมูล และด้านการควบคุม ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีแตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานของงานการเงินและบัญชี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีความเป็นจริงระดับมากเรียงตามลำดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน จากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านข้อมูล ด้านบุคลากร และด้านการควบคุม ในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ

ปัญหาด้านข้อมูล พบว่า คณะ/หน่วยงานส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการแยกประเภท เอกสารบัญชี รายละเอียดของเอกสารมีความซ้ำซ้อน การแยกประเภทรายได้ การวางระบบบัญชี ปัญหาการจัดระเบียบเอกสาร การบันทึกบัญชีให้ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน รวมถึงปัญหาการรับงานและการส่งงานต่อให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาด้านบุคลากร พบว่า พนักงานที่มีประสบการณ์ต่างกัน ต่างก็นำแนวคิดหลักการ กระบวนการปฏิบัติงาน มาใช้ในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ขาดการร่วมมือกัน ในการปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายในคณะ/หน่วยงานไม่ว่าจะมีวุฒิการ ศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี หรือปริญญาตรี ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการทางการเงินและบัญชี ไม่ตรงตามระเบียบกฎเกณฑ์ที่มีอยู่

ปัญหาด้านการควบคุมการตรวจสอบพบว่า ปัญหาจากบุคลากรส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานต่ำกว่า 5 ปี ส่งผล ให้ความชำนาญในการตรวจสอบข้อมูล การรับรู้และเกณฑ์ในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนกระบวนการคิดวิเคราะห์ในการปฏิบัติงานตรวจสอบบัญชีเกิดความผิดพลาดรอลงมาคือ ปัญหาด้านระบบและเทคโนโลยี ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรการเงินและบัญชี พบว่า คณะ/หน่วยงานบางแห่งประสบปัญหาด้านฮาร์ดแวร์หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้งานระบบปฏิบัติการ GFMS ที่เชื่อมโยงกัน การนำข้อมูลเข้าระบบ การบันทึกรายการเข้าสู่ระบบไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การประมวลผลระบบงานไม่ถูกต้อง และกระทบต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการปฏิบัติงานซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องปัญหาการดำเนินงานด้านบัญชีของโรงเรียนเอกชน ในจังหวัดปทุมธานี ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 โดยทำการศึกษาปัญหาการดำเนินงานด้านบัญชีในด้านรายละเอียดของเอกสาร ปัญหาการแยกประเภทรายได้ ปัญหาการควบคุมด้านการรับ – จ่าย ปัญหาการวางระบบบัญชี โรงเรียนส่วนใหญ่มีปัญหาข้อบังคับเกี่ยวกับงานด้านบัญชีที่ยังไม่เรียบร้อย ปัญหาโปรแกรมบัญชีสำเร็จรูปไม่เหมาะสมกับโรงเรียน และอุปกรณ์จัดทำบัญชี ไม่ทันสมัย ปัญหาระบบตรวจสอบบัญชีของโรงเรียนไม่ครบถ้วนเพียงพอ และปัญหาการจัดหาผู้ทำบัญชีตามที่กฎหมายกำหนดมีค่าใช้จ่ายสูง ปัญหาการดำเนินงานด้านบัญชี และการจัดทำบัญชีตามคู่มือการปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) โรงเรียนส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการขาดความรู้ความเข้าใจในการรับรู้รายได้ว่าควรเป็นประเภทใดถึงแม้ว่าจะมี การแบ่งประเภทรายได้ตามคู่มือแล้วก็ตาม⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องปัญหาอุปสรรคและความพึงพอใจการบริหารงานคลังของเทศบาลตำบล ในจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ เช่น งานด้านพัสดุ งานจัดเก็บรายได้ องค์การมีการโอนย้าย มีนโยบายผู้บริหารที่ประหยัดงบประมาณด้านบุคลากรการปฏิบัติหน้าที่แต่งตั้ง บุคคลหนึ่งคนแต่ปฏิบัติหน้าที่หลายตำแหน่งให้รับผิดชอบทำให้การปฏิบัติงานล่าช้า และการตรวจสอบความถูกต้องด้านเอกสารตั้งแต่เริ่มจนแล้วเสร็จมอบหมายให้บุคคลเดียวดำเนินการ⁷ และสอดคล้องกับงานวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงานการเงินและบัญชี ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหา เรื่องการขาดความรู้ความเข้าใจ วิธีการแยกประเภทเอกสารบัญชี รายละเอียดของเอกสารมีความซ้ำซ้อน การแยกประเภทรายได้ การวางระบบบัญชีปัญหาการจัดระเบียบเอกสารการบันทึกบัญชีให้ถูกต้องส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงานรวมถึงปัญหาการรับงานและการส่งงานต่อให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการสอบถามปัญหาในการปฏิบัติงานและความต้องการในการ ฝึกอบรม เพื่อพัฒนาทักษะสมรรถนะการทำงาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบงานการบริหารการเงินการบัญชีของ ส่วนราชการ และการใช้ระบบ บริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) เพื่อยกระดับการบริหารงานการเงินการคลังให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล เพื่อพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี คณะ/หน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. คณะ/หน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ควรจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมความสามัคคีหรือกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน เช่น การ

แข่งขันกีฬาการนันทนาการภายในองค์กร เพื่อเป็นการกระชับความสัมพันธ์ที่ดี ควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการปฏิบัติงาน เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมการทำงานร่วมกัน

3. คณะ/หน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ควรมีสวัสดิการที่ดีให้กับพนักงานทุกๆ ระดับ เพื่อเป็นการ สร้างขวัญและกำลังใจ และทำให้พนักงานเห็นถึงความมั่นคงในอาชีพและชีวิตต่อไปในอนาคต

4. ด้านการรับเงิน ควรบรรจุเจ้าหน้าที่ให้ตรงกับตำแหน่งงาน และให้เพียงพอกับการปฏิบัติงานในแต่ละด้านและเน้น จัดอบรมผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความเข้าใจในระเบียบ และแนวทาง ในการปฏิบัติอย่างชัดเจน รวมทั้งหาวิธีปรับปรุงแก้ไขการ ปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. ด้านการเก็บรักษาเงินควรมีการตรวจสอบรายงานการเงินที่เจ้าหน้าที่จัดทำเสนอผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ และควรแต่งตั้งให้มีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน เพื่อทำการตรวจสอบการปฏิบัติงานอยู่เสมอ นำผลที่ได้จากการศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของงานการเงินและบัญชีไปกำหนดกรอบและตำแหน่งงาน รวมถึงการฝึกอบรมในด้านการจัดทำบัญชี ด้านการรับ-จ่ายเงิน และด้านการเก็บรักษาเงินให้กับเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: 2561.
2. วิชัย แหวนเพชร. มนุษย์สัมพันธ์ในการ
บริหารอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ: ธรรมกมล;
2543

3. ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. จิตวิทยาการ
บริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: สหมิตรออฟเซต;
2535.
4. ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการ
วิจัย. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์; 2544.
5. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ: สถิติ
สำหรับการบริหารและวิจัย. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
6. วราภรณ์ เจริญรัมย์. ปัญหาการดำเนินงาน
ด้านบัญชีของโรงเรียนเอกชนในจังหวัด
ปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์). ปทุมธานี:
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์; 2552.
7. เกตุสิณี ดวงประสาธ. ปัญหาอุปสรรคและ
ความพึงพอใจการบริหารงานคลังของ
เทศบาลตำบล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
(วิทยานิพนธ์). พระนครศรีอยุธยา:
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ
ศูนย์วาสุกรี; 2552.
8. รัตนาภรณ์ ศุภประเสริฐ. ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหา
และอุปสรรคในการปฏิบัติงานของงานการเงิน
และบัญชีในสถานศึกษาสังกัด สำนักงาน
คณะกรรมการการอาชีวศึกษา (การค้นคว้า
อิสระ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล
วชิรเวศน์; 2544.

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

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

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

● **ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ**

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

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

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

2. ชื่อผู้เขียน (Authors)

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

3. บทคัดย่อ (Abstract)

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

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

4. **คำสำคัญ (Keyword)** ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

5. **บทนำ (Introduction)** บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

6. **วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)** ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

7. **ผลการวิจัย (Results)** ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

8. **สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)** การเขียนอภิปรายผลควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. **กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)**

10. **เอกสารอ้างอิง (References)**

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนจบเอกสาร หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

11. **ตาราง รูป ภาพ แผนภูมิ (Table, Figure and Diagram)**

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

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

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

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