

Received: 11 May 2020, Revised: 24 Jun 2020,

Accepted: 26 Jun 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ทุนทางสังคมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น

ภาณุชนาถ อ่อนไกล¹, กฤษกันทร สุวรรณพันธ์^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทุนทางสังคมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น ประชากรคือ อสม.ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 33,161 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 337 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสมการการถดถอยพหุโลจิสติก พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95%CI) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.87 อายุเฉลี่ย 52.45 ปี (S.D.= 8.23) ด้านปัจจัยทุนทางสังคมโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.19 ด้านความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.84 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ($OR_{adjusted} = 2.60$; 95%CI 1.18 to 5.74: p-value 0.017) และปัจจัยทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ ในระดับสูงและระดับปานกลาง ตามลำดับ($OR_{adjusted} = 1.64$; 95%CI 1.12 to 3.80: p-value =0.020 และ $OR_{adjusted} = 3.26$; 95%CI 2.14 to 5.74: p-value =0.014 ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อเพิ่มความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับอสม. เช่น การเพิ่มช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น

คำสำคัญ กัญชาทางการแพทย์ ทุนทางสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

^{1,2} วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

* Corresponding author: kritkantorn@gmail.com

*Original Article***Social Capital and Factors Associated with Medical Cannabis Knowledge
Among Village Health Volunteers in Khon Kaen Province**Phanutchanat On-kail¹, Kritkanthorn Suwannaphant²***Abstract**

This cross-sectional analytical study aimed to describe social capital and factors associated with medical cannabis knowledge among village health volunteers (VHV) in Khon Kaen province. 337 samples of 33,161 VHV were selected by multi-stage random sampling. The data were collected from questionnaire, conducted in January, 2020 and analyzed using computer programs to acquire frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum and multiple logistic regression (with 95% CI). The results found that almost of the VHV sample were female (84.87%). The average age was 52.45 ± 8.23 years old (S.D.=8.23). For social capital, it was found at a high level (76.19%). The medical cannabis knowledge of VHV were at a moderate level (41.84%). The factors associated with the medical cannabis knowledge among VHV, including received the medical cannabis information ($OR_{adjusted} = 2.60$; 95%CI 1.18 to 5.74: p-value 0.017) and social capital on participation and operation dimension and responsibility dimension presented at moderate and high levels, respectively ($OR_{adjusted} = 1.64$; 95%CI 1.12 to 3.80: p-value =0.020 and $OR_{adjusted} = 3.26$; 95%CI 2.14 to 5.74: p-value =0.104) Thus, related organization should provide the training program for increase medical cannabis knowledge among VHV such as increase the channel for receive the medical cannabis information.

Keywords: Medical cannabis, social capital, village health volunteers^{1,2}Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

* Corresponding author: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและเป็นพลวัตอย่างยิ่ง¹ หลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรคเนื่องจากการศึกษาวิจัยสนับสนุนถึงประโยชน์ และโทษของกัญชามากขึ้น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 จัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยได้ เนื่องจากสารประกอบแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) ที่อยู่ในกัญชาสามารถใช้ในการรักษาโรคได้ โดยสารที่ออกฤทธิ์หลักที่นำมาใช้ในทางการแพทย์ คือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (delta-9 tetrahydrocannabinol: THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และแคนนาบิไดอัล (cannabidiol: CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด แต่ให้ผลตรงกันข้ามกับ THC คือ คอยต้านการเกิดโรคจิตประสาท ความจำเสื่อมและลดความตื่นตัวตกใจง่าย² และยังมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ความปวด และการเคลื่อนไหว ออกฤทธิ์ ยับยั้ง กระตุ้นระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกัน ผ่านระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoid system (ESC)) ซึ่งเป็นสารที่มีอยู่ทั่วร่างกาย จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า เอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids) ประกอบด้วย 2 สารที่สำคัญ คือ anandamide (AEA) และ arachidonoyl-glycerol (2-AG) ที่มีหน้าที่ในการควบคุมระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบสมอง และประสาทส่วนกลาง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบฮอร์โมน และระบบอื่นๆในร่างกาย อาทิ ความจำ อารมณ์ ความอยากอาหาร การนอนหลับ ความปวด การติดยา และการอักเสบ³

สถานการณ์การใช้กัญชาในประเทศไทยพบว่า กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีประโยชน์แต่ก็ยังคงเป็นยาเสพติดและผิดกฎหมาย ถึงแม้ว่าจะมีการแก้กฎหมายให้สามารถนำมาใช้ในทางการแพทย์และการวิจัยได้ แต่ทุกคนยังไม่สามารถปลูกหรือใช้ได้อย่างเสรี แต่นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นในก้าวแรกของประเทศไทยที่มีความตื่นตัวและเปิดโอกาสให้สามารถทำการวิจัยและใช้ประโยชน์จากกัญชาหลังจากที่เป็นสิ่งผิดกฎหมายมาอย่างยาวนาน และนับเป็นความหวังของผู้ป่วยจำนวนมากที่รอคอยความหวังจากยาที่ได้จากสารสกัดจากกัญชานี้มาใช้รักษาโรค และความก้าวหน้าทางการแพทย์ของประเทศไทยที่จะมีการพัฒนาต่อไปอีกเรื่อย ๆ ซึ่งทั้งหมดนี้จะก้าวต่อไปได้มากน้อยเพียงใดนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ประเทศไทยมีความมั่นคงในทางการแพทย์และสามารถใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป⁴

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญในการใช้กัญชาเพื่อเป็นพืชสมุนไพรในทางการแพทย์ โดยได้มอบให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการฝึกอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าใจเรื่องการใช้กัญชาสำหรับวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อย่างถูกต้องและมีนโยบายนำร่องให้อสม. ปลูกกัญชา นำร่องเพื่อให้มีกัญชาเพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ต่อไป ซึ่ง อสม.เป็นกลไกสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งของประเทศไทยและมีชื่อเสียงไปทั่วโลก โดย อสม.มีภารกิจช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนจำนวนมาก¹

ในปัจจุบัน แนวคิดทุนทางสังคมถูกนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาในระดับชุมชนมากขึ้น โดยนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาในหลากหลายประเด็น อาทิ ระบบเศรษฐกิจชุมชน รวมถึงระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนที่มีปัจจัยเกื้อหนุน ทางสังคมต่าง ๆ จะ

นำไปสู่การมีศักยภาพในการปฏิบัติการร่วมกันเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ ของชุมชน ในประเด็นหลาย ๆ ประเด็น เช่น การปรับปรุงบริการสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน ชนะบูร์น⁵ Bourdieu⁶ ได้อธิบายทุนทางสังคมว่าเป็นทุนประเภทหนึ่งเช่นเดียวกับทุนทางเศรษฐกิจและทุนทางวัฒนธรรม โดยทุนทางสังคมเป็นการรวมตัวกันของทรัพยากร ซึ่งอาจจะเป็นสถาบันองค์กร หรือบุคคล ที่มีอยู่แล้วและมีศักยภาพ มาเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายที่มั่นคง มีความผูกพันและยอมรับซึ่งกันและกัน ส่วน Coleman⁷ กล่าวว่า ทุนทางสังคมเหมือนกับทุนในรูปแบบอื่น ๆ สามารถสร้างผลิตภาพและสร้างโอกาสในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ทุนทางสังคมเหมือนกับทุนกายภาพและทุนมนุษย์ และ Putnam⁸ ได้ชี้ให้เห็นว่าทุนทางสังคมเป็นลักษณะเด่นขององค์กรทางสังคมอันได้แก่ ความไว้วางใจ (Trust) บรรทัดฐาน (Norms) และเครือข่าย (Networks) ซึ่งสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพของสังคม โดยการส่งเสริม เกื้อหนุน การร่วมมือในการดำเนินงานซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังชี้ให้เห็นถึงกระบวนการเกิดของทุนทางสังคมนั้นเริ่มจากประชาชนในสังคมมีระบบคิด และค่านิยมที่ดีร่วมกัน ดังนั้น ทุนทางสังคมในรูปเครือข่ายส่งผลให้เพิ่มศักยภาพในการทำงานและช่วยลดต้นทุนในการทำงานได้มากกว่าการทำงานแบบปัจเจกชน เกิดจารีตประเพณีที่เกี่ยวกับการพึ่งพาอาศัยกันหรือต่างตอบแทนทำให้องค์กรชุมชนแข็งแกร่งและมีพลังมากขึ้น เกิดความไว้วางใจระหว่างกันของคนในเครือข่ายทำให้การติดต่อและระบบข้อมูลข่าวสารมีความสะดวกรวดเร็ว และมีการนำความสำเร็จร่วมกันในอดีตมาใช้ประโยชน์เพื่อสร้างความร่วมมือในอนาคต

การดำเนินการเพื่อให้ อสม. เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมการใช้กัญชาสำหรับวัตถุประสงค์ทางการแพทย์มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ที่จะต้องให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจด้านการใช้กัญชาอย่างถูกต้อง และต้องทราบว่าทุนทางสังคมมีผลอย่างไรบ้างกับการส่งเสริมให้อสม.มีความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เพื่อนำผลที่ได้ไปช่วยในการส่งเสริมและพัฒนาการใช้กัญชาสำหรับวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ของอสม.ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาทุนทางสังคมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น ศึกษาในอสม.ที่ขึ้นทะเบียนไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ และอาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยสุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ตามโซนแบ่งได้ทั้งหมด 4 โซน ซึ่งจะได้ตัวแทนในแต่ละโซน คือ อำเภอโนนพอง อำเภอเมือง อำเภอหนองเรือ และอำเภอฟล ได้จำนวนอสม. รวมทั้งสิ้น 337 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม พ.ศ 2563 โดยใช้แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ระยะเวลาการเป็น อสม. ตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน การได้รับการอบรม รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน การเป็นหนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านทุนทางสังคม จำนวน 50 ข้อ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมทางสังคม ด้านทัศนคติ ด้านการตอบสนอง ด้านความสามัคคี ด้านบรรทัดฐาน ด้านความไว้วางใจ ด้านโครงสร้างองค์กรแนวราบ ด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะของผู้นำ ด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใส และด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ

ส่วนที่ 3 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 15 ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ใช้วิธีการตรวจสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.61-1

2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คุณลักษณะส่วนบุคคล ทุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ กรณีข้อมูลแจกแจง ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

กรณีข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.87 มีอายุเฉลี่ย 52.45 ปี อายุสูงสุด 78 ปี ต่ำสุด 31 ปี การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.80 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.53 มีสถานภาพสมรสแบบสมรสและอยู่ด้วยกัน การศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 41.54 ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 11.32 ปี มากที่สุด 45 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี ร้อยละ 92.58 ได้รับการอบรมเพิ่มความรู้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว มีรายได้เฉลี่ยร้อยละ 7,523.12 บาท/เดือน มากที่สุด คือ 50,000 บาท/เดือน และน้อยที่สุดคือ 1,000 บาท/เดือน รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว มีรายจ่ายเฉลี่ย 6,525.82 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีหนี้สิน ร้อยละ 82.49 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา ร้อยละ 81.90 และอสม.มีช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 78.93 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	15.13
หญิง	286	84.87
อายุ (ปี)		
30-39	22	6.53
40-49	100	29.67
50-59	150	44.51
≥60	65	19.29
Mean ± S.D.: 52.45 ± 8.23, median (min: max) 52 (31: 78)		
อาชีพ		
เกษตรกร	215	63.80
ค้าขาย	42	12.46
แม่บ้าน	46	13.65
รับจ้างทั่วไป	34	10.09
สถานภาพสมรส		
โสด	23	6.82
สมรส(อยู่ด้วยกัน)	268	79.53
แยกกันอยู่	8	2.37
หม้าย/หย่า	38	11.28
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	129	38.28
มัธยมศึกษาตอนต้น	46	13.65
มัธยมศึกษาตอนปลาย	140	41.54
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	22	6.53
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
1 – 10	199	59.05
11 – 20	96	28.49
21 – 30	34	10.09
≥31	8	2.37
Mean ± S.D.: 11.32 ± 8.71, median (min: max) 10 (1: 45)		
การได้รับการอบรม		
ได้รับ	312	92.58
ไม่ได้รับ	25	7.42

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
< 5,000	120	39.60
5,001-10,000	119	39.27
10,001-15,000	46	15.18
≥15,001	18	5.94
Mean ± S.D.: 7,523.12 ± 6,564.97, median (min: max) 6,000 (1,000: 50,000)		
รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
<5,000	137	47.57
5,001-10,000	109	37.85
10,001-15,000	28	9.72
≥15,001	14	4.86
Mean ± S.D.: 6,525.82 ± 5,138.36, median (min: max) 5,000 (500 : 37,000)		
หนี้สิน		
มี	278	82.49
ไม่มี	59	17.51
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา		
เคย	309	91.69
ไม่เคย	28	8.31
ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร		
มี	266	78.93
ไม่มี	71	21.07

ปัจจัยทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทุนทางสังคมรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 76.19 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22.62 ตามลำดับ

ปัจจัยทุนทางสังคมด้านพฤติกรรมทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านพฤติกรรมทางสังคม ในระดับสูง ร้อยละ 71.81 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 26.71 ตามลำดับ

ปัจจัยทุนทางสังคมด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านทัศนคติในระดับสูง ร้อยละ 79.82 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 18.99 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านการต่างตอบแทน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านการต่างตอบแทน ในระดับสูง ร้อยละ 72.32 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 26.79 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านความสามัคคี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านความสามัคคีในระดับสูง ร้อยละ 59.64 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 39.47 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐานในระดับสูง ร้อยละ 79.82 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 18.40 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในระดับสูง ร้อยละ 64.39 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.83 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านโครงสร้างองค์กรแนวราบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านโครงสร้างองค์กรแนวราบในระดับสูง ร้อยละ 57.57 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 39.17 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะของผู้นำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะของผู้นำในระดับสูง ร้อยละ 67.95 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.52 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใสในระดับสูง ร้อยละ 63.80 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 34.42 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.37 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 26.41 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ระดับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น

ระดับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.84 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 30.27 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัจจัยทุนทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ปัจจัยทุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยทุนทางสังคมรายการรวม		
ระดับสูง (3.68-5.00)	256	76.19
ปานกลาง (2.34 -3.67)	76	22.62
ต่ำ (1.00- 2.33)	4	1.19
ทุนทางสังคมด้านพฤติกรรมทางสังคม		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	242	71.81
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	90	26.71
ต่ำ (1.00 - 2.33)	4	1.49
ทุนทางสังคมด้านทัศนคติ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	269	79.82
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	64	18.99
ต่ำ (1.00 - 2.33)	4	1.19

ปัจจัยทุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ทุนทางสังคมด้านการต่างตอบแทน		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	243	72.32
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	90	26.79
ต่ำ (1.00 - 2.33)	3	0.89
ทุนทางสังคมด้านความสามัคคี		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	201	59.64
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	133	39.47
ต่ำ (1.00 - 2.33)	3	0.89
ทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐาน		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	269	79.82
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	62	18.40
ต่ำ (1.00 - 2.33)	6	1.78
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	217	64.39
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	114	33.83
ต่ำ (1.00 - 2.33)	6	1.78
ทุนทางสังคมด้านโครงสร้างองค์กรแนวราบ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	194	57.57
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	132	39.17
ต่ำ (1.00 - 2.33)	11	3.26
ทุนทางสังคมด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะของผู้นำ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	229	67.95
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	86	25.52
ต่ำ (1.00 - 2.33)	22	6.53
ทุนทางสังคมด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใส		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	215	63.80
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	116	34.42
ต่ำ (1.00 - 2.33)	6	1.78
ทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	89	26.41
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	163	48.37
ต่ำ (1.00 - 2.33)	85	25.22

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน
จังหวัดขอนแก่น (n=337)

ระดับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
สูง (12 คะแนนขึ้นไป)	102	30.27
ปานกลาง (9-12 คะแนน)	141	41.84
ต่ำ (1-8 คะแนน)	94	27.89

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้
กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้
กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การได้รับ
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ โดย
กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา
ทางการแพทย์ จะมีความรู้ในการใช้กัญชาทาง
การแพทย์มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับข้อมูล
ข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เป็น 2.60
เท่า (OR_{adjusted} = 2.60 ; 95%CI 1.18 to 5.74:

p-value 0.017) และปัจจัยทุนทางสังคมด้านการ
มีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ โดยกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม
ดำเนินการและรับผิดชอบในระดับปานกลางและ
ระดับสูง จะมีความรู้ด้านการใช้กัญชาทาง
การแพทย์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทุนทางสังคม
ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ
ระดับต่ำ เป็น 1.64 และ 3.26 เท่า ตามลำดับ (OR_{adjusted} = 1.64 ; 95%CI 1.12 to 3.80: p-value
=0.020 และ OR_{adjusted} = 3.26 ; 95%CI 2.14
to 5.74: p-value =0.014 ตามลำดับ) ดังตาราง
ที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ปัจจัย	จำนวน	%ระดับ ความรู้	Crude OR	OR adjusted	95% CI	P -Value
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์						0.017
ไม่เคยได้รับ	28	53.57				
ได้รับ	309	28.16	2.94	2.60	1.18 to 5.74	
ระดับทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ						0.012
ระดับต่ำ	8	12.50				
ระดับปานกลาง	77	19.48	1.69	1.64	1.12 to 3.80	
ระดับสูง	252	34.13	3.63	3.26	2.14 to 5.74	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยทุนทางสังคมด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 76.19 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22.62 ตามลำดับ ทั้งนี้เกิดจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่นมีทุนทางสังคมด้านพฤติกรรมทางสังคม ทุนทางสังคมด้านทัศนคติ ทุนทางสังคมด้านความสามัคคี ทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐาน ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ ทุนทางสังคมด้านโครงสร้างองค์กร แนวราบ ทุนทางสังคมด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะของผู้นำ ทุนทางสังคมด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใส ทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมร่วมดำเนินการและรับผิดชอบอยู่ในระดับสูง และประกอบกับ อสม. เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนและเป็นแกนนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนที่มีสุขภาพที่ดีและรับมือกับโรคต่าง ๆ ได้ทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าว ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบในกิจกรรมตามบทบาท ช่วยเสริมให้มีปัจจัยทุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarah Rippon และคณะ⁹ ที่ศึกษาข้อมูลเชิงลึกของทุนทางสังคมจากความจำเป็นทางด้านสุขภาพในประเทศมาลาวี พบว่า ชุมชนทั้ง 18 แห่งมีทุนทางสังคมระดับปานกลางถึงสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Muhammad Tariq Majored and Tahseen Ajaz¹⁰ ที่ศึกษาเรื่อง ทุนทางสังคมเพื่อกำหนดผลลัพธ์สุขภาพของประชากร: มุมมองระดับโลก ผลการศึกษาพบว่า ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุกมิติของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในฐานะ

บุคคลที่ไว้วางใจสูง ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าผลกระทบของทุนทางสังคมต่อสุขภาพจิตนั้นแข็งแกร่งกว่าผลกระทบต่อสุขภาพกาย นอกจากนี้ ทุนทางสังคมยังเอื้อต่อการควบคุมดัชนีความเครียดมากกว่าสร้างความสุขและสอดคล้องกับการศึกษาของชนะบุรณ์ อินทรพันธุ์, ดุษฎีอายุวัฒน์ และวงศา เล้าหศิริวงศ์⁵ ที่ศึกษาเรื่องกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของชุมชน พบว่า ชุมชนใช้วิธีการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะอย่างรอบคอบ ชุมชนใช้ทุนทางสังคมประเภทต่าง ๆ เพื่อการจัดสรรนโยบายสาธารณะรวมถึงต่อไปนี้ : 1) การเชื่อมโยงทุนทางสังคม: การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ใกล้ชิดสิ่งนี้จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและนโยบายสาธารณะอย่างละเอียด 2) การเชื่อมโยงทุนทางสังคม : การรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีในระดับหน่วยทางสังคม รูปแบบของเงินทุนนี้เป็นประโยชน์ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดทำนโยบายสาธารณะที่มีสุขภาพดีและในการสรรหาทรัพยากรที่จำเป็น 3) การเชื่อมโยงทุนทางสังคม : การสร้างและการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและองค์กรอื่น ๆ ซึ่งช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับคำแนะนำและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของหมู่บ้านอื่น ๆ เพื่อร่างนโยบายสาธารณะที่มีสุขภาพดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ จะมีความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เป็น 2.60 เท่า และปัจจัยทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบในระดับปานกลางและระดับสูง จะมีความรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบระดับต่ำ เป็น 1.64 และ 3.26 เท่า ตามลำดับ จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาถึง ร้อยละ 91.69 และมีช่องทางการรับรู้ข่าวสาร ถึงร้อยละ 78.93 ทำให้สามารถเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพได้ง่าย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นอสม. ซึ่งได้รับการอบรมและเข้าร่วมกิจกรรมทางสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยพัฒนาความรู้ได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปถึง ร้อยละ 61.72 ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่สามารถเข้าใจและสร้างโอกาสในการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถรัตน์ หวังประดิษฐ์, รวีวรรณ ช่วยบำรุง, กรกฎสินประจักษ์ผล, และวนิดา ประเสริฐ¹¹ ที่ศึกษาผลการจัดชุดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยาต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การจัดชุดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยาส่งผลให้ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของอสม. ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมและพัฒนาการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับ เพื่อให้นโยบายด้านการส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ประสบความสำเร็จ

2) ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องที่ อสม. ยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เช่น กัญชาสามารถใช้เพื่อบรรเทาหอบหืดได้ เป็นต้น

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ หรือการปฏิบัติงานของ อสม.ด้านอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบถึงสมรรถนะของอสม.ที่ควรเพิ่มเติมหรือความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความต้องการของ อสม. และสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอพล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเรือ ที่อำนวยความสะดวกและให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์[อินเทอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึงเมื่อ 7 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก http://www.dms.moph.go.th/dms2559/download/Final_Guidance.pdf.
2. แพทยสภา. คำแนะนำสำหรับแพทย์การใช้กัญชาทางการแพทย์. แพทยสภาสาร; 2562 [เข้าถึง เมื่อ 29 พ.ค. 2563];1:[1-43]. เข้าถึงได้จาก

- https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf
3. อรพรรณ เมธาติลกกุล. การแพทย์แคนนาบินอยด์และกัญชาทางการแพทย์[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://thaicam.go.th/wp-content/uploads/2019/08/การแพทย์แคนนาบินอยด์-และกัญชาทางการแพทย์.pdf>
 4. จุฬพัฒน์ ช่างเกต. กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา [บทความวิชาการ]. 2562 [เข้าถึง เมื่อ 8 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2247
 5. Intharaphan C, Ayuwat D, Laohasiriwong W. Social Capital for Healthy Public Policy Formulation by the Community in Northeastern Thailand. The International Journal of Interdisciplinary Social and Community Studies. 2017;12: 29-41.
 6. Bourdieu, P. “The Forms of Capital.” Pp. 241–58 in Handbook of theory and research for the sociology of education, edited by J. G. Richardson. New York: Greenwood Press; 1986.
 7. Coleman, J. S. Social Capital in the Creation of Human Capital. The American Journal of Sociology. 1988; 94, S95-S120
 8. Putnam, Robert D. “The Prosperous American Prospect. 1993. 4(13): 35–42.
 9. Rippon S, Beatte TK, Lungu K, Kumwenda S, Morse T. Social capital insights from Healthy Settings needs assessment in Malawi. PLoS One. 2018; 13(10): e0206156.
 10. Majeed M, Ajaz T. Social Capital as a Determinant of Population Health Outcomes: A Global Perspective; 2020.
 11. อรรถรัตน์ หวังประดิษฐ์, ระวีวรรณ ช่วยบำรุง, กรกฎ สีนประจักษ์พล, และวนิดา ประเสริฐ. ผลการจัดชุดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยาต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2558; 10(1): 87-95.

Received: 22 Apr 2020, Revised: 29 May 2020,

Accepted: 12 Jun 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินคุณสมบัติทางกายภาพและการปนเปื้อนแบคทีเรียของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย

เชษฐา จงกนกพล^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณสมบัติทางกายภาพและการปนเปื้อนแบคทีเรียของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม เก็บตัวอย่างจากสถานที่ผลิตในจังหวัดมหาสารคาม แบ่งเป็นน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 129 ยี่ห้อ และน้ำแข็ง 13 ยี่ห้อ เก็บข้อมูลรายละเอียดบนฉลาก ตรวจสอบภาชนะบรรจุวิเคราะห์คุณสมบัติทางกายภาพ คุณสมบัติทางเคมี และคุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ ได้แก่ ตรวจวัดการปนเปื้อนของ Coliform bacteria, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* และ *Salmonella* spp. โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่าตัวอย่างน้ำบริโภคและน้ำแข็งในภาชนะผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 86.05 และ 61.54 (ตามลำดับ) รายละเอียดบนฉลากและภาชนะที่ใช้บรรจุน้ำบริโภคและน้ำแข็ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 95.35 และ 61.54 (ตามลำดับ) คุณสมบัติทางกายภาพและเคมีของตัวอย่างน้ำบริโภคและน้ำแข็ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 คุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ของน้ำบริโภค ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 88.37 โดยพบ Coliform bacteria และ *E. coli* เกินค่ามาตรฐานร้อยละ 11.63 และ 0.77 (ตามลำดับ) คุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ของน้ำแข็ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 92.31 โดยพบ Coliform bacteria และ *E. coli* สูงกว่าค่ามาตรฐาน ร้อยละ 7.69 ทั้งนี้ตัวอย่างน้ำบริโภคและน้ำแข็งในการวิจัยนี้ไม่พบ *S. aureus* และ *Salmonella* spp. โดยสรุป ตัวอย่างน้ำในการวิจัยนี้บางส่วนไม่ผ่านมาตรฐานทางจุลชีววิทยา ดังนั้นเจ้าหน้าที่ต้องเพิ่มการเฝ้าระวังกระบวนการผลิต นอกจากนี้ ผู้จัดจำหน่ายและผู้บริโภคต้องให้ความสำคัญกับการตรวจสอบ การรายงานและการปฏิเสธผลิตภัณฑ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะทำให้การบริโภคน้ำและน้ำแข็งของประชาชนมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ การประเมินคุณสมบัติทางกายภาพ การปนเปื้อนแบคทีเรีย น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง

¹ เภสัชกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

* Corresponding author: hanumanstyle@hotmail.com

*Original Article***Physical Assessment and Determination of bacterial contamination of Locally Drinking Water in Sealed Containers and Packaged Ice Sold in Mahasarakham Province, Thailand**Chestha Jonganokpone¹**Abstract**

This cross-sectional descriptive study aimed to assess physical quality and bacterial contamination of drinking water in sealed containers and packaged ice sold in Mahasarakham Province. The samples were 129 drinking water and 13 packaged ice brands. The details on labels, packages, physical and chemical qualities, bacteriological contamination (Coliform bacteria, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* and *Salmonella* spp.) were analyzed and checked their compliance. The finding revealed that the samples of drinking water and packaged ice were within the permissible limits as 86.05 and 61.54 %, respectively. The details on labels and packages of drinking water and packaged ice were within the acceptable range as 95.35 and 61.54 %, respectively. Physical and chemical qualities of all samples were within the acceptable range as 100%. Majority (88.37 %) samples of drinking water, the bacterial contamination were within acceptable limits certified for drinking purposes. Coliform bacteria and *E. coli* were found in drinking water as 11.63 and 0.77%, respectively. Furthermore, 92.31 % of packaged ice, the bacterial contamination were within acceptable limits. The 7.69 % unacceptable ice samples which was found both Coliform bacteria and *E.coli*. However, all the samples (both drinking water and ice) showed negative growth for *Staphylococcus aureus* and *Salmonella* spp. as shown. In conclusion, some of drinking water and ice were unacceptable in the microbial standard. Therefore, surveillance of drinking water and ice manufacturing industries by regulatory agencies at this setting needs to be increase. The distributors and consumers also need to be made aware of the identification, reporting, and removal of problematic drinking water and ice available at points of sale. These measures will guarantee that safe and helpful drinking water and ice are available for public.

Keywords: physical assessment, bacterial contamination, drinking water in sealed containers, packaged ice

¹ Pharmacist, Consumer Health Protection And Public Health Pharmaceutical Group, Mahasarakham Provincial Public Health Office.

* Correspondence's email: hanumanstyle@hotmail.com

บทนำ

น้ำเป็นทรัพยากรธรรมชาติที่จำเป็นสำหรับมนุษย์เพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน น้ำสำหรับการอุปโภคบริโภคต้องเป็นน้ำที่สะอาด ปราศจากเชื้อโรคและสิ่งเจือปน¹ หากร่างกายได้รับน้ำที่มีเชื้อโรคและสารพิษ อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ สารพิษบางชนิดก่อให้เกิดมะเร็งและโรคต่าง ๆ ที่ยากแก่การรักษา² กลุ่มโรคติดต่อที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ (Food and Water-Borne Diseases) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากรายงานสถานการณ์สุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก ปี 2004 ระบุว่าหากมีการปรับปรุงคุณภาพของแหล่งน้ำจะสามารถลดการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้ ร้อยละ 6-25 การสุขาภิบาลที่ดีจะช่วยลดการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้ร้อยละ 32 และการมีสุขอนามัยที่ดีก็จะสามารถลดการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้ร้อยละ 45³ สถานการณ์โรคย้อนหลัง 5 ปี ของประเทศไทย (พ.ศ. 2556-2560) พบว่าแนวโน้มอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลดลง โดยในปี 2556-2560 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เป็น 1,764.72 1,724.26 1,685.62 1,838.41 และ 1,571.83 ตามลำดับ มีอัตราตายต่อประชากรแสนคนลดลง 0.02 0.01 0.02 0.01 และ 0.01 ตามลำดับ ในปี 2560 กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุดคือ อายุมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 13.13) และภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁴ โดยปี 2561 จังหวัดมหาสารคามมีอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 2,903.52⁵ จะเห็นได้ว่าโรคติดต่อทางอาหารและน้ำเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในแต่ละปีมีรายงานผู้ป่วยตลอดทั้งปี ส่วนใหญ่มีการระบาดเป็นวงกว้าง ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากและอาการของโรคอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ⁴

นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม ทำให้มีการเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นและนำไปสู่การเกิดเชื้อจุลชีพดื้อยาอีกด้วย⁶ ซึ่งโรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่เป็นปัญหาสำคัญและถูกเร่งรัด ให้มีการดำเนินการในแผนปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อหิวาตกโรค และโรคอาหารเป็นพิษ⁴ มีวิจัยหลายฉบับรายงานการปนเปื้อนของน้ำดื่มและน้ำแข็งจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ จากการตรวจสอบตัวอย่างน้ำดื่มและน้ำแข็งทั่วประเทศ 4,750 ตัวอย่าง พบว่ามีคุณภาพได้มาตรฐาน 2,690 ตัวอย่าง (ร้อยละ 56.6) ไม่ได้มาตรฐาน 2,060 ตัวอย่าง (ร้อยละ 43.4)⁷ นอกจากนี้ตัวอย่างน้ำดื่มและภาชนะ 179 ตัวอย่าง ที่เก็บจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 55 แห่ง พบว่าใน น้ำ ดื่ ม มี Coliform bacteria *Escherichia coli* และ *Staphylococcus aureus* เกินมาตรฐานร้อยละ 98.2, 92.7 และ 74.5 ตามลำดับ ภาชนะบรรจุน้ำดื่ม และถ้วยใส่น้ำดื่ม พบ Coliform bacteria เกินมาตรฐานร้อยละ 65.5 และ 70.9 ตามลำดับ⁸ ในเก็บตัวอย่างน้ำดื่มบรรจุขวดขุนที่วางจำหน่ายในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จำนวน 135 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนของ Coliform bacteria เฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.9-4.0 MPN/100 mL และ Fecal Coliform bacteria เฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.9-4.6 MPN/100 mL สรุปได้ว่ามีน้ำดื่มบรรจุขวดขุนที่ผ่านมาตรฐานน้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทเพียง 11 ยี่ห้อ (ร้อยละ 73)⁹ นอกจากนี้มีรายงานว่าตัวอย่างน้ำดื่มบรรจุขวดแบบพลาสติกใสและขวดขุนที่วางจำหน่ายในจังหวัดชลบุรี พบว่ามีน้ำดื่มบรรจุขวดชนิดพลาสติกใส 2 ยี่ห้อ ที่ตรวจพบ Fecal Coliform bacteria มากกว่า 1.8 MPN/100 mL การประเมินคุณภาพตัวอย่างน้ำดื่มบรรจุขวดที่จำหน่ายในจังหวัดชลบุรี ไม่ผ่านมาตรฐานถึง 11

ยี่ห้อ (ร้อยละ 33.33)¹⁰ ตัวอย่างน้ำดื่มบรรจุขวด ทั้งแบบพลาสติกใสและขวดพลาสติกที่วางจำหน่ายใน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามีน้ำดื่มบรรจุขวด 33 ตัวอย่าง มี Coliform bacteria และ Fecal Coliform bacteria น้อยกว่า 2.2 MPN ต่อ มิลลิลิตร¹¹ นอกจากนี้มีรายงานการสุ่มตัวอย่าง น้ำแข็งจากร้านจำหน่ายเครื่องดื่ม 7 ร้านในโรง อาหาร 4 แห่งและจากร้านจำหน่ายเครื่องดื่มใน ตลาดนัด มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนาม จันทร 6 ร้าน พบว่าตัวอย่างน้ำแข็งทั้งหมดไม่ผ่าน เกณฑ์คุณภาพทางจุลชีววิทยา ทุกตัวอย่างพบการ ปนเปื้อนเชื้อ Coliform bacteria สูงกว่า มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และ ตัวอย่างน้ำแข็ง 7 ตัวอย่าง (ร้อยละ 54) พบการ ปนเปื้อนของ *Staphylococcus aureus*¹² และ จากผลการดำเนินงานเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค ในโรงเรียนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อ่างทอง พบเชื้อ Coliform bacteria ร้อยละ 29.03 และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการปนเปื้อน เชื้อ Coliform bacteria ในน้ำบริโภคคือปัจจัย ด้านกระบวนการผลิตและปัจจัยด้านการควบคุม คุณภาพ³ จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดที่มีอัตรา ป่วยโรคอุจจาระร่วงค่อนข้างสูง⁵และจัดว่าเป็น จังหวัดที่มีสถาบันการศึกษาหลายแห่ง มีนิสิตและ นักศึกษาจำนวนมาก อีกทั้งยังมีประชากรแฝงและ ประชากรจรที่เดินทางมาทำภารกิจในจังหวัดอีก จำนวนหนึ่ง¹³ หากประชาชนบริโภคน้ำและน้ำแข็ง ที่ไม่ได้มาตรฐาน จะทำให้ประชาชนจำนวนมากมี ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากน้ำเป็นสื่อได้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณสมบัติทาง กายภาพและการปนเปื้อนแบคทีเรียของน้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งที่วาง จำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม โดยตรวจสอบ คุณลักษณะบางประการได้แก่ รายละเอียดบน ฉลาก (ชื่อผู้ผลิต สถานที่ผลิต เลขสารบบอาหาร และกรรมวิธีในการฆ่าเชื้อ) ภาชนะที่ใช้บรรจุ

คุณสมบัติทางกายภาพ (สี กลิ่น ความขุ่น) คุณสมบัติทางเคมี (ความเป็นกรด-ด่าง) และ คุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ได้แก่การตรวจวัด ปริมาณ Coliform bacteria, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* และ *Salmonella* spp. แล้วนำผลการศึกษาไปเปรียบเทียบกับ มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับ ที่ 61 (พ.ศ.2524) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิท ลงวันที่ 7 กันยายน พ.ศ.2524¹⁴ ซึ่งแก ไขเพิ่มเติมโดยประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับ ที่ 135 (พ.ศ.2534) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะ บรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2534¹⁵ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับ ที่ 220) พ.ศ.2544 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 3) ลงวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2544¹⁶ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 256) พ.ศ.2545 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 4) ลงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2545¹⁷ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 284) พ.ศ.2547 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 5) ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2547¹⁸ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับ ที่ 316) พ.ศ.2553 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ ที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 6) ลงวันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2553¹⁹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 (พ.ศ.2527) เรื่อง น้ำแข็ง ลงวันที่ 16 มกราคม พ.ศ.2527²⁰ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 137 (พ.ศ.2534) เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 23 เมษายน พ.ศ.2534²¹ ประกาศกระทรวง สาธารณสุข (ฉบับที่ 254) พ.ศ.2545 เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 3) ลงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2545²² และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 285) พ.ศ.2547 เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 4) ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2547²³ โดยข้อมูลที่ได้จะ นำไปใช้ในการควบคุมคุณภาพน้ำบริโภคใน ภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทบรรจุขวดและน้ำแข็ง ที่วาง

จำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม ให้มีความปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินคุณสมบัติทางกายภาพและการปนเปื้อนแบคทีเรียของน้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ น้ำบริโภคและน้ำแข็งจากสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ในพื้นที่ทั้ง 13 อำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย แบ่งกลุ่มอำเภอตามจำนวนประชากรได้เป็น อำเภอขนาดใหญ่ 6 อำเภอ ขนาดกลาง 2 อำเภอ และขนาดเล็ก 5 อำเภอ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ที่เก็บจากสถานที่ผลิตใน 13 อำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2562 เก็บตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งที่มีการผลิตและวางจำหน่ายในช่วงเวลาดังกล่าวทั้งสิ้น 142 ยี่ห้อ แบ่งเป็นน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 129 ยี่ห้อ และน้ำแข็ง 13 ยี่ห้อ ซึ่งน้ำบริโภคและน้ำแข็งแต่ละยี่ห้อตรวจวิเคราะห์ 3 ซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกคุณลักษณะตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ได้แก่ ยี่ห้อ ลักษณะภาชนะที่ใช้บรรจุ ลักษณะน้ำ สี กลิ่นของน้ำ และรายละเอียดบนฉลาก (ชื่อผู้ผลิต

สถานที่ผลิต เลขสารบบอาหารและกรรมวิธีในการฆ่าเชื้อ)

2) วัดค่าความเป็นกรด-ด่าง ด้วยเครื่อง pH meter

3) วิเคราะห์การปนเปื้อนทางด้านจุลชีววิทยาของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง โดยตรวจวัดปริมาณ Coliform bacteria, *E. coli*, *Staphylococcus aureus* และ *Salmonella* spp. ดังนี้

(1) วิเคราะห์ Coliform bacteria และ *E. coli* ใช้วิธีการ Most Probable Number (MPN technique) ตามวิธีใน APHA, AWWA, WEF (2012)²⁴

(2) วิเคราะห์ *Staphylococcus aureus* ใช้การ spread plate ตามวิธีใน APHA, AWWA, WEF (2012)²⁴

(3) วิเคราะห์ *Salmonella* spp. ตามวิธีการทดสอบ ISO:19250 (2010)²⁵

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ที่มีการผลิตและวางจำหน่ายในช่วงเวลาดังกล่าวในลักษณะพร้อมจำหน่ายและมีฉลากชัดเจนทั้งสิ้น 142 ยี่ห้อ แบ่งเป็นน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 129 ยี่ห้อ และน้ำแข็ง 13 ยี่ห้อ ซึ่งนำดื่มและน้ำแข็งแต่ละยี่ห้อตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างละ 3 ซ้ำ (จำนวนทั้งสิ้น 142 x 3 รวม 426 ตัวอย่าง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ และการวิเคราะห์การปนเปื้อนทางด้านจุลชีววิทยา น้ำบริโภคใช้เทียบกับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 61 (พ.ศ.2524) ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2534) ฉบับที่ 220 (พ.ศ.2544) ฉบับที่ 256 (พ.ศ.2545) ฉบับที่ 284 (พ.ศ.2547) และฉบับที่ 316 (พ.ศ.2553)

ส่วนน้ำแข็งใช้เทียบกับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 (พ.ศ.2527), ฉบับที่ 137 (พ.ศ.2534) ฉบับที่ 254 (พ.ศ.2545) และฉบับที่ 285 (พ.ศ.2547)

ผลการวิจัย

1. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม

คุณภาพของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 61 (พ.ศ.2524) ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2534) ฉบับที่ 220 (พ.ศ.2544) ฉบับที่ 256 (พ.ศ.2545) ฉบับที่ 284 (พ.ศ.2547) และฉบับที่ 316 (พ.ศ.2553) ในภาพรวมการประเมินพบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 86.05 โดยคุณสมบัติทางกายภาพและเคมีผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ภาชนะที่ใช้บรรจุน้ำบริโภคและรายละเอียดบนฉลากผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 95.35 และคุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 88.37 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 คุณลักษณะของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่วางจำหน่ายใน 13 อำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย มีจำนวน 129 ยี่ห้อ ได้มาจากอำเภอขนาดใหญ่ 84 ยี่ห้อ (ร้อยละ 65.11) อำเภอขนาดกลาง 20 ยี่ห้อ (ร้อยละ 15.51) และอำเภอขนาดเล็ก 25 ยี่ห้อ (ร้อยละ 19.38)

1.2 ภาชนะที่ใช้บรรจุน้ำบริโภค พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 โดยลักษณะบรรจุภัณฑ์ของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทร้อยละ 100 ทำจากพลาสติก แบ่งเป็น ขวดพลาสติกใส 350 มิลลิลิตร 3 ยี่ห้อ (ร้อยละ 2.33) ขวดพลาสติกใส 500 มิลลิลิตร 1 ยี่ห้อ (ร้อยละ 0.77) ขวดพลาสติกใส 600 มิลลิลิตร 55 ยี่ห้อ

(ร้อยละ 42.64) ขวดพลาสติกขาวขุ่น 600 มิลลิลิตร 1 ยี่ห้อ (ร้อยละ 0.77) ขวดพลาสติก 750 มิลลิลิตร 5 ยี่ห้อ (ร้อยละ 3.88) ขวดพลาสติก 800 มิลลิลิตร 6 ยี่ห้อ (ร้อยละ 4.65) ขวดพลาสติกสีฟ้าใส 920 มิลลิลิตร 1 ยี่ห้อ (ร้อยละ 0.77) ขวดพลาสติก 1.5 ลิตร 3 ยี่ห้อ (ร้อยละ 2.33) ถังพลาสติกฟ้าใส 18.9 ลิตร 41 ยี่ห้อ (ร้อยละ 31.78) และถังพลาสติกขาวขุ่น 20 ลิตร 13 ยี่ห้อ (ร้อยละ 10.08)

1.3 รายละเอียดบนฉลาก พบว่า (ก) ชื่อผู้ผลิต: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทระบุชื่อผู้ผลิต ร้อยละ 100 (ข) สถานที่ผลิต: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทระบุสถานที่ผลิต ร้อยละ 100 (ค) เลขสารบบอาหาร: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทไม่มีเครื่องหมาย อ.ย. 6 ยี่ห้อ (ร้อยละ 4.65) โดยเก็บตัวอย่างมาจากอำเภอขนาดใหญ่ 1 ยี่ห้อ (ร้อยละ 0.77) อำเภอขนาดกลาง 2 ยี่ห้อ (ร้อยละ 1.55) และอำเภอขนาดเล็ก 3 ยี่ห้อ (ร้อยละ 2.33) และ (ง) กรรมวิธีในการฆ่าเชื้อ: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทระบุการฆ่าเชื้อ ร้อยละ 100 แบ่งเป็นวิธีออสโมซิสผันกลับ (Reverse osmosis) ร้อยละ 72.81 และวิธีอัลตราไวโอเลต (Ultraviolet) ร้อยละ 27.19

1.4 คุณสมบัติทางกายภาพ พบว่า (ก) สี: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีสีไม่เกิน 20 ฮาเซนยูนิต ร้อยละ 100 (ข) กลิ่น: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทไม่มีกลิ่น ร้อยละ 100 (ค) ความขุ่น: น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีความใส ร้อยละ 100

1.5 คุณสมบัติทางเคมี พบว่าน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีความเป็นกรด-ด่าง อยู่ระหว่าง 6.5 ถึง 8.5 ร้อยละ 100

1.6 คุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ จากการวิเคราะห์คุณภาพทางจุลินทรีย์ของตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จำนวน 129 ยี่ห้อ (387 ตัวอย่าง) พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ร้อยละ 88.37 มีรายละเอียดดังนี้ (ก) Coliform bacteria: อยู่ในช่วงน้อยกว่า 1.1 ถึงมากกว่า 23 MPN/ 100 mL โดยพบ Coliform bacteria เกินค่ามาตรฐานในตัวอย่างน้ำบริโภคจำนวน 15 ยี่ห้อ (ร้อยละ 11.63) ซึ่งเก็บตัวอย่างมาจากอำเภอขนาดใหญ่ 7 ยี่ห้อ (ร้อยละ 5.43) อำเภอขนาดกลาง 2 ยี่ห้อ (ร้อยละ 1.55) และอำเภอขนาดเล็ก 6 ยี่ห้อ (ร้อยละ 4.65) (ข) *E. coli*: พบในตัวอย่างน้ำบริโภคจำนวน 1 ยี่ห้อ (ร้อยละ 0.77) ซึ่งเก็บตัวอย่างมาจากอำเภอขนาดใหญ่ (ค) ตัวอย่างน้ำบริโภคในการวิจัยนี้ตรวจไม่พบ *S. aureus* ร้อยละ 100 และ (ง) ตัวอย่างน้ำ บริโภคตรวจไม่พบ *Salmonella* spp. ร้อยละ 100 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ในน้ำบริโภคในขณะบรรจุที่ปิดสนิทที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามขนาดของอำเภอ (n = 129)

อำเภอ	จำนวน ยี่ห้อ	คุณภาพทางจุลินทรีย์					
		Coliform ¹		<i>E.coli</i> ²		<i>S. aureus</i> ³ และ <i>Salmonella</i> ⁴	
		ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)
ขนาดใหญ่	84	77 (91.67)	7(8.33)	83(98.81)	1(1.19)	84(100)	0(0)
L1	7	4 (4.76)	3 (3.57)	6 (7.14)	1 (1.19)	7 (8.33)	0 (0)
L2	22	21 (25)	1 (1.19)	22 (26.19)	0 (0)	22 (26.19)	0 (0)
L3	16	16 (19.05)	0 (0)	16 (19.05)	0 (0)	16 (19.05)	0 (0)
L4	19	19 (22.62)	0 (0)	19 (22.62)	0 (0)	19 (22.62)	0 (0)
L5	14	12 (14.29)	2 (2.38)	14 (16.67)	0 (0)	14 (16.67)	0 (0)
L6	6	5 (5.95)	1 (1.19)	6 (7.14)	0 (0)	6 (7.14)	0 (0)
ขนาดกลาง	20	18 (90)	2 (10)	20 (100)	0 (0)	20 (100)	0 (0)
M1	10	8 (40)	2 (10)	10 (50)	0 (0)	10 (50)	0 (0)
M2	10	10 (50)	0 (0)	10 (50)	0 (0)	10 (50)	0 (0)
ขนาดเล็ก	25	19 (76)	6 (24)	25 (100)	0 (0)	25 (100)	0 (0)
S1	3	3 (12)	0 (0)	3 (12)	0 (0)	3 (12)	0 (0)
S2	5	3 (12)	2 (8)	5 (20)	0 (0)	5 (20)	0 (0)
S3	4	4 (16)	0 (0)	4 (16)	0 (0)	4 (16)	0 (0)
S4	6	4 (16)	2 (8)	6 (24)	0 (0)	6 (24)	0 (0)
S5	7	5 (20)	2 (8)	7 (28)	0 (0)	7 (28)	0 (0)

อำเภอ	จำนวน ยี่ห่อ	คุณภาพทางจุลินทรีย์					
		Coliform ¹		E.coli ²		S. aureus ³ และ Salmonella ⁴	
		ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)
ภาพรวม	129	114 (88.37)	15 (11.63)	128 (99.23)	1 (0.77)	129 (100)	0 (0)

¹ ใช้วิธีการตาม APHA, AWWA, WEF (2012) โดยค่ามาตรฐานคือ <2.2 MPN/100 mL

² ใช้วิธีการตาม APHA, AWWA, WEF (2012) โดยค่ามาตรฐานคือ ต้องไม่พบ

³ ใช้วิธีการ APHA, AWWA, WEF (2012) โดยค่ามาตรฐานคือ ต้องไม่พบ

⁴ ใช้วิธีการ ISO 19250 (2010) โดยค่ามาตรฐานคือ ต้องไม่พบ

2. น้ำแข็งที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม

คุณภาพของน้ำแข็งที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 (พ.ศ.2527), ฉบับที่ 137 (พ.ศ.2534), ฉบับที่ 254 (พ.ศ.2545) และฉบับที่ 285 (พ.ศ.2547) ในภาพรวมการประเมินพบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 61.54 โดยคุณสมบัติทางกายภาพและเคมีผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ภาชนะที่ใช้บรรจุน้ำแข็งและรายละเอียดบนฉลากผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 61.54 และคุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 92.31 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 คุณลักษณะของน้ำแข็ง จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า น้ำแข็งที่วางจำหน่ายใน 13 อำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย มีจำนวน 13 ยี่ห่อ ได้มาจากอำเภอขนาดใหญ่ 9 ยี่ห่อ (ร้อยละ 69.23) อำเภอขนาดกลาง 3 ยี่ห่อ (ร้อยละ 23.08) และอำเภอขนาดเล็ก 1 ยี่ห่อ (ร้อยละ 7.69)

2.2 ภาชนะบรรจุที่ใช้บรรจุน้ำแข็ง พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 92.31 ลักษณะบรรจุภัณฑ์ของน้ำแข็ง ร้อยละ 100 บรรจุในถุงพลาสติก

แบ่งเป็นถุงพลาสติก ขนาด 1,000 กรัม 5 ยี่ห่อ (ร้อยละ 38.45) ขนาด 5,000 กรัม 1 ยี่ห่อ (ร้อยละ 7.70) ขนาด 6,000 กรัม (ถุงรัดด้วยยาง) 1 ยี่ห่อ (ร้อยละ 7.70) ขนาด 8,000 กรัม 1 ยี่ห่อ (ร้อยละ 7.70) และขนาด 10,000 กรัม 5 ยี่ห่อ (ร้อยละ 38.45)

2.3 รายละเอียดบนฉลาก พบว่า (ก) ชื่อผู้ผลิต: น้ำแข็ง ระบุชื่อผู้ผลิต ร้อยละ 100 (2) สถานที่ผลิต: น้ำแข็ง ระบุสถานที่ผลิต ร้อยละ 100 (3) เลขสารบบอาหาร: น้ำแข็ง ไม่มีเครื่องหมาย อ.ย. 4 ยี่ห่อ (ร้อยละ 30.77) โดยเก็บตัวอย่างมาจากอำเภอขนาดใหญ่ 1 ยี่ห่อ (ร้อยละ 7.70) และอำเภอขนาดกลาง 3 ยี่ห่อ (ร้อยละ 23.07)

2.4 คุณสมบัติทางกายภาพ พบว่า (ก) สี: น้ำแข็ง มีสีไม่เกิน 20 ฮาเซนยูนิต ร้อยละ 100 (ข) กลิ่น: น้ำแข็ง ไม่มีกลิ่น ร้อยละ 100 (ค) ความขุ่น: น้ำแข็ง ใส ร้อยละ 100

2.5 คุณสมบัติทางเคมี พบว่าน้ำแข็งมีความเป็นกรด-ด่าง อยู่ระหว่าง 6.5 ถึง 8.5 ร้อยละ 100

2.6 คุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ จากการวิเคราะห์คุณภาพทางจุลินทรีย์ของตัวอย่างน้ำแข็งจำนวน 13 ยี่ห่อ (39 ตัวอย่าง) พบว่า ผ่านเกณฑ์

มาตรฐานร้อยละ 92.31 มีรายละเอียดดังนี้ (ก) น้ำแข็งจำนวน 1 ยี่ห้อ (ร้อยละ 7.69) ซึ่งเก็บตัวอย่างมาจากอำเภอขนาดใหญ่ (ค) ตัวอย่างน้ำแข็งในการวิจัยนี้ตรวจไม่พบ *S. aureus* ร้อยละ 100 และ (ง) ตัวอย่างน้ำแข็งตรวจไม่พบ *Salmonella* spp. ร้อยละ 100 แสดงดังตารางที่ 2

Coliform bacteria: อยู่ในเข้่งน้อยกว่า 1.1 ถึง มากกว่า 23 MPN/ 100 mL โดยพบ Coliform bacteria เกินค่ามาตรฐานในตัวอย่างน้ำแข็งจำนวน 1 ยี่ห้อ (ร้อยละ 7.69) ซึ่งเก็บตัวอย่างมาจากอำเภอขนาดใหญ่ (ข) *E. coli*: พบในตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ในน้ำแข็งที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามขนาดของอำเภอ (n = 13)

อำเภอ	จำนวน ยี่ห้อ	คุณภาพทางจุลินทรีย์					
		Coliform ¹		<i>E.coli</i> ²		<i>S. aureus</i> ³ และ <i>Salmonella</i> ⁴	
		ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)
ขนาดใหญ่	9	8 (88.88)	1 (11.12)	8 (88.88)	1 (11.12)	9 (100)	0 (0)
L1	2	2 (22.22)	0 (0)	2 (22.22)	0 (0)	2 (22.22)	0 (0)
L2	2	2 (22.22)	0 (0)	2 (22.22)	0 (0)	2 (22.22)	0 (0)
L3	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
L4	2	2 (22.22)	0 (0)	2 (22.22)	0 (0)	2 (22.22)	0 (0)
L5	2	2 (22.22)	0 (0)	2 (22.22)	0 (0)	2 (22.22)	0 (0)
L6	1	0 (0)	1 (11.12)	0 (0)	1 (11.12)	1 (11.12)	0 (0)
ขนาดกลาง	3	3 (100)	0 (0)	3 (100)	0 (0)	3 (100)	0 (0)
M1	2	2 (66.67)	0 (0)	2 (66.67)	0 (0)	2 (66.67)	0 (0)
M2	1	1 (33.33)	0 (0)	1 (33.33)	0 (0)	1 (33.33)	0 (0)
ขนาดเล็ก	1	1 (100)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	0 (0)
S1	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
S2	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
S3	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
S4	1	1 (100)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	0 (0)
S5	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

อำเภอ	จำนวน ยี่ห่อ	คุณภาพทางจุลินทรีย์					
		Coliform ¹		E.coli ²		S. aureus ³ และ Salmonella ⁴	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ภาพรวม	13	12 (92.31)	1 (7.69)	12 (92.31)	1 (7.69)	13 (100)	0 (0)

¹ ใช้วิธีการตาม APHA, AWWA, WEF (2012) โดยค่ามาตรฐานคือ <2.2 MPN/100 mL

² ใช้วิธีการตาม APHA, AWWA, WEF (2012) โดยค่ามาตรฐานคือ ต้องไม่พบ

³ ใช้วิธีการ APHA, AWWA, WEF (2012) โดยค่ามาตรฐานคือ ต้องไม่พบ

⁴ ใช้วิธีการ ISO 19250 (2010) โดยค่ามาตรฐานคือ ต้องไม่พบ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการประเมินคุณภาพของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 142 ยี่ห่อ แบ่งเป็นน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 129 ยี่ห่อ และน้ำแข็ง 13 ยี่ห่อ ในครั้งนี้พบว่า ภาชนะที่ใส่บรรจุน้ำบริโภคผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 แต่รายละเอียดบนฉลากน้ำบริโภคพบว่าไม่มีเครื่องหมาย อ.ย. 6 ยี่ห่อ (ร้อยละ 4.65) โดยเก็บตัวอย่างมาจากอำเภอขนาดใหญ่ 1 ยี่ห่อ (ร้อยละ 0.77) อำเภอขนาดกลาง 2 ยี่ห่อ (ร้อยละ 1.55) และอำเภอขนาดเล็ก 3 ยี่ห่อ (ร้อยละ 2.33) คุณภาพทางจุลินทรีย์ของตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จำนวน 129 ยี่ห่อ (387 ตัวอย่าง) พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 88.37 คุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานทั้งทางกายภาพและจุลชีววิทยา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแหล่งน้ำดิบที่นำมาใช้ในกระบวนการผลิตน้ำเป็นน้ำประปาหรือน้ำบาดาลที่มีคุณภาพดี มีการฆ่าเชื้อโรคเหมาะต่อการอุปโภคบริโภค ซึ่งจะเห็นได้จากการสำรวจครั้งนี้พบน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุ

ที่ปิดสนิทระหว่างการฆ่าเชื้อร้อยละ 100 แบ่งเป็นวิธีออสโมซิสผันกลับร้อยละ 72.81 และวิธีอัลตราไวโอเลตร้อยละ 27.19 อย่างไรก็ตามอย่างไรยังคงมีการตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียเกินจากเกณฑ์มาตรฐานกำหนดแสดงถึงความสกปรกของน้ำ โดยพบ Coliform bacteria เกินค่ามาตรฐานในตัวอย่างน้ำบริโภคจำนวน 15 ยี่ห่อ (ร้อยละ 11.63) ซึ่งเก็บตัวอย่างมาจากอำเภอขนาดใหญ่ 7 ยี่ห่อ (ร้อยละ 5.43) อำเภอขนาดกลาง 2 ยี่ห่อ (ร้อยละ 1.55) และอำเภอขนาดเล็ก 6 ยี่ห่อ (ร้อยละ 4.65) และพบ E. coli ในตัวอย่างน้ำบริโภคจำนวน 1 ยี่ห่อ (ร้อยละ 0.77) ซึ่งเก็บตัวอย่างมาจากอำเภอขนาดใหญ่ ทั้งนี้ตัวอย่างน้ำบริโภคที่ไม่พบเครื่องหมาย อ.ย. 3 ยี่ห่อนั้น เป็นยี่ห่อที่พบ Coliform bacteria เกินค่ามาตรฐาน และหนึ่งในนั้นเป็นยี่ห่อที่ตรวจพบ E. coli ด้วยการตรวจพบ E. coli ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้การปนเปื้อนอุจจาระของมนุษย์และสัตว์เลื้อยคลาน สอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานการปนเปื้อนของ Coliform bacteria E. coli และ S. aureus พบทั้งในน้ำดื่ม ภาชนะบรรจุและถ้วยใส่น้ำ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่

ขนาดกลางและขนาดเล็กในจังหวัดมหาสารคาม^๑ ทั้งนี้การพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย อาจเกิดจากความสกปรกในสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การเกิดตะไคร่น้ำ คราบสกปรกของท่อจ่ายน้ำไส้กรอง เนื่องจากในกระบวนการผลิตน้ำดื่ม มักใช้น้ำประปาหรือน้ำบาดาลเป็นแหล่งน้ำดิบ โดยสูบน้ำดิบเข้าไปในระบบการกรองแบบออสโมซิสผกกลับ จากนั้นเก็บน้ำไว้ในถังพักน้ำกรองแล้วจึงใช้ปั๊มจ่ายและฆ่าเชื้อด้วยวิธีอัลตราไวโอเลต จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าบนฉลากของตัวอย่างน้ำบริโภคระบุเพียงวิธีใดวิธีหนึ่งเท่านั้น จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ตรวจพบทั้ง Coliform bacteria และ *E. coli* ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าบางสถานที่ผลิตได้มีการใช้สายยางร่วมในกระบวนการผลิตน้ำบริโภคด้วย จึงทำให้จุลินทรีย์จากสิ่งแวดล้อมมีโอกาสปนเปื้อนเข้าไปในน้ำบริโภคได้ง่าย

ในส่วนของน้ำแข็งพบว่า ภาชนะบรรจุที่ใสบรรจุน้ำแข็ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 92.31 โดยมี 1 ยี่ห้อที่บรรจุน้ำแข็งในถุงขนาด 6,000 กรัม ใช้ยางรัดปากถุง ซึ่งตัวอย่างน้ำแข็งยี่ห้อนี้พบค่าเฉลี่ยของ Coliform bacteria มากกว่า 23 MPN/ 100 mL (เกินค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้คือน้อยกว่า 2.2 MPN/ 100 mL) นอกจากนี้ตัวอย่างน้ำแข็งดังกล่าวยังตรวจพบ *E. coli* ด้วย มีความเป็นไปได้ว่ามีการปนเปื้อนของ Coliform bacteria และ *E. coli* จากกระบวนการผลิตน้ำแข็ง และ/หรือ กระบวนการบรรจุน้ำแข็งออกจำหน่าย และ/หรือ กระบวนการขนส่งไปจำหน่าย หรืออาจเกิดได้จากทั้ง 3 สาเหตุ

การตรวจพบแบคทีเรียที่ปนเปื้อนในอุจจาระ (เช่น *E. coli*) แสดงให้เห็นว่า ในกระบวนการผลิตน้ำบริโภคและน้ำแข็ง มีโอกาสในการเกิดการปนเปื้อนด้วยแบคทีเรียได้ จึงควรมีการเฝ้าระวังและสร้างความตระหนักให้กับผู้ประกอบการในการปรับปรุงวิธีการ กระบวนการผลิต และ/หรือการจัดหาแหล่งของน้ำดิบที่

ปลอดภัย สรุปได้ว่าคุณภาพของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ที่วางจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคามในการวิจัยนี้บางส่วนไม่ผ่านมาตรฐานทางจุลชีววิทยา ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องเพิ่มการเฝ้าระวังการผลิตน้ำบริโภคและน้ำแข็ง นอกจากนี้ ผู้จัดจำหน่าย ผู้ค้าปลีกและผู้บริโภคต้องให้ความสำคัญกับการตรวจสอบการรายงานและการปฏิเสธผลิตภัณฑ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะทำให้การบริโภคน้ำและน้ำแข็งของประชาชนมีความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Guidelines for drinking-water quality: volume 1: Recommendations, 2nd ed. World Health Organization; 1993.
2. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำสำหรับสาธารณสุขอำเภอ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2556.
3. กาญจนา นวลชื่น. การจัดการความเสี่ยงการปนเปื้อนเชื้อของน้ำบริโภคในโรงเรียนจังหวัดอ่างทอง. วารสารสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. 2561; 9(1) : 10-19.
4. กองนวัตกรรมและการวิจัย, กรมควบคุมโรค. แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2562-2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562.
5. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [Homepage on the Internet]. นนทบุรี: 2562. [cited 2019 Feb 12]. อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคน; Available from

- https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=Formatted/format_2.php&cat_id=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc&id=309e77ea6f4c09faa9bcbf75a8c9aee13
6. สุณิชา ชานวาทิก และคณะ. สถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพและความรู้เรื่องยาต้านจุลชีพ: ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561; 12(3): 420-436.
 7. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. [Homepage on the Internet]. นนทบุรี: 2562. [cited 2019 Feb 12]. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มบรรจุขวดและน้ำแข็งทั่วประเทศ. Available from http://www.dmsc.moph.go.th/dmscnew_old/news_detail.php?cid=1&id=1078
 8. ดาริวรรณ เศรษฐธรรม และเนตรนภา เจียรระม. สถานการณ์การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในน้ำดื่ม เครื่องดื่ม และภาชนะที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555; 5(3): 87-96.
 9. อนุพงศ์ เพ็ญศรี และ ปิยะดา วชิรวงศกร. คุณภาพทางจุลชีววิทยาของน้ำดื่มบรรจุขวดชาวชนที่ว่างจำหน่าย ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. The 4th Science Research Conference. 12-13 March 2012. Faculty of Science, Naresuan University.
 10. สุปันธิต นิมรัตน์ หทัยทิพย์ บรรเจิดจรัสเลิศ และวีรพงศ์ วุฒิพันธุ์ชัย. การประเมินคุณภาพของน้ำดื่มบรรจุขวดชนิดพลาสติกใสที่จำหน่ายในจังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2557; 33(5): 454-459.
 11. สุปันธิต นิมรัตน์ และวีรพงศ์ วุฒิพันธุ์ชัย. การตรวจสอบคุณภาพของน้ำดื่มบรรจุขวดที่จำหน่ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร มทร. อีสาน ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559; 9(3): 127-136.
 12. ปิยะนุช จงสมศรี จุรีย์ เจริญธีรบูรณ์ และ สุนีย์ เตชะอาภรณ์กุล. การสำรวจความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งบริโภคที่จำหน่ายในโรงอาหารและตลาดนัด มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์. วารสารไทยไผ่ซ้อชนิพนธ์. 2557; 9(1) : 14-23.
 13. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด, สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม. [Homepage on the Internet]. 2561. [cited 2019 Jan 22]. แผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคามพ.ศ. 2561 – 2565. Available from <http://www.mahasarakham.go.th/mkweb/images/yut/plan2-63.pdf>
 14. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 61). 98 ร.จ. 52 ตอนที่ 157 (ฉบับพิเศษ แผนกราชกิจจานุเบกษา); 2524.
 15. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 2) (ฉบับที่ 135). 107 ร.จ. 3041 ตอนที่ 61 (แผนกราชกิจจานุเบกษา); 2534.
 16. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 3) (ฉบับที่ 220). ราชกิจจานุเบกษาฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 118 ตอนพิเศษ 70ง; 2544.

- 17.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 4) (ฉบับที่ 256). ราชกิจจานุเบกษาฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 119 ตอนพิเศษ 54ง; 2545.
- 18.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 5) (ฉบับที่ 284). ราชกิจจานุเบกษาฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 122 ตอนพิเศษ 9ง; 2548.
- 19.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 6) (ฉบับที่ 316). ราชกิจจานุเบกษาฉบับประกาศและงานทั่วไป เล่ม 127 ตอนพิเศษ 667ง; 2553.
- 20.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 78). 101 ร.จ. 9 ตอนที่ 23 (ฉบับพิเศษ แผนกราชกิจจานุเบกษา); 2527.
- 21.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 2) (ฉบับที่ 137). 108 ร.จ. 4914 ตอนที่ 94 (ฉบับพิเศษ แผนกราชกิจจานุเบกษา); 2534.
- 22.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 3) (ฉบับที่ 254). ราชกิจจานุเบกษาฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 119 ตอนพิเศษ 54ง; 2545.
- 23.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 4) (ฉบับที่ 285). ราชกิจจานุเบกษาฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 122 ตอนพิเศษ 9ง; 2548.
- 24.APHA, AWWA, WEF. Standard Methods for examination of water and wastewater. 22nd ed. Washington: American Public Health Association, 1360 pp. 2012.
- 25.ISO STANDARD. Water quality-Detection of *Salmonella* spp. ISO 19250; 2010.

Received: 16 Dec 2019, Revised: 28 Feb 2020,

Accepted: 10 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ

ปริญญายอดสะเท็น^{1,*} สุมัทนา กลางคร² บัณฑิต วรรณประพันธ์³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ 78 คน และประชาชนทั่วไป 139 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติเชิงพรรณนา และ pair t-test พบว่า ร้านชำที่เข้ารับการประเมินการตรวจผลิตภัณฑ์ในร้านชำทั้งหมด 45 ร้าน พบการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ (ร้อยละ 60.0) อาหารผิดมาตรฐานในร้านชำประเด็นที่พบมากที่สุด คือไม่มี วัน เดือน ปี ที่หมดอายุ (ร้อยละ 80.0) รองลงมาไม่มีเลขสารบบอาหาร (อย.) (ร้อยละ 46.7) และไม่มี ชื่อ ที่อยู่ ผู้ผลิต (ร้อยละ 44.4) หลังการพัฒนากระบวนการ พบว่า ร้านชำพบการวางจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ (ร้อยละ 28.9) อาหารผิดมาตรฐานในร้านชำประเด็นที่พบมากที่สุด คือ ไม่มี วัน เดือน ปี ที่หมดอายุ (ร้อยละ 44.4) รองลงมาไม่มีเลขสารบบอาหาร (ร้อยละ 17.78) และจากการพัฒนากระบวนการพบว่า ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีการดำเนินงานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จากผลดังกล่าวเกิดแนวทางการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ 5 องค์ประกอบ คือ ทีมตรวจเยี่ยมเสริมพลังร้านชำ การเพิ่มความรู้เรื่องอาหารที่ได้มาตรฐาน การแจกสื่อ เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และการประเมินร้านชำจำหน่ายอาหารตามมาตรฐานโดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

คำสำคัญ: การพัฒนากระบวนการ เฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐาน ร้านชำ

¹ นิสิตหลักสูตร ส.ม. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

*Corresponding author: paritchaya199@gmail.com

*Original Article***Development of Food Standard Surveillance Process in Store****Paritchaya Yodsatern^{1,*}, Sumattana Glangkarn² and Bundit Wannaprapan³****Abstract**

The objective of this action research was to study the development of surveillance procedures for non-standardized food distribution in grocery stores of Ban Nong Na Subdistrict Health Promoting Hospital, Ban Dan District, Buriram Province. There were 2 target groups which were 3 sectors involved. Samples were 78 people including government, public and academic, and 139 general people. Data were collected by questionnaires, descriptive statistics, and pair t-test. It was found that the 45 grocery stores evaluated for products in the stores, there was no standardized food distribution in the grocery store (60.0 %). The most common non-standard food in the grocery store was the expiration date was shown (80.0 %). Next, there was no food serial number (FDA) (46.7 %) and there was no name and address of manufacturer (44.4 %). After the development of the process, non-standardized food was sold in the grocery store (28.9%). The grocery store did not show the expiration date 44.4%. There was no food serial number (17.78 %). From the process development, the people had more knowledge than before the development statistically significant ($p < 0.001$). There were more operations than before the development with statistical significance ($p < 0.001$). As a result, there were 5 ways to develop a non-standardized food distribution process which were visiting teams to strengthen the grocery store, increasing knowledge about standardized foods, distribute media, participation in all sectors, and evaluation of grocery stores according to the standards by the Consumer Protection Group.

Keywords: Development process, Food standard surveillance, Store

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

² Association Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Public Health Officer, The Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima

*Corresponding author: paritchaya199@gmail.com

บทนำ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเจริญเติบโตและการดำรงชีวิตของมนุษย์ หากได้รับประทานอาหารที่ไม่ปลอดภัย อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้ จากการเข้าถึงอาหารที่มีอย่างเพียงพอสำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ อาหารมีความปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสม ตามความต้องการ ตามวัยเพื่อการมีสุขภาพที่ดีนั้น แต่ด้วยความเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบัน ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านธรรมชาติสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดภาวะคุกคามซึ่งบั่นทอนความมั่นคงด้านอาหารของประเทศ¹ และมนุษย์ได้มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการผลิตอาหาร ทำให้อาหารมีความหลากหลายมากขึ้น ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค แต่มีปัญหาด้านความปลอดภัย ปัญหาผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ปลอดภัย ความไม่ปลอดภัยของอาหารเกิดขึ้นได้ทุกจุดในห่วงโซ่ หรือเส้นทางอาหาร ก่อนถึงผู้บริโภคเสี่ยงต่อความปลอดภัย เริ่มต้นตั้งแต่กระบวนการผลิตที่มีการใช้สารเคมีและสารพิษกันมากขึ้น การเก็บรักษาและการขนส่ง การแปรรูปอาหารที่ใช้สารเคมีเกินจากกฎหมายกำหนด² ซึ่งสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยของอาหารที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร แคนาดา และออสเตรเลีย มีการเรียกคืนผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยกลับคืนมากที่สุด คือ ผลากไม่ถูกต้อง จำนวน 333 รายการ (ร้อยละ 50.61) รองลงมา คือ อันตรายจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ จำนวน 211 รายการ (ร้อยละ 32.07) อันตรายจากกายภาพ 69 รายการ (ร้อยละ 10.49) และอันตรายจากสารเคมี 10 รายการ (ร้อยละ 1.51) กลุ่มอาหารที่มีการเรียกคืนมากที่สุด คือ กลุ่มอาหารพร้อมบริโภค³ ส่วนในประเทศไทยยังพบว่าเป็นปัญหาที่พบได้อย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงานการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาด 3 ปีย้อนหลัง

พบว่า ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพได้คุณภาพ ปี 2557 - 2559 คือ ร้อยละ 95.39, 96.08 และ 88.98 ตามลำดับ ผลากผลิตภัณฑ์ถูกต้อง ปี 2557 - 2559 คือ ร้อยละ 93.81, 94.91 และ 97.72 ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวยังพบประเด็นปัญหาผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ผลากผลิตภัณฑ์ ร้อยละ 90 โฆษณาผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการได้มาตรฐานร้อยละ 88.51 ยังต่ำกว่าตัวชี้วัดบูรณาการของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 ร้อยละ 95⁴

สถานการณ์การเฝ้าระวังสถานประกอบการจำหน่ายอาหารในร้านชำตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 พบว่า การจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานยังเป็นปัญหาในพื้นที่และมีแนวโน้มสูงอยู่ทุกปี โดยพบการกระทำผิด ร้อยละ 41.02, 38.09, 51.11 และ 24.44 ในปี 2558, 2559, 2560 และ 2561 ตามลำดับ ส่วนการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำมีบ้างประปราย และไม่พบการจำหน่ายเครื่องสำอางผิดมาตรฐานในพื้นที่ ซึ่งผู้ประกอบการร้านชำส่วนใหญ่จำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในประเด็น จำหน่ายขนมเด็กไม่มีฉลากที่ถูกต้อง เช่น โดนัท แขนวิช ขนมปัง แคบหมู ไม่มีฉลากแสดงเครื่องหมาย อย. ไม่พบวันหมดอายุ และวันเดือนปีที่ผลิต เป็นต้น⁵ ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ซึ่งเป็นเกณฑ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายละเอียดดังนี้ เกณฑ์ที่ 1 การรวบรวม และจัดทำฐานข้อมูลที่สำคัญในพื้นที่ชุมชน เช่น สถานที่จำหน่าย สถานที่ผลิต ร้านค้า รถเร่ ตลาดนัด ตลาดคลองถม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบ และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนพบสถานที่ผลิตอาหาร จำนวน 1 แห่ง ร้านชำและร้านแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 45 แห่ง เกณฑ์ที่ 2 ตรวจสอบผลาก การ

แสดงสรรพคุณบนฉลาก ลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ (สี และกลิ่น) ตลอดจนความเหมาะสมของบรรจุภัณฑ์ และการเก็บรักษา พบว่า การตรวจสอบฉลาก และการแสดงสรรพคุณบนฉลาก ตรวจพบ จำนวน 45 ร้าน ไม่ผ่าน จำนวน 14 ร้าน เกณฑ์ที่ 3 การเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีข้อความบ่งบอกถึงความโอ้อวดเกินจริง และอาจเกิดอันตราย ตามเคเบิลทีวี วิทยูชุมชน โบว์ชัว พบว่าการตรวจระวังการโฆษณาวิทยูชุมชน จำนวน 2 รายการ ผ่านจำนวน 1 รายการ และเกณฑ์ที่ 4 การเพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพในเรื่องการเลือกซื้อ เลือกบริโภคที่ถูกต้อง ตลอดจนการจัดการกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ให้แก่ กลุ่ม อสม. ครู/นักเรียน หรือกลุ่มเยาวชนที่มีส่วนร่วมในการกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย. น้อย) กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน และผู้นำชุมชน พบว่า จัดกิจกรรม 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมอบรมคุ้มครองผู้บริโภค⁶

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานร้านค้า เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านโภชนาการสุขภาพ และโรคภัยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้รูปแบบการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีกระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ เพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนและผู้ประกอบการจำหน่ายอาหาร รวมถึงภาคส่วนต่าง ๆ ให้มีการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานที่มีประสิทธิภาพ จำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบวงรอบ มีรูปแบบการวิจัยแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ตามวงจร PAOR ดังนี้ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflecting) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁷

กลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน โรงเรียน ภาคประชาชน ได้แก่ เจ้าของร้านค้าหรือตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาควิชาการ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 78 คน และประชาชนทั่วไป 139 คน คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อหาค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร⁸

เครื่องมือ แผนปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในชุมชนแบบประเมินตรวจอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ ซึ่งเป็นแบบประเมินจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ และแบบสัมภาษณ์ เรื่อง “การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ”

คุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ได้ค่า IOC ในส่วนความรู้มีค่าเท่ากับ 0.645 ซึ่งในรายชื่อของข้อคำถามด้านความรู้ ในส่วนข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total

Correlation ข้อที่ 11,15, และ 16 ไม่สามารถตัดข้อคำถามตรงกับเนื้อหาและโครงสร้างของวัตถุประสงค์งานวิจัย และในส่วนของพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.694 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำและทดลองใช้ (Try Out) ในพื้นที่เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามป้อม ตำบลปราสาท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ สถิติเชิงพรรณนา เช่น ตารางแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน คือ pair t-test วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ออกหนังสือใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 084/2562 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2562 และสามารถใช้ได้ถึงวันที่ 21 พฤษภาคม 2563

ผลการศึกษา

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ โดยสามารถสรุปเป็นขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ศึกษาบริบทพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัยขั้น

บริบทและลักษณะทั่วไปชุมชน ตำบลโนนขวาง มีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 9 หมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ปลูกข้าว อ้อย มันสำปะหลัง และยางพารา ประชากรในหมู่บ้านนับถือศาสนาพุทธ ประชากร

ส่วนใหญ่ใช้เป็นภาษาท้องถิ่น ได้แก่ ภาษาส่วยและไทยอีสาน (ลาว) แหล่งซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค คือ ตลาดคลองถมทุกวันพุธ และวันเสาร์ แหล่งซื้อของคือ ตลาดสดตลาดสด อำเภอเสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ตลาดคลองถมตบกระเบื้องขายทุกวัน แหล่งซื้อของตลาดคลองถมตำบลตูมใหญ่ขายวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และตลาดคลองถมเทศบาลตำบลบ้านด่าน

ด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ได้ดำเนินการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารผิดมาตรฐาน ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและยา มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในร้านชำ ในชุมชนที่ผ่านมาจะเน้นไปที่การติดตามตรวจสอบเมื่อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ร้านชำนำมาจำหน่าย เช่น ผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง ซึ่งเป็นการดำเนินการและติดตามการตรวจการเฝ้าระวังความปลอดภัยให้กับประชาชน เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการบริโภค และเฝ้าระวังโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ด้านศักยภาพผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ การเลือกใช้ และรู้สิทธิของตนเองในการบริโภค ซึ่งผลการตรวจร้านชำในชุมชน⁹ พบว่า ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา มีร้านชำมีจำนวนทั้งหมด 45 ร้าน แผงลอยจำหน่ายอาหาร (ร้านก๋วยเตี๋ยว) มีจำนวนทั้งหมด 10 ร้าน ร้านเสริมสวยมีจำนวนทั้งหมด 3 ร้าน และสถานที่ผลิตอาหารบรรจุภัณฑ์ผ่าน (Good Manufacturing Practice: GMP) 1 แห่ง ปัญหาด้านการจำหน่ายอาหาร พบว่ามีการจำหน่ายอาหารที่ไม่มีฉลากที่ถูกต้อง ไม่เลขสารระบบอาหารและยา (อย.) ไม่แสดงวันเดือนปีที่ผลิต วันหมดอายุ ไม่มีฉลากบ่งบอกชื่อชนิดของอาหาร

แต่งตั้งคณะทำงาน/คณะกรรมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ออกแบบการประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบหลักงานคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา โดยได้เชิญ

กลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหาร ผิดมาตรฐานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 7 คน ผู้อำนวยการโรงเรียนและครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 8 คนเจ้าของร้านชำหรือตัวแทน จำนวน 45 คน ประธานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านสาขาคุ้มครอง ผู้บริโภค จำนวน 14 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน คุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 78 คน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ได้ร่วมกันจัดทำแผนงาน โครงการด้านการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในชุมชน ซึ่งมีทั้งสิ้น 3 โครงการ รายละเอียด ดังนี้

1) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ ให้ความรู้เกี่ยวกับบรรยาย เรื่อง การคุ้มครองผู้บริโภค ผู้บริโภคปลอดภัย โดยมีผู้ประกอบการหรือตัวแทนร้านชำ เข้าร่วมรับฟังบรรยาย ทำให้ผู้ประกอบการร้านชำ และประชาชน ได้รับความรู้ในการคุ้มครองตัวเอง เช่น รู้จักเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร

2) โครงการคุ้มครองผู้บริโภค บริโภคอาหารปลอดภัยได้ด้วย “ฉลากอาหาร” ให้ความรู้เกี่ยวกับบรรยาย เรื่อง บริโภคอาหารปลอดภัยได้ด้วย “ฉลากอาหาร” โดยมีประชาชนเข้าร่วมรับฟังบรรยาย ทำให้ประชาชน ได้รับความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคและสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย วิธีการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปพร้อมรับประทาน สังเกตฉลากที่ถูกต้อง

ประกอบด้วย ชื่อ ที่ตั้งสถานที่ผลิต วันหมดอายุ เครื่องหมาย อย.

3) โครงการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน ปลอดภัย ฉลาดเลือก ฉลาดซื้อ โดยมีครูอนามัยโรงเรียนหรือตัวแทน และนักเรียนในเขตรับผิดชอบ เข้าร่วมรับฟังบรรยายและกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ครู และนักเรียน ได้รับความรู้ วิธีการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปพร้อมรับประทาน ช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้และเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารรู้จักฉลากโภชนาการช่วยให้เลือกอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองได้ รู้วิธีการตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์จากช่องทางการสืบค้นข้อมูลออนไลน์ได้

ขั้นตอนที่ 3 สังเกต (Observation)

ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในด้านการเฝ้าระวังอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ ออกเยี่ยมติดตามและการให้คำแนะนำพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา และเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ ได้ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร

ข้อมูลคุณลักษณะประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.6 และเพศชาย ร้อยละ 37.4 มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 62 รองลงมาอายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 25.2 และอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 19.4 อายุเฉลี่ย 45.5 อายุน้อยสุด 18 ปีและอายุมากที่สุด 67 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานภาพคู่ร้อยละ 75.5 รองลงมาหม้าย/หย่า/แยกร้อยละ 14.4 และโสดร้อยละ 10.1 ระดับการศึกษาประชาชนส่วนใหญ่จบประถมศึกษาร้อยละ 59.7 รองลงมามัธยมศึกษา ร้อยละ 18.7 และมีมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 16.7 อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

ร้อยละ 52.5 รองลงมารับจ้างร้อยละ 34.7 และค้าขายร้อยละ 9.4 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 33.1 รองลงมาเดือนละ 3,000 – 5,999 บาท ร้อยละ 28.8 และเดือนละ 6,000 – 8,999 บาท รายได้เฉลี่ย 5,146.7 บาท รายได้สูงสุด 12,000.0 บาท

2) ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านค้า

ด้านสิทธิผู้บริโภค ความรู้ถูกต้องมากที่สุดก่อนการและหลังการพัฒนา คือ เป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้บริโภคที่จะได้รับสินค้าหรือบริการที่ปลอดภัย ร้อยละ 99.3 และร้อยละ 100 ตามลำดับ ในส่วนความรู้ถูกต้องน้อยที่สุดก่อนและหลังการพัฒนา คือ เมื่อได้รับอันตรายหรือความเสียหายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์มีสิทธิเรียกร้องค่าชดเชยหรือค่าเสียหายจากผู้ขายหรือผู้ผลิตไม่ได้ ร้อยละ 27.3 และ ร้อยละ 84.9 ตามลำดับ

ด้านกฎหมาย ความรู้ถูกต้องมากที่สุดก่อนการและหลังการพัฒนา คือ พนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐสามารถยึดหรืออายัดอาหารผิดมาตรฐานไม่มี อย. ได้ร้อยละ 74.8 และร้อยละ 95.7 ตามลำดับ ในส่วนความรู้ถูกต้องน้อยที่สุดก่อนการพัฒนา คือ การจัดตั้งสถานที่ผลิตอาหาร สามารถจัดตั้งได้ตามความต้องการโดยไม่ต้องขออนุญาต ร้อยละ 11.5 และหลังพัฒนาความรู้ถูกต้องน้อยที่สุด คือ ในการควบคุมอาหารตามกฎหมายมีการควบคุมตั้งแต่ขั้นตอนการผลิต การนำเข้า แต่ไม่รวมถึงการจำหน่าย ร้อยละ 71.2

ด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ความรู้ถูกต้องมากที่สุดก่อนการและหลังการพัฒนา คือ ผลากโภชนาการ (GDA) มีประโยชน์เพื่อทำให้ผู้บริโภคเลือกรับประทานที่เหมาะสมได้ ร้อยละ 92.1 และร้อยละ 97.1 ตามลำดับ ในส่วนความรู้ถูกต้องน้อยที่สุดก่อนและหลังการพัฒนา คือ อาหารผิด

มาตรฐาน ไม่บริสุทธิ์ อาหารปลอม ได้แก่ อาหารที่มีสิ่งซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพเจ็บป่วย ร้อยละ 69.1 และ 89.2 ตามลำดับ

ด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านค้า ความรู้ถูกต้องมากที่สุดก่อนการพัฒนา คือ การเลือกซื้ออาหารนอกจากดูสัญลักษณ์ที่มี อย. กำหนดบนฉลากแล้วควรพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ บนฉลากประกอบด้วย อาทิ ชื่อและประเภทผลิตภัณฑ์ วันเดือนปีที่ผลิต/หมดอายุ ปริมาณสุทธิ สถานที่ผลิตส่วนประกอบวิธีใช้ ค่าเตือน ร้อยละ 100 และหลังการพัฒนาความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ อาหารใส่ภาชนะบรรจุเสร็จหมดอายุดูจากฉลากบนผลิตภัณฑ์ “EXP” หรือ “ควรบริโภคก่อน” ร้อยละ 98.6 ในส่วนความรู้ถูกต้องน้อยที่สุดก่อนการพัฒนา คือ อาหารบรรจุในภาชนะไม่จำเป็นต้องมีฉลากกำกับก็ได้ ร้อยละ 16.5 และหลังการพัฒนาความรู้ถูกต้องน้อยที่สุด คือ อาหารบรรจุในภาชนะบรรจุเสร็จที่ขายในชนบทไม่ต้องมีเครื่องหมาย อย. เหมือนอาหารที่ขายในเมือง ร้อยละ 82.7

3) ข้อมูลด้านการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านค้า

ด้านประเมินความเสี่ยง ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง (Mean 1.95, SD 0.45) โดยมีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ในชุมชนมีการออกตรวจร้านค้าหรือไม่ ร้อยละ 54.0 ส่วนการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ มีการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา ร้อยละ 13.7 ส่วนหลังการพัฒนามีระดับการดำเนินงานสูง (Mean 2.35, SD 0.33) โดยมีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ในชุมชนมีการออกตรวจร้านค้าหรือไม่ ร้อยละ 83.5 โดยมีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ มีการกำหนดแนวทางการแก้ไข (แผนงาน) ในการดำเนินการ ร้อยละ 20.9

ด้านสื่อสารความเสี่ยง ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 2.01, SD 0.58) โดยมีการปฏิบัติมากที่สุด

คือ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้องร้อยละ 36.7 โดยมีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ประชาชนเป็นผู้รวบรวมข้อมูลปัญหาการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำเพื่อนำไปแก้ไข ปัญหา ร้อยละ 25.2 ส่วนหลังการพัฒนามีระดับการดำเนินงานสูง (Mean 2.01, SD 0.58) โดยมีการปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้อง ร้อยละ 49.6 โดยมีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ประชาชนเป็นผู้รวบรวมข้อมูลปัญหาการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำเพื่อนำไปแก้ไข ปัญหา ร้อยละ 30.2

ด้านการจัดการความเสี่ยง ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.94, SD = 0.60) โดยมีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ประชาชนได้ร่วมการสำรวจปัญหาการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำในตำบลหลังการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ ร้อยละ 25.2 โดยมีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ประชาชนได้ร่วมสรุปบทเรียนหลังการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ ร้อยละ 26.6 ส่วนหลังการพัฒนามีระดับการดำเนินงานปานกลาง (Mean 1.94, SD 0.60) โดยมีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ประชาชนได้เข้าร่วมในทีมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ร้อยละ 36.0 โดยมีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ประชาชนได้ร่วมการสำรวจปัญหาการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำในตำบลหลังการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ ร้อยละ 25.2

4) ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะทั่วไปเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐาน

4.1) ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบออกตรวจร้านชำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ร้านชำลดการ

จำหน่ายอาหารผิดมาตรฐาน แต่ยังพบการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานอยู่

4.2) อยากให้ผู้ประกอบการนำอาหารที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน อย. มาจำหน่าย มีจัดวางอาหารให้เป็นหมวดหมู่ แยกประเภท มีฉลากบนผลิตภัณฑ์อาหาร และมี อย.กำกับ

4.3) มีรถเร่มาขอฝากขาย อาหารไม่มี อย. ไม่มีฉลากแสดง บางร้านยังนำอาหารที่ไม่มี อย. มาจำหน่าย บางร้านยังไม่เข้าใจว่าอาหารได้มาตรฐานผ่าน อย. อย่างไร การใช้กฎหมายที่ไม่เคร่งครัด ขาดการร่วมมือจากผู้ประกอบการในการใส่ใจคุณภาพชีวิตของผู้บริโภค

4.4) ต้องการให้ทุกภาคส่วน ควรช่วยกัน แก้ไขปัญหาร่วมกัน จัดทีมออกตรวจเยี่ยมร้านชำเป็นประจำอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง และให้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านชำเป็นประจำทุกปี

5) ข้อมูลแบบประเมินการตรวจอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ

การประเมินการตรวจอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 45 ร้าน ดำเนินการร่วมตรวจสถานที่และผลิตภัณฑ์ โดยเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลโนนขวางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้านสาขาคุ่มครองผู้บริโภค วัตถุประสงค์เพื่อเป็นการประเมินการตรวจสถานที่และผลิตภัณฑ์ โดยดำเนินการประเมินทั้งหมด 2 รอบ คือ ก่อนการพัฒนากระบวนการและหลังการพัฒนากระบวนการ ผลการประเมิน พบว่า ร้านชำที่เข้ารับการประเมินการตรวจสถานที่และผลิตภัณฑ์ในร้านชำทั้งหมด 45 ร้าน พบการวางจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ 27 ร้าน ร้อยละ 60.0 อาหารผิดมาตรฐานในร้านชำเมื่อแยกเป็นรายข้อที่

พบมากที่สุด คือไม่มี วัน เดือน ปี ที่หมดอายุ ร้อยละ 80.0 รองลงมาไม่มีเลขสารบบอาหาร (อย.) ร้อยละ 46.7 และไม่มี ชื่อ ที่อยู่ ผู้ผลิต ร้อยละ 44.4 ในส่วนหลังการพัฒนาระบบการ ผลการ ประเมิน พบว่า ร้านพบการวางจำหน่ายอาหารผิด มาตรฐานในร้านชำ 13 ร้าน ร้อยละ 28.9 อาหาร ผิดมาตรฐานในร้านชำเมื่อแยกเป็นรายข้อที่พบ มากที่สุด คือ ไม่มี วัน เดือน ปี ที่หมดอายุ ร้อยละ 44.4 รองลงมา ไม่มีเลขสารบบอาหารกับไม่มี ชื่อ ที่อยู่ ผู้ผลิต ร้อยละ 17.78

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflection)
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน ผู้วิจัยและ ทีมผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา กระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิด มาตรฐานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านหนองนา ได้ร่วมกันถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินการพัฒนา กระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิด มาตรฐานในร้านชำสามารถสรุปปัจจัยแห่ง ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ ประกอบด้วยกระบวนการ PAOR จำนวน 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การศึกษาบริบทในด้านการ จำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ 2) จัด ประชุม ติดตาม สนับสนุนการให้คำแนะนำการ ดำเนินงานกระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่าย อาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ 3) วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการดำเนินงาน 4) การปฏิบัติตามแผน ที่ได้วางไว้ 5) ตรวจสอบ ติดตาม สนับสนุน ให้ คำแนะนำและใช้แบบประเมินร้านชำจำหน่าย อาหารตามมาตรฐาน 6) ร่วมกันถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน

ปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาระบบการ เฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ

- 1) จัดตั้งทีมประเมิน ตรวจเยี่ยมร้านชำ และเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐาน โดย ทีมประเมินประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหาร ส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข
- 2) ให้ความรู้ในเรื่องอาหารที่ได้ มาตรฐาน แก่ ประชาชน และร้านชำ เป็นประจำ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
- 3) แจกสื่อประชาสัมพันธ์ด้านการ คัดกรองผู้บริโภค เรื่อง ผลากผลิตภัณฑ์ อาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- 4) มีการสนับสนุนให้ เกิดการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนโดยทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ออกตรวจ เยี่ยมร้านชำร่วมกัน
- 5) ให้คำแนะนำและใช้แบบประเมินร้าน ชำจำหน่ายอาหารตามมาตรฐาน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการใน เรื่องการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่าย อาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ ในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ ดังนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่สามารถ จำหน่ายได้ในร้านชำของประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองนา หลังการพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับ อาหารที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านชำอยู่ใน ระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ หลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจาก ในกระบวนการวิจัยมีกิจกรรมอบรมโครงการ คัดกรองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ

แก่ผู้ประกอบการหรือตัวแทนร้านค้าและประชาชน มีหัวข้อการให้ความรู้เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้บริโภคปลอดภัยซึ่งเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้บริโภคพึงได้รับส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ในด้านกฎหมาย หลังการพัฒนามีความรู้ถูกต้องมากที่สุด พนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐสามารถยึดหรืออายัดอาหารผิดมาตรฐานไม่มี อย. ร้อยละ 95.7 เนื่องจาก กระบวนการวิจัยมีกิจกรรมอบรมโครงการคุ้มครองผู้บริโภค แก่ประชาชนมีหัวข้อการให้ความรู้ในเรื่องข้อกำหนดของกฎหมายและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นอย่างไร ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ในด้านนี้ด้านผลิตภัณฑ์อาหารหลังการพัฒนามีความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ ฉลากโภชนาการ (GDA) มีประโยชน์เพื่อทำให้ผู้บริโภคเลือกรับประทานที่เหมาะสมได้ ร้อยละ 97.1 เนื่องจาก กระบวนการวิจัยมีกิจกรรมอบรมการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน ปลอดภัย ฉลาดเลือก ฉลาดซื้อ ในหัวข้อเรื่อง ฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ในด้านนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพล ภูบุย¹ ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในตลาดชุมชน ตำบลโพธิ์ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับความรู้และพฤติกรรมด้านอาหารปลอดภัยของอาสาสมัครที่ได้เข้าร่วมโครงการคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และพฤติกรรมของอาหารปลอดภัย มากกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เกิดจากกลุ่มอาสาสมัคร ได้รับความรู้จากการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการใช้กระบวนการ (AIC) เป็นผลทำให้กลุ่มอาสาสมัครเกิดทักษะพร้อมกับมีความรู้ที่สูงขึ้น¹⁰

2) ด้านการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานของประชาชนในการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในเขตตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ หลังการพัฒนากระบวนการภาพรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานก่อนและหลังการดำเนินงานของประชาชน พบว่า หลังการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำมีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพบว่า หลังการพัฒนามีการดำเนินงานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพล ภูบุย¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในตลาดชุมชน ตำบลโพธิ์ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับความรู้และพฤติกรรมด้านอาหารปลอดภัยของอาสาสมัครที่ได้เข้าร่วมโครงการคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และพฤติกรรมของอาหารปลอดภัย มากกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

3) การประเมินการตรวจอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำหลังการพัฒนาระบบการผลการประเมิน พบการวางจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ จำนวน 13 ร้าน ซึ่งลดลงกว่าก่อนการพัฒนา จาก 27 ร้าน เนื่องจากในกระบวนการวิจัยมีกิจกรรมโครงการที่ช่วยพัฒนาความรู้ของเจ้าของร้านชำให้เลือกสินค้าที่ได้มาตรฐานมาวางจำหน่ายในร้านตนเอง ทั้งกระบวนการมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ปัญหาการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานในร้านชำ และหาแนวทางแก้ไขปัญหา และเข้าอบรมโครงการ ได้แก่ โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ และโครงการคุ้มครองผู้บริโภค บริโภคอาหารปลอดภัยได้ด้วย “ฉลากอาหาร” ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ประกอบการเกิดความตระหนักมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ควรมีการจัดตั้งทีม หรือพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง รวดเร็ว การโฆษณา ในชุมชน และเน้นจัดองค์ความรู้ให้กับร้านชำเป็นประจำ เพื่อเสริมพลัง

หรือกระตุ้นให้เห็นความสำคัญในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ต่างให้มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้บริโภค

2) ควรมีการพัฒนาความรู้ทักษะและมีเทคนิคในการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารให้เกิดความสม่ำเสมอให้กับกลุ่มแกน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน นักเรียน

3) จัดให้มีช่องทางติดต่อออนไลน์ เพื่อส่งข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์

4) ควรประเมินความรู้ผู้ประกอบการร้านค้าในเรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ เพื่อให้ทราบว่ามีผลต่อกระบวนการพัฒนาหรือไม่

5) ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ดำเนินการเฝ้าระวังการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐานและพื้นที่ไม่ดำเนินการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ และภาคีเครือข่ายในชุมชนทุกท่าน รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความร่วมมือในการใช้พื้นที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลและให้ความกรุณาในการตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น และตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

2. วิชัย พลสะท้อน. การจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ A - I - C ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารและยาของแกนนำ ครอบครัว อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
3. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการเรียกคืนผลิตภัณฑ์อาหารของประเทศต่างๆ ประจำปีงบประมาณ 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2561.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา. แบบบันทึกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ปี 2561. อำเภอบ้านด่าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนา; 2561.
6. คณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. แนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี: อุษาการพิมพ์ 2563.
7. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.

8. สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ครั้งที่ 6). มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ – สารคาม เปเปอร์; 2553.
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านด่าน. สถานการณ์การเฝ้าระวังสถานประกอบการ จำหน่ายผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพในร้านชำ อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี 2556 – 2560. อำเภอบ้านด่าน; 2560.
10. เอกชัย งามแสง. ผลของการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการพัฒนาตลาดสดให้ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานอาหารปลอดภัย. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550
11. ศิริพล ญูปุย. การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยใน ตลาดชุมชน ตำบลโพน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.

Received: 7 May 2020, Revised: 22 Jun 2020,

Accepted: 26 Jun 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ภัทรพงศ์ ชูเศษ^{1,*} นภาพรไพ สาระ¹ อรุณา ทางดี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้วยวิธีแบบผสมผสาน (mixed methods) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 563 แห่ง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากพื้นที่ต้นแบบที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องและเหมาะสมสำหรับการเรียนรู้ จำนวน 2 แห่ง ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากการศึกษา มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อเนื่องผ่านกลไกคณะกรรมการอำเภออนามัย การเจริญพันธุ์และ พชอ. ร้อยละ 96.2 มีกิจกรรมที่ทำต่อเนื่อง คือ คลินิกวัยรุ่น ร้อยละ 50.1 รองลงมาคือ การรณรงค์ การอบรมให้ความรู้ หน่วยงานหลักที่ดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ร้อยละ 61.3 และ 55.4 มี พชอ. ให้มีความสำคัญในประเด็นวัยรุ่นเป็นลำดับแรก ร้อยละ 41.0 ซึ่งความต่อเนื่องและประสิทธิผลของการดำเนินงานเกิดจาก 1) มีเจ้าหน้าที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มขับเคลื่อน 2) การเห็นความสำคัญของปัญหาในพื้นที่และการหนุนเสริมจากภายนอก 3) มีระบบการดำเนินงานที่ลงตัวในระบบการทำงานปกติ 4) สัมพันธภาพของภาคีเครือข่าย และ 5) การจัดทำข้อมูลในการกำกับติดตาม มีข้อเสนอแนะ สสอ. เป็นหน่วยถ่ายทอดนโยบายและประสานงานเพื่อการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ รพ. มีการจัดระบบบริการที่เข้าถึงได้ง่าย โรงเรียน บูรณาการลงในหลักสูตร การจัดกิจกรรมของโรงเรียน การสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยเหลือเด็ก การให้ความสำคัญของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก เข้าถึงวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง การพัฒนาสภาเด็กและเยาวชนให้เข้มแข็ง การจัดพื้นที่สร้างสรรค์ให้วัยรุ่น

คำสำคัญ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

¹ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

* Corresponding author: phattharapong.ch@gmail.com

*Original Article***A Study of Preventive Implementation and Probing the Teenage Pregnancy Problems of District Health Board (DHB)**Phattharapong Chooset^{1,*}, Nadapapai Sara¹, Onuma Tangdee¹**Abstract**

The study aimed to the prevention and solution of teenage pregnancy by mechanism of the District Health Board (DHB). This mixed methods study was applied. Quantitative data was collected from 563 representatives for DHB and was analyzed by descriptive statistic. Qualitative data was also collected from 2 pilot areas where the projects have been continuously operated and are suitable for learning site. Content analysis was used for qualitative data analysis. As a result, there were continuous preventions and solution operations in teenage pregnancy by Reproductive Health District and mechanism of the DHB 96.2 percent. There were continuous activities such as Youth Friendly Health Services (YFHS) 50.1 percent followed by launching campaigns and trainings. The main Government agencies that operated were hospital 61.3 percent and District Public Health Office 55.4 percent. DHB has identified teen issues as first priority 41.0 percent. The continuous and effectiveness of the operations caused by 1) Staff awareness 2) Realize the importance of the problems and get external support 3) Systematic operation during routine work 4) Relationship among stakeholders and 5) Availability of data for monitoring. Observations from this study have suggestive points as follow, District Public Health Office is an organization relay the policy and coordinate with stakeholders. Hospital have easily accessible management system. Schools have integrated sex education in the curriculum and school's activities to immunize and assist children as well as school's administrator vision. Sub-district Health promoting Hospitals (SHPH) are responsive and proactive to get access to teenagers, family and community. Local Administrative Organization has continuously provided funding for Children and Youth Council development as well as creative space for teenagers.

Keyword: Teenage pregnancy, District Health Board (DHB), Reproductive Health District¹ Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health

* Corresponding author: phattharapong.ch@gmail.com

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี และอายุ 15 - 19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ปี 2559 - 2573 อ้างในสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560¹ สำหรับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี เพิ่มขึ้นจาก 0.7 ในปี 2546 เป็น 1.8 ในปี 2555 และมีแนวโน้มลดลงเป็น 1.2 ในปี 2561 อัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 39.2 ในปี 2546 เป็น 53.4 ในปี 2554 และมีแนวโน้มลดลงเป็น 35.0 ในปี 2561² ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหลายมิติทั้งผลกระทบทางสุขภาพ เช่น ความเสี่ยงต่อสุขภาพเด็กแรกเกิด การทำแท้งและการทอดทิ้งทารก ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ผลกระทบต่อการศึกษา ผลกระทบต่อครอบครัวและอาชีพ และผลกระทบด้านเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้³

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและผลกระทบที่เกิดขึ้น ผสมกับความซับซ้อนของปัญหาที่ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นรูปธรรม มีความเป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ดำเนินงานโครงการและกิจกรรมที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้ คือ

การดำเนินงานภายใต้กลไกระดับอำเภอ โดยมีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์”⁴ จำนวน 763 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 86.9 และมีจังหวัดที่ดำเนินงานครอบคลุมทุกอำเภอ จำนวน 43 จังหวัด⁵ และการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น ในการสนับสนุนให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่ ตามมาตรา 10 ที่กำหนดให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการให้วัยรุ่นในเขตราชการส่วนท้องถิ่นได้รับสิทธิตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้พื้นที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น การส่งเสริมและเสริมพลังภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ท้องถิ่น และชุมชน มีแนวทางการทำงานร่วมกัน เกิดการบูรณาการการทำงาน โดยสามารถบูรณาการกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกลไก พขอ.⁶ ที่มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าวิจัยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไก พขอ. และศึกษากลไก กระบวนการดำเนินงานของ พขอ. กับการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของพื้นที่ต้นแบบเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนในการดำเนินงานระดับประเทศ ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods) มีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และการศึกษา

เชิงคุณภาพด้วยการประชุมถอดบทเรียน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม

การศึกษาเชิงปริมาณ ประชากร คือ พขอ. 878 อำเภอ กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทน พขอ. ละ 1 คน ที่นายอำเภอผู้เป็นประธาน พขอ. เป็นผู้ระบุให้ตอบแบบสอบถาม การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยคำนวณสัดส่วนจากสูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)⁷ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง 3% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 483 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม แต่เนื่องจากการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์มีโอกาสเสี่ยงในการตอบกลับต่ำ จึงส่งแบบสอบถามไปทุกอำเภอ 878 อำเภอ การหาคุณภาพเครื่องมือ 2 วิธี คือ การส่งให้ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการใช้ค่าสถิติด้วยการหาค่าความเที่ยงในภาพรวมของข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 การวิเคราะห์ข้อมูลมีการประมวลผลข้อมูลจากแบบสอบถามที่รวบรวมได้นำมาตรวจเช็คความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากแบบสอบถามที่ส่งเข้ามาจำนวน 580 ชุด พบว่า กรอกข้อมูลเฉพาะข้อมูลทั่วไปและส่วนอื่น ๆ ตอบค่อนข้างน้อย จำนวน 17 ชุด จึงตัดออกเหลือ 563 ชุด ที่ใช้ในการวิเคราะห์ สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และค่าต่ำสุด – สูงสุด

การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบการทำงานของพื้นที่ที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องและเหมาะสมสำหรับการเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานต่อไป โดยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง 2 พขอ. ใช้วิธีการสัมภาษณ์พูดคุยรายบุคคลและการสนทนากลุ่มในรูปแบบของการ

จัดประชุมถอดบทเรียนในพื้นที่ต้นแบบ 2 แห่ง โดยพื้นที่ต้นแบบแรกมีตัวแทน จำนวน 39 คน พื้นที่ต้นแบบที่ 2 จำนวน 48 คน และเวทีระดมความคิดเห็นด้วยการสรุปการดำเนินงานของพื้นที่ต้นแบบ 2 แห่ง และการอภิปรายถึงแนวทางการดำเนินงานต่อไป โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากอำเภอต้นแบบแห่งละ 5 คน เจ้าหน้าที่จากศูนย์อนามัย และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานมัชฌิมา จำนวน 40 คน แนวคำถามสำหรับการถอดบทเรียนและการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย คำถามหลักเกี่ยวกับการกระบวนการและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลลัพธ์ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค บทเรียน และก้าวต่อไปในการดำเนินงาน การวิเคราะห์ข้อมูล มีการประมวลผลและนำมาจัดกลุ่มตามประเด็นคำถามและคำตอบเพื่อเรียบเรียง วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา โดยนำเสนอเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการฯ เลขที่ 44/2562

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างกระจายตามเขตสุขภาพ 12 เขต มีอำเภอรวมทั้งสิ้น 878 อำเภอ มีข้อมูลตอบกลับ ในภาพรวม 563 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 64.1 พบว่า เขตสุขภาพที่อัตราการตอบกลับสูงที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 88.6 รองลงมาด้วยอัตราใกล้เคียงกันคือ เขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 82.5 และเขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 80.9 เขตสุขภาพที่อัตราการตอบกลับต่ำคือ เขตสุขภาพที่ 11 (ร้อยละ 43.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง ร้อยละ 80.6 อายุกระจายในทุกกลุ่ม โดยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.8 รองลงมาคือ 31 - 40 ปี และ 51 - 60 ปีพอ ๆ กัน คือ ร้อยละ 25.9 และ 25.6 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.7 ปี อายุต่ำสุดและสูงสุด คือ 21 และ 60 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดจบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.8 รองลงมาคือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 26.8 สถานภาพการทำงานพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.4 สำหรับหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่างคือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ โรงพยาบาล และสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ร้อยละ 29.2 และ 23.1 ตามลำดับ สำหรับประสบการณ์การทำงานในอำเภอ พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยคือ 12.3 ปี และมีค่าต่ำสุด - สูงสุด คือ 1 เดือน - 42 ปี โดยช่วงเวลาที่ทำงานมากที่สุดคือ 1 - <5 ปี ร้อยละ 27.5 ประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่น/เยาวชน พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยคือ 6.9 ปี และมีค่าต่ำสุด - สูงสุดคือ 1 เดือน - 42 ปี โดยช่วงเวลาที่ทำงานมากที่สุดคือ 1 - <5 ปี ร้อยละ 38.9 ข้อมูลของพื้นที่จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ลักษณะทางสังคมของ

พื้นที่รับผิดชอบกว่าครึ่งมีลักษณะแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท ร้อยละ 55.2 รองลงมาคือ ชนบท ร้อยละ 37.8 ประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.5 เชื้อชาติไทยร้อยละ 94.1 โดยสัดส่วนของวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 70.6 ระบุว่าวัยรุ่นต่ำกว่า ร้อยละ 20 รองลงมาคือ ร้อยละ 23.4 ระบุว่าวัยรุ่นเป็นสัดส่วน ร้อยละ 21 - 40 โดยมีสัดส่วนเฉลี่ย 19.5 และมีค่ามัธยฐาน 15.5

การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ พบว่าเกือบทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 96.2 ระบุว่าปัจจุบันยังมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอยู่ และร้อยละ 92.6 มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน พบว่า ร้อยละ 74.2 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร้อยละ 71.5 มีคณะกรรมการอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ และร้อยละ 5.8 ที่มีกรรมการอื่น ๆ เช่น สภาเด็กและเยาวชน กรรมการอนามัยแม่และเด็ก กรรมการที่จัดตั้งตามบ สปสช. ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประเมินการขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ

การขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ (n=563)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (n=555)		
ไม่มี	21	3.8
มี	534	96.2
มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (n=556)		
ไม่มี	41	7.4
มี*	515	92.6
ตามลักษณะกรรมการ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) (n=516)		
1) คณะกรรมการอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์	369	71.5
2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	383	74.2
3) อื่น ๆ เช่น สภาเด็กและเยาวชน กรรมการอนามัยแม่และเด็ก กรรมการที่จัดตั้งตามบ สปสช.	30	5.8

บทบาทหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สำหรับบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอของภาคส่วนต่าง ๆ หน่วยงานหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 61.3 และ 55.4 ตามลำดับ

หน่วยงานสนับสนุน ได้แก่ หน่วยงานอำเภอ (ฝ่ายปกครอง/มหาดไทย) การจัดบริการเชิงรุก ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 42.8 รองลงมาคือ แกนนำวัยรุ่น และเยาวชน ร้อยละ 33.8 ในด้านการจัดบริการเชิงรับ พบใน รพ.สต. และโรงพยาบาล และด้านการสื่อสารเผยแพร่ พบในสถานประกอบการกิจการภาคเอกชนและผู้นำศาสนา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อบทบาทของภาคส่วน/หน่วยงานต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ

ภาคส่วน/หน่วยงาน (n=563)	บทบาท				
	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุน	จัดบริการเชิงรุก	จัดบริการเชิงรับ	สื่อสารเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์
1. อำเภอ (ฝ่ายปกครอง/มหาดไทย) (n=500)	113 (22.6)	361 (72.2)	26 (5.2)	10 (2.0)	67 (13.4)
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (n=529)	293 (55.4)	162 (30.6)	7 (1.3)	50 (9.5)	26 (4.9)
3. โรงพยาบาล (n=527)	323 (61.3)	73 (13.9)	67 (12.7)	73 (13.9)	22 (4.2)
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=528)	204 (38.6)	101 (19.1)	226 (42.8)	91 (17.2)	51 (9.7)
5. สถานศึกษา (n=519)	180 (34.7)	163 (31.4)	112 (21.6)	59 (11.4)	120 (23.1)
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n=527)	161 (30.6)	316 (60.0)	81 (15.4)	25 (4.7)	95 (18.0)
7. ชุมชน ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (n=515)	39 (7.6)	362 (70.3)	67 (13.0)	38 (7.4)	72 (14.0)
8. ผู้นำศาสนา (n=501)	16 (3.2)	292 (58.3)	42 (8.4)	23 (4.6)	150 (29.9)
9. แกนนำวัยรุ่นและเยาวชน (n=482)	104 (21.6)	155 (32.2)	163 (33.8)	87 (18.0)	135 (28.0)

ภาคส่วน/หน่วยงาน (n=563)	บทบาท				
	หน่วยงาน หลัก	หน่วยงาน สนับสนุน	จัดบริการ เชิงรุก	จัดบริการ เชิงรับ	สื่อสาร เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์
10. สถานประกอบกิจการ (n=443)	14 (3.2)	236 (53.3)	50 (11.3)	61 (13.8)	152 (34.3)
11. ภาคเอกชน (n=259)	9 (3.5)	162 (62.6)	26 (10.0)	16 (6.2)	83 (32.0)

หมายเหตุ * ภาคส่วน/หน่วยงาน เลือกบทบาทได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

ประเด็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้ความสำคัญ

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในแต่ละอำเภอจะมีการกำหนดประเด็นเร่งด่วนหรือประเด็นที่ให้ความสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาและการดำเนินงานเป็นอันดับต้น ๆ พบว่า ในปัจจุบันประเด็นที่ พขอ. ให้ความสำคัญสูงสุดคือ ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส ร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ

ขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 56.4 อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 51.1 อันดับที่ 4 คือวัยรุ่นร้อยละ 41.0 นอกจากนั้น ได้แก่ เรื่องอาหารปลอดภัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เด็กปฐมวัย และโรคติดต่อ ร้อยละ 39.0, 36.0, 34.2 และ 29.4 ตามลำดับ สำหรับประเด็นอื่น ๆ มักเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นเฉพาะพื้นที่และเป็นวาระเร่งด่วน เช่น เด็กจมน้ำ วัคซีนหัด เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลต่อประเด็นที่ พขอ. ให้ความสำคัญ

ประเด็นที่ พขอ. ให้ความสำคัญ (n=563)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส	343 (60.9)
2. ขยะ สิ่งแวดล้อม	318 (56.4)
3. อุบัติเหตุทางถนน	288 (51.1)
4. วัยรุ่น	231 (41.0)
5. อาหารปลอดภัย	220 (39.0)
6. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	203 (36.0)
7. เด็กปฐมวัย	193 (34.2)
8. โรคติดต่อ	166 (29.4)
9. อื่น ๆ (ระบุ) เช่น เด็กจมน้ำ หัด	71 (12.6)

กิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญห

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอนั้น พบว่า กิจกรรมที่ยังมีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ คลินิกวัยรุ่น ร้อยละ 50.1 รองลงมาด้วยค่าที่ใกล้เคียงกัน คือ การรณรงค์และจัดกิจกรรมในวันสำคัญ

และการอบรมวัยรุ่น ร้อยละ 46.5 และ 46.3 การประชาสัมพันธ์ตามสื่อ วิทยุชุมชน สื่อออนไลน์ ร้อยละ 41.8 การอบรมแกนนำวัยรุ่น ร้อยละ 40.9 การอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น ร้อยละ 37.1 และการจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้ให้การปรึกษา ร้อยละ 34.5 นอกจากนั้น

ในพื้นที่ยังระบุถึงการมีแผนที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ การอบรมแกนนำวัยรุ่น ร้อยละ 33.2 และการอบรมวัยรุ่น ร้อยละ 32.5 การรณรงค์และจัดกิจกรรมวันสำคัญ ร้อยละ 31.5 และการอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น ร้อยละ 29.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่น

กิจกรรม (n=563)	การดำเนินงาน			
	ไม่เคยทำ	เคยทำแต่ไม่ทำแล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินการ	มีแผนที่จะดำเนินการ
1. คลินิกวัยรุ่น (n=553)	110 (19.9)	37 (6.7)	277 (50.1)	129 (23.3)
2. การอบรมแกนนำวัยรุ่น (n=555)	75 (13.5)	69 (12.4)	227 (40.9)	184 (33.2)
3. การอบรมวัยรุ่น (n=557)	63 (11.3)	55 (9.9)	258 (46.3)	181 (32.5)
4. การจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้ให้การปรึกษา (n=554)	160 (28.9)	53 (9.6)	191 (34.5)	150 (27.1)
5. การรณรงค์ กิจกรรมวันสำคัญ (n=555)	81 (14.6)	41 (7.4)	258 (46.5)	175 (31.5)
6. การอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น (n=555)	108 (19.5)	76 (13.7)	206 (37.1)	165 (29.7)
7. การประชาสัมพันธ์ตามสื่อ วิทยุชุมชน สื่อออนไลน์ (n=555)	94 (16.9)	68 (12.3)	232 (41.8)	161 (29.0)

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม

จากตารางที่ 4 พบว่า มีหลายกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ระบุว่า เป็นกิจกรรมที่เคยทำ แต่ปัจจุบันไม่ได้ทำแล้ว โดยให้เหตุผลที่ไม่ได้ทำกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง พบว่า เหตุผลสูงสุดคือ การขาดงบประมาณ ขาดบุคลากร และไม่มีเวลา ร้อยละ 73.2 และมีเหตุผลอื่น ๆ อาทิ การถูกระงับการจัดวิทยุชุมชน ขาดการทำงานอย่างต่อเนื่อง กลัวพ่อแม่ผู้ปกครองไม่เข้ารับการอบรม เป็นต้น

การถอดบทเรียนในพื้นที่ต้นแบบ

จากการถอดบทเรียนของพื้นที่ต้นแบบ 2 แห่ง ตามประเด็นคำถามหลักเกี่ยวกับกระบวนการและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลลัพธ์ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค บทเรียน และก้าวต่อไปในการดำเนินงาน พบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมี 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบที่ใช้กลไก พขอ. หยิบยกเรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นประเด็นสำคัญของ

พขอ. และ 2) รูปแบบที่ใช้กลไกอำเภออนามัย การเจริญพันธุ์ การดำเนินงานของพื้นที่ที่ ถอดบทเรียน ทำให้เห็นความต่อเนื่องและ ประสิทธิภาพของการดำเนินงานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ที่เกิดจาก 1) การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องที่มี เจ้าหน้าที่ที่เกาะติดมาตั้งแต่เริ่มขับเคลื่อน 2) การ ขับเคลื่อนทำมาอย่างต่อเนื่องด้วยการเห็น ความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ และการหนุนเสริม จากภายนอกในการขับเคลื่อน ดังนั้น คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จึงเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้มีการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องได้ แม้ พขอ. จะไม่ได้รับ เป็นวาระเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา 3) การมี ระบบการดำเนินงานที่ลงตัวในระบบการทำงาน ปกติ และมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมผู้ปกครอง ซึ่งอยู่ในแผนปกติและได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ 4) สัมพันธภาพ ของภาคีเครือข่ายที่เป็นแบบไม่เป็นทางการและ มีส่วนร่วมในการทำงานในทุกเรื่อง และ 5) การจัดทำข้อมูล ซึ่งเป็นพื้นฐานการทำงาน ที่ทำให้เกิดความตระหนักและเป็นเครื่องมือในการ ติดตามกำกับให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ผลลัพธ์ 1) วัยรุ่นและผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจปัญหาของวัยรุ่นเพิ่มขึ้น 2) โรงเรียน ชุมชน และภาคีเครือข่าย มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการแก้ไขปัญหาของวัยรุ่นเพิ่มขึ้น และ 3) ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดน้อยลง

ปัจจัยความสำเร็จ 1) การมีผู้นำและ ผู้บริหารให้ความสำคัญ และเป็นผู้นำในการ ขับเคลื่อนและดำเนินงาน 2) เจ้าหน้าที่และ ผู้เกี่ยวข้องมีสัมพันธภาพที่ดี และการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง 3) การมีข้อมูลที่ ฝ่ายสาธารณสุข ทำให้สามารถเชื่อมโยงให้ หน่วยงานทุกภาคส่วนเห็นปัญหาและร่วมกัน วางแผนแก้ไขปัญหา และ 4) การสนับสนุน

งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรค 1) วัยรุ่นไม่ให้ความร่วมมือ มีการปกปิดข้อมูล เนื่องจากไม่ไว้วางใจครู เจ้าหน้าที่ และพ่อแม่/ผู้ปกครอง 2) ขาดการ สนับสนุนงบประมาณ สื่อ และอุปกรณ์อย่าง เพียงพอในการดำเนินงาน และ 3) เจ้าหน้าที่ที่มี ศักยภาพและทักษะการทำงานกับวัยรุ่น ไม่เพียงพอ

ความต้องการพัฒนาศักยภาพในการ ขับเคลื่อนงาน 1) การให้คำปรึกษา และการ จัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร 2) ความรู้ด้านสุขภาพ วัยรุ่น กฎหมาย และแนวทางปฏิบัติในการ ดำเนินงาน และ 3) ทักษะการเป็นวิทยากร กระบวนการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่มีการ ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ 2 กลไกสำคัญคือ กลไกคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และกลไก พขอ. โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง ได้แก่ คลินิกวัยรุ่น ซึ่งหน่วยงานหลัก ในการดำเนินงานคือ โรงพยาบาลและสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอที่มีการทำงานร่วมกันอย่าง ใกล้ชิด โดยมี รพ.สต. บริการเชิงรุก และมี หน่วยงานฝ่ายปกครอง/อำเภอ และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุน

สำหรับการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเกิด จากปัจจัยสำคัญ 5 ประการ ดังนี้ 1) การมี เจ้าหน้าที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับ การศึกษาของ ศรีเรือน ดีพูน และประเสริฐ ประสมรักษ์^๑ พบว่า ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน ประกอบด้วย การกำหนดประเด็นปัญหาและ

ตัวชี้วัดที่ชัดเจน การสร้างการมีส่วนร่วม การมี
คณะทำงานขับเคลื่อนและติดตามต่อเนื่อง 2) การ
เห็น ความ สำคัญ ของ ปัญหา ใน พื้นที่
3) มีระบบการดำเนินงานที่ลงตัวในระบบการ
ทำงานปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มานพ
ฉลาดธัญญกิจ⁹ พบว่า จุดแข็งของการดำเนินงาน
พขอ. คือ รูปแบบการบริหารจัดการหน่วยงานของ
ผู้บริหารเป็นไปในทิศทางที่ดี เอื้อต่อบรรยากาศ
ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ 4) สัมพันธภาพที่ดี
ของภาคีเครือข่ายรวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายอย่างเข้มแข็ง สอดคล้องกับการศึกษา
ของ มานพ ฉลาดธัญญกิจ⁹ พบว่า จุดแข็งของการ
ดำเนินงาน พขอ. คือ ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง
มีสัมพันธภาพที่ดีโดยการช่วยเหลือสนับสนุนงาน
ซึ่งกันและกัน มีการเสริมพลังในการดำเนินงาน
ภาคีเครือข่ายโดยการยกย่อง เชิดชูเกียรติในที่
ประชุมและในที่สาธารณะ และ 5) มีการจัดทำ
ข้อมูลที่เชื่อมโยงให้หน่วยงานทุกภาคส่วนเห็น
ปัญหาและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญห สอดคล้อง
กับการศึกษาของ ฤทัย วรรณวินิจ¹⁰ พบว่า การ
ออกแบบระบบ ทั้งการจัดเก็บข้อมูลและการดึง
ข้อมูลที่มีอยู่จากระบบปกติของหน่วยงานต่าง ๆ
มาวิเคราะห์จะแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น และมีการ
คืนข้อมูลกลับสู่ประชาชนเพื่อสร้างความ
เข้าใจกับประชาชนจนนำไปสู่การพัฒนาอย่าง
ต่อเนื่อง ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มานพ
ฉลาดธัญญกิจ⁹ พบว่า จุดแข็งของการดำเนินงาน
พขอ. คือ มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มี
ประสิทธิภาพลดขั้นตอนการทำงานส่งผลให้การ
ดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การ
ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่นยังเป็นเรื่องสำคัญที่พื้นที่ต้องให้ความสำคัญ
ใน การ ป้ อ ง กั น แ ลະ แ ก้ ไ ข ป้ อ ง กั น

ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง สภาพ
ครอบครัว/การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่
เอื้อให้เกิดปัญหา ซึ่งการขับเคลื่อนของภาครัฐผ่าน
การดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ฯลฯ
เป็นแนวทางการป้องกันปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม
ก็ดี การมีกลไก พขอ. แม้จะเป็นที่คาดหวังให้เป็น
กลไกในการช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน
และแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่าง
ต่อเนื่อง พบว่า คงไม่สามารถคาดหวังได้อย่าง
เต็มที่ เพราะ พขอ. จะมีปัญหาเฉพาะของพื้นที่
แตกต่างกัน ซึ่งจากการประเมิน และ
การถอดบทเรียนชี้ชัดให้เห็นว่า คณะกรรมการ
อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ที่เริ่มขับเคลื่อนงาน
เรื่องนี้มาอย่างจริงจัง ถือเป็นกลไกที่สำคัญที่ควร
ให้คงบทบาทและทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนการ
ขับเคลื่อนเข้าสู่ พขอ. ได้นั้นถือเป็นกระบวนการ
หนุนเสริมให้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานส่วนกลาง มีการสนับสนุนทาง
วิชาการ การหนุนเสริมและการกำกับติดตาม
การวิจัยประเมินผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้มี
ประสิทธิภาพ จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ
การจัดการความรู้เพื่อหาแนวทางการพัฒนาให้แก่
พื้นที่

2) สสอ. เป็นหน่วยถ่ายทอดนโยบายและ
ประสานงานเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ
รวมถึงการจัดทำข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย และ
พขอ. เห็นความสำคัญ รวมถึงการแสวงหา
งบประมาณเพื่อหนุนเสริมการทำงาน

3) รพ. มีการจัดระบบบริการที่เป็นมิตร
ทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้ง่าย การจัดทำข้อมูล
เพื่อเป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อนงาน รวมถึง

การจัดอบรมวิทยากรแกนนำเพื่อให้มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการช่วยป้องกันการเกิดปัญหาในพื้นที่

4) สถานศึกษา มีการบูรณาการลงในหลักสูตรและการจัดกิจกรรมของโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยเหลือเด็ก การให้ความสำคัญของผู้บริหาร

5) รพ.สต. มีการดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก เข้าถึงวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน

6) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาสภาเด็กและเยาวชนให้เข้มแข็งและการจัดพื้นที่สร้างสรรค์ให้วัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เติมเต็มให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณตัวแทน พชอ. ทุกแห่งที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการทำงาน ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ที่สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) 204 ตัวชี้วัด [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 27 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/3eTi0b9>
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน

ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก:

<https://bit.ly/2QJRpTa>

3. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/38jvnOU>
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ฉบับบูรณาการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559. หน้า 6-10.
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. แผนภูมิแสดงผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/drh/RHD_Chart.pdf
6. สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54ง หน้า 1-7 (ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561).
7. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30: p. 607-610.
8. ศรีเรือน ดิพนธ์ และประเสริฐ ประสมรักษ์. “ประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นาร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ” วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 7(2): 263-81.

9. มานพ ฉลาดัญญกิจ. การดำเนินงาน
คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) จังหวัดสกลนคร [อินเทอร์เน็ต] 2561.
[เข้าถึงเมื่อ 23 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก
<https://bit.ly/2VDIBRU>.
10. ฤทัย วรรณวินิจ. แนวทางในการพัฒนา
รูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดย
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบ
สุขภาพอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอเมือง
จังหวัดสมุทรปราการ [อินเทอร์เน็ต]. 2561
[เข้าถึงเมื่อ 23 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก
<https://bit.ly/3fQDIwV>

Received: 3 Apr 2020, Revised: 15 May 2020,

Accepted: 19 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

แก้วใจ มาลีชัย^{1*} ปณวัตร กิ่งมาลา¹ ชาลินี พสุนนท์² ธนัตติฐา แก้วกันยา³
วัชรพงษ์ เบญจมาตย์⁴ อัมพิกา พ่อบาล⁵ และวันเพ็ญ สมหอม¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บัววัด อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ในเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต. ตำบลบัววัด อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 155 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดความรู้และแบบสอบถามเจตคติ ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และ 0.70 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ KR - 20 มีค่าเท่ากับ 0.71 แบบวัดเจตคติหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's Alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแบบพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 68.30 และมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 75.50 องค์ความรู้พื้นฐานด้านความรู้และเจตคติสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้แก่ อสม. เช่นการให้โปรแกรมทันตสุขภาพ เพื่อให้ อสม. เป็นตัวอย่างของบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีทันตสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ ความรู้ เจตคติ การดูแลสุขภาพช่องปาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะขบ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา

³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใหม่สามัคคี อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

⁴ สถานีอนามัยบ้านห้วยตาเปาะเฉลิมพระเกียรติ อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

⁵ โรงพยาบาลวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม

* Corresponding author : kaewjai@scphub.ac.th

Original Article

Knowledge and Attitude toward Oral Health Care among The Village Health
Volunteers at The Service Area of Bua Wat Health Promoting Hospital,
Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Kaewjai Maleelai^{1*}, Panawat Kingmala¹, Chalinee Phasunon², Thanatta Kaewkanya³,
Watcharapong Benmat⁴, Ampika Phoban⁵ and Wanpen Somhom¹

Abstract

The cross-sectional descriptive study aimed to study knowledge and attitude toward oral health care among the Village Health Volunteers (VHVs) at the service area of Bua Wat Health Promoting Hospital, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. A total of 155 samples were recruited from VHVs at the service area of Bua Wat Health Promoting Hospital, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province using a sample random sampling method. Data were collected by testing of knowledge and questionnaire of attitude. The content validity was 0.86 and 0.70 respectively. The reliability of knowledge testing by KR - 20 was 0.71. The reliability of attitude by Cronbach's Alpha method was 0.86. Data analyzed using descriptive statistics. The results showed that the knowledge about oral healthcare of VHVs demonstrated at a moderate level (68.30 %). The attitude toward in oral health care of VHVs was demonstrated at the moderate level (75.50 %). The basic research of knowledge and attitude toward oral health care among VHVs can be further developed to promoting oral health care among VHVs such as providing dental health education program to encourage VHVs as public health personnel with good at oral healthcare.

Keyword: knowledge, attitude, oral healthcare, village health volunteers

¹ Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

² Takhob Primary Health Promoting Hospital, Pak Thong Chai District, Nakhon Ratchasima Province

³ Maisamakkee Primary Health Promoting Hospital, Selaphum District, Roi-et Province

⁴ Banhuaitaper Primary Health Promoting Hospital, Khamcha-i District, Mukdahan Province

⁵ Wangyang Hospital, Wangyang District, Nakhon phanom Province

*Corresponding author: kaewjai@scphub.ac.th

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ บริการเป็นเลิศบุคลากรเป็นเลิศ และบริหารจัดการเป็นเลิศ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion and Prevention Excellence) นั้นประกอบไปด้วย พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพประชาชนบนผืนแผ่นดินไทยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น¹

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มวัยทำงาน (อายุ 35-44 ปี) มีฟันใช้งานในช่องปากเฉลี่ย 28.4 ซี่ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุด (DMFT) 6.6 ซี่/ ในเขตชนบทมีผู้ที่มีฟันผุแต่ยังไม่ได้รับการรักษาที่สุทธร้อยละ 46.6 รองลงมาคือเขตเมืองและกรุงเทพมหานครร้อยละ 40.9 และ 38.1 ตามลำดับ โดยพบว่าภาคใต้มีร้อยละของผู้ที่มีฟันผุยังไม่ได้รับการรักษาที่สุทธร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ ร้อยละ 44.3, 44.0 และ 39.5 ตามลำดับ นอกจากนี้วัยทำงานยังพบปัญหาฟันผุบริเวณรากฟันร้อยละ 4.1 โดยเขตชนบท มีผู้ที่มีรากฟันผุมากที่สุดร้อยละ 4.7 รองลงมาคือเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 3.9 และ 1.7 ตามลำดับ²

กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย โดยได้กำหนดให้มีนโยบายด้านทันตสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนบนแผ่นดินไทย สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบที่ยั่งยืน สร้างเสริม

สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทยตลอดช่วงชีวิต โดยจัดการความเสี่ยงหลักทาง สุขภาพตามกลุ่มวัย ถึงแม้ว่างานทันตสาธารณสุขจะได้รับการจัดสรรงบประมาณกองทุนทันตกรรมเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้มีการบูรณาการงานส่งเสริมทันตสุขภาพเชิงรุกอย่าง ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับนโยบายตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ในแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยรวมถึงการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยและการปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมอย่างมีคุณภาพแต่ด้วยบริบทของพื้นที่การเพิ่มจำนวนของประชากรพฤติกรรมการใช้บริโภคที่ไม่ถูกต้องหรืออาหารที่มีผลต่อสุขภาพฟัน ทำให้พฤติกรรม การ ดูแลสุขภาพช่องปากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ รวมทั้งการจัดสรรงบในการรักษา มากกว่า การส่งเสริมและการป้องกัน จำนวนบุคลากร ด้านทันตสาธารณสุขมีจำนวนไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง การกระจายสถานบริการของภาครัฐไม่ครอบคลุมประชากรทุกพื้นที่ นับได้ว่าเป็นปัญหาของสาธารณสุข ที่ต้องให้ความสำคัญและได้รับการแก้ไข³

กระทรวงสาธารณสุขได้นำสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยในระบบ สุขภาพของประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 โดยมีทิศทางการพัฒนาที่เน้นคน เป็นศูนย์กลางพัฒนาเพื่อให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองครอบครัวชุมชน มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง⁴ เน้นในเรื่องการขยายบริการขั้นพื้นฐานให้ครอบคลุมประชากร ครอบคลุมบริการสุขภาพให้ครบทุกด้านและทุกพื้นที่ ตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาด้านทันตสาธารณสุขของชุมชน ซึ่งมีบุคคลในการดำเนินงาน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agent) มี

หน้าที่ในการจัดทำสื่อ ข่าวสารสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ การวางแผน การประสานกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนให้บริการสุขภาพด้านต่างๆ ในชุมชน สามารถสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน ประสานกิจกรรมสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ อสม. เป็นบุคลากรที่มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชน เป็นผู้ที่มีความสำคัญและมีบทบาทในการให้บริการเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพเชิงรุก เป็นศูนย์กลางในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อพาชุมชนไปสู่เป้าหมายสุขภาพเป็นสังคมอยู่ดีมีสุข⁵ ในการดำเนินงานสุขภาพโดยภาคประชาชน อสม. เพื่อขับเคลื่อนงานในระบบสุขภาพ และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน หรือที่เรียกว่า นักจัดการสุขภาพชุมชน จำเป็นที่จะต้องเป็นต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน มีความรู้เจตคติที่ดีและถูกต้อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านสุขภาพของชุมชนได้

เขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บัววัด อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มี อสม. จำนวน 253 คน แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับความรู้และเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องความรู้และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัดอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันการดูแลสุขภาพในช่องปากของ อสม. เพื่อให้ อสม. เป็นตัวอย่างของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี และเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้กับประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - sectional descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต. บัววัด อ.วารินชำราบ จ. อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งประกอบด้วย ตำบลธาตุ จำนวน 135 คน และ ตำบลเมืองศรีไค จำนวน 118 คน รวมทั้งสิ้น 253 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Finite population) ทราบความคลาดเคลื่อนและทราบสัดส่วนประชากร (Morris Evan, 2000 อ้างถึงในวัลลภ ปิงแก้ว, 2549)⁶ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

$$N = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

$$\text{การแทนค่า } n = \frac{253(1.96^2)(0.8)(0.2)}{(0.05^2)(253-1) + (1.96^2)(0.8)(0.2)}$$

$$n = 124.4$$

กลุ่มตัวอย่าง ≈ 125

กำหนด n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

d แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง (0.05)

Z แทน ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

P แทน สัดส่วนประชากรของลักษณะที่สนใจ (กำหนด $p = 0.80$)

q แทน $1 - p$ ($p = 0.2$)

ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสีย

$$\text{สูตร } N_{\text{ads}} = \frac{N}{(1 - R)^2}$$

โดย N_{ads} แทน ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

N แทน ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณตัวอย่าง

R แทน สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม

กำหนด $N = 125$

$R = 0.1$ (ร้อยละ 10)

$$\text{แทนค่าในสูตร } N_{\text{ads}} = \frac{125}{(1 - 0.10)^2}$$

$$N_{\text{ads}} = 154.3$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 155 คน ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน โดยใช้สูตรการกระจายตามสัดส่วน ดังนี้

$$\text{สูตร } \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน} = \frac{N_i \times n}{N}$$

โดย N_i แทน จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม

n แทน จำนวนประชากรที่ต้องการ

N แทน จำนวนประชากรทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 155 คน ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจาก ตำบลธาตุ 83 คน และ ตำบลเมืองศรีไค 72 คน

เกณฑ์การคัดเข้าประชากร (Inclusion criteria) คือ อสม. ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต. บัววัด อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ อสม. ที่ไม่มาในระหว่างการเก็บข้อมูลหลังจากติดตามไปแล้ว 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวนข้อ 7 ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. วิธีการคัดเลือกเข้ามาเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล 2 สุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ พัฒนามาจากงานวิจัยของปัญญ์ กิตติพงศ์พิท⁴ โดยให้เลือกตอบใช่ กับไม่ใช่ ตอบถูกได้ 0 คะแนน ตอบผิดได้ 1 คะแนน รวมคะแนนทั้ง ข้อ จัดระดับความรู้ 15 ตอบถูก) ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง 3 แบ่งเป็น 13 - 15 ข้อ) ความรู้ระดับปานกลาง (ตอบถูก 9 - 12 ข้อ) ความรู้ระดับต่ำ (ตอบถูก 0- 8 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ พัฒนามาจากงานวิจัยของปัญญ์ กิตติพงศ์พิท⁷ แบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ในแต่ละข้อมีตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผลโดยจัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนน 3 ระดับ คือ เจตคติในระดับดีมาก (คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00) เจตคติในระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67) เจตคติในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบวัดความรู้ (IOC = 0.86)

แบบสอบถามเจตคติ (IOC = 0.70) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไป try out กับตัวอย่าง 30 คน แบบวัดความรู้ (Knowledge) วิเคราะห์ KR 20 มีค่าเท่ากับ 0.71 แบบวัดเจตคติ (Attitude) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา ของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.86

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ No. SCPHUBS024/2559 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจเข้าร่วม สามารถถอนชื่อจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้โดยไม่ มีข้อแม้ข้อมูลจากแบบสอบถามการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลไปยัง รพ.สต.บัววัด อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันเวลาที่นัดหมายและตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.20) และเพศชาย (ร้อยละ 14.80)

1.2 อายุของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี (ร้อยละ 38.10) รองลงมาช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 34.90) อายุ 30-40 ปี ร้อยละ 12.40) อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 12.20) อายุต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ 2.40)

1.3 ระดับการศึกษาของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.30) รองลงมาในระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 25.20) ระดับมัธยมศึกษาปลาย / ปวช. (ร้อยละ 20.0) ระดับอนุปริญญา (ปวส./ปวท.) (ร้อยละ 1.30) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 1.30)

1.4 สถานภาพของ อสม. ส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 85.2) รองลงมาสถานภาพหย่าร้าง (ร้อยละ 7.7) และสถานภาพโสด (ร้อยละ 7.1)

1.5 อาชีพของ อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60) รองลงมาประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 15.5) รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 10.3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 9.7) ลูกจ้างในโรงงาน (ร้อยละ 3.9) และอื่น ๆ (ร้อยละ 0.6)

1.6 ระยะเวลาในการเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 10-19 ปี (ร้อยละ 34.80) รองลงมาอยู่ระหว่าง 4 - 9 ปี (ร้อยละ 32.90) น้อยกว่า 4 ปี (ร้อยละ 16.10) ระหว่าง 20 – 24 ปี (ร้อยละ 8.40) ระหว่าง 25 – 29 ปี (ร้อยละ 5.20) และมากกว่า 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 2.60)

1.7 รูปแบบการเข้ามาปฏิบัติงาน อสม. ส่วนใหญ่ถูกคัดเลือกโดยชาวบ้านและคณะกรรมการหมู่บ้าน (ร้อยละ 54.80) รองลงมาได้รับคัดเลือกโดยการเสนอตัวเอง (ร้อยละ 25.20) เป็นเจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 14.80) และอื่น ๆ (ร้อยละ 5.20) ตามลำดับ

2. ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. ร้อยละ 68.30 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 10.36, S.D. = 1.09) รองลงมาคือ ร้อยละ 16.70 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลการดูแลสุขภาพช่องปากระดับมาก ($\bar{X}$ = 13.30, S.D. = 0.61) และร้อยละ 14.90 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับน้อย ($\bar{X}$ = 7.47, S.D. = 0.89) ตารางที่ 1

3. เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. ส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.50 และรองลงมาคือ มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 24.50 ตามลำดับ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (N=155)

ระดับความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	26	16.80
ปานกลาง	106	68.30
น้อย	23	14.90
$\bar{X}$ = 10.38 , S.D. = 0.86		

ตารางที่ 2 ระดับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (N=155)

ระดับเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	38	24.50
ปานกลาง	117	75.50
ต่ำ	0	0.00

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

อสม. ในเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต. บัววัด อ.วารินชำราบ จ. อุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.20) เพศชาย (ร้อยละ 14.80) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 38.10) รองลงมาเป็นช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 34.90) การศึกษาของ อสม. อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.30) รองลงมาคือศึกษา

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 25.20) อสม. ส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 85.2) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 60) รองลงมาประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 15.5) ระยะเวลาในการเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 10-19 ปี (ร้อยละ 34.80) รองลงมาอยู่ระหว่าง 4 - 9 ปี (ร้อยละ 32.90) รูปแบบการเข้ามาปฏิบัติงาน อสม. ส่วนใหญ่ถูกคัดเลือกโดยชาวบ้านและคณะกรรมการหมู่บ้าน (ร้อยละ 54.80) รองลงมาได้รับคัดเลือก

โดยการเสนอตัวเอง (ร้อยละ 25.20)

อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.30 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 16.70 และน้อยที่สุดคือระดับน้อย ร้อยละ 14.90 ตามลำดับ

อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.50 มีเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง และรองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 24.50 ตามลำดับ

อสม. ในเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต. บัววัดอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.30 ($\bar{X}=10.38$ S.D.=0.86) ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ มนัสนันท์ ชัยประทานและสมเดช พินิจสุนทร⁸ ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 82.70 ในขณะที่ อัญญารัตน์ สมตน⁹ ศึกษาการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขโดยการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ทักษะและการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครกลุ่มทดลอง มีความรู้ การรับรู้ความสามารถ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน อรุณรัตน์ ชื่นปลัด ยินดี พรหมศิริ ไพบุลย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน¹⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน

โรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้โรคฟันผุ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกัน การเกิดโรคฟันผุ ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากโรคฟันผุ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การที่ อสม. มีความรู้ระดับปานกลางนั้นทำให้ง่ายต่อการส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพให้เพิ่มมากขึ้นในระดับที่ดีได้ หากพิจารณาในรายชื่อแล้วผู้วิจัยพบว่าในรายชื่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ตอบถูกคือ ฟันของคนเรามี 2 ชุด คือ ฟันแท้ และฟันน้ำนมคิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งในรายชื่อนี้เป็นความรู้พื้นฐานทั่วไปที่ทุกคนทราบดี ข้อคำถามที่ อสม. ตอบผิดมากคือ การบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากสามารถทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งทดแทนการแปรงฟันได้ คิดเป็นจำนวน 83 คน (ร้อยละ 53.50) ซึ่งความรู้ที่ตอบผิดในรายชื่อนี้จะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่นโรคฟันผุ เพราะการบ้วนปากไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากทดแทนการแปรงฟันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมให้ อสม. เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้ด้านทันตสุขภาพ สามารถดำเนินการได้โดยการให้การอบรมความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก หรือส่งเสริมการดูแลทันตสุขภาพโดยการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษา โดยพื้นฐานทางด้านความรู้ของ อสม. ที่มีระดับปานกลาง จะให้ทำ อสม. เป็นตัวอย่างของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นและมีความรู้ระดับสูงขึ้นไป

อสม. ในเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต. บัววัด อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.50 การที่ อสม. ระดับเจตคติระดับปานกลางนั้น ทำให้ง่ายต่อการส่งเสริมเจตคติด้านทันตสุขภาพให้เพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับมนัสนันท์ ชัยประทาน และสมเดช พินิจสุนทร^๑ ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขต อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับทักษะในการป้องกันโรคฟันผุในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 79.1 มีการรับรู้ที่ถูกต้องว่าการแปรงฟันสามารถป้องกันโรคฟันผุได้ ส่วนที่มีความเข้าใจผิด คือ การถอนฟันทำให้เป็นโรคประสาท หากพิจารณาในรายข้อแล้วพบว่า อสม. ในเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต. บัววัด อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีเจตคติที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดคือข้อที่ 12 (ท่านคิดว่าการใช้ไหมขัดฟันหลังการแปรงฟันสามารถลดการเกิดฟันผุได้) คิดเป็นร้อยละ 14.20 ละ ซึ่งเจตคติในรายข้อนี้ส่งผลถึงปัญหาสุขภาพช่องปากได้ เพราะการแปรงฟันเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่สามารถทำความสะอาดฟันได้อย่างเต็มที่หากแปรงฟันไม่ถูกวิธี การใช้ไหมขัดฟันสามารถทำความสะอาดฟันได้ตามซอกเหงือกและฟัน ช่วยลดการเกิดฟันผุได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต. บัววัด อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
3. กรมอนามัย. เอกสารเกณฑ์การคัดเลือก อสม. ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2560.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524. [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?filename=develop_issue&nid=3779
5. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2560). คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2560.
6. วไลย ปิงแก้ว. สภาวะฟันผุและพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพโดยผู้ปกครองของเด็กอายุ 4-5 ปี อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
7. ปัญญา กิตติพงศ์พิทยา. การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

- ดูแลทันตสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่
อำเภอรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว 1
[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล;
2551.
8. มนัสนันท์ ชัยประทาน และสมเดช พินิจ
สุนทร. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมใน
การป้องกัน โรคฟันผุของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในเขต อำเภอเมือง จังหวัด
หนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพ
ชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558; 3(3):
357-366.
9. อัญญารัตน์ สมตน. ประสิทธิภาพโปรแกรม
ทันตสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้
ความสามารถตนเองที่มีผลต่อความรู้ การ
รับรู้ความสามารถตนเอง ทักษะและการ
ปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบล
ควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง.
โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานสร้างเสริม
สุขภาพช่องปาก หลักสูตรปริญญา
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ทันตสาธารณสุข)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง;
2561.
10. อรุณรัตน์ ชื่นปลัด ยินดี พรหมศิริ
ไพบุลย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน. ผลของ
โปรแกรมทันตสุขภาพโดยการ
ประยุกต์ใช้ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคฟันผุ
ของ อาสาสมัครสาธารณสุข. วารสาร
กรรมการแพทย์. 2560; 42(4): 99-108.

Received: 25 May 2020, Revised: 22 Jun 2020,

Accepted: 26 Jun 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ณิรณช วงศ์เจริญ^{1,*} ทศนรินทร์ รัชตารณรัชต์² พิสิษฐ์ สมงาม³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 72 คน พัฒนารูปแบบโดยใช้วงจร PAOR ดังนี้ (1) การวางแผน เป็นการวิเคราะห์ปัญหา (2) การปฏิบัติการ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (3) การสังเกตการณ์ เป็นขั้นตอนการใช้รูปแบบ (4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการประเมินและติดตามผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ ANOVA ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแนวทางการรับผู้ป่วย วิธีการเยี่ยมบ้าน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.74 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 91.67 ในปี 2560 และการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูกับ ADL พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยในช่วงเดือนที่ 1 มีความแตกต่างของคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 33.33 รองลงมาคือระหว่างเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 มีความแตกต่างของคะแนนเท่ากับ 14.07 จากผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการฟื้นฟูเร็วในช่วงเวลา 3 เดือนแรกจะส่งผลให้มีโอกาสฟื้นตัวสูง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการได้มากที่สุด

คำสำคัญ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรคหลอดเลือดสมอง

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปง

² ผู้อำนวยการ ศูนย์วิจัยและพัฒนากระบวนการเรียนรู้และความปลอดภัยชายฝั่งเศรษฐกิจอ่าวไทยและอันดามัน

³ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องยาง

* Corresponding author: woranuch2419@hotmail.com

Original Article

Development of Continuity of Care Model for stroke patients

Neeranuch Wongcharoen¹, Tasanamin Ratchatathanarat², Phisit Somngam³**Abstract**

The purposes of this action research design were 1) to development of continuity of care model for stroke patients and 2) to compare differences in access to continuity of care and the difference between recovery time and activities of daily living (ADL) during January 2016 till December 2017. The samples were 72 new stroke patients, selected by purposive sampling. Developing model using the cycle of PAOR comprised of four parts: (1) planning was problem analysis (2) action was development of a continuity of care model for stroke patients (3) observe was implement the model and (4) reflection was evaluation. The research instruments comprised of parts; medical record and activities of daily living scale (ADL). Data were analyzed by using descriptive statistics and ANOVA. The findings of this research study revealed that continuity of care model for stroke patients comprised process of patients admission, home visit, multidisciplinary team and continuity of care, stroke patients received continuity of care increased 55.74 percent in 2016, 91.67 percent in 2017 and recovery time and activities of daily living had statistically significant different ($p < .05$). These findings suggest that in first month had highest score difference of 33.33 and followed between 1st month and 3rd month was score difference of 14.07. These findings indicate that, if the stroke patient receives a quickly recovery in the first 3 months, they will highest chance of recovery, reduce complications and reduce disability.

Keyword: Continuity of Care, Stroke¹ Registered nurse, Pong hospital² Director, The Research and development center of Security the coast in gulf and Andaman of Thailand³ Public health technical officer, Ban Rongyang Health Promoting Hospital

* Corresponding author: woranuch2419@hotmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดง เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้ เป็นต้น¹ ซึ่งปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย พบว่า มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 255.85 ต่อประชากรแสน เพิ่มขึ้นเป็น 352.30 ต่อประชากรแสนในปี 2558 และมีอัตราตายต่อแสนประชากรทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 48.13, 47.81 และ 47.15 ตามลำดับ ส่วนของจังหวัดพะเยามีอัตราตายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 51.98, 42.65 และ 46.63 ตามลำดับ² ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนอัตราป่วยและอัตราตายยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ อาทิ การเกิดแผลกดทับ ภาวะข้อติดแข็ง ภาวะท้องผูก การเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุด³ ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องในชุมชนทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยแนวทางการ

จัดบริการต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย⁵ ที่พบว่าผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านช่วยให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นเช่นกัน ดังนั้นเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงควรได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นิยมใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) โดยประกอบด้วยเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ (1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว (Feeding) (2) การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (transfers) (3) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) (4) การเข้าห้องน้ำ (Toilet Use) (5) การอาบน้ำ เช็ดตัว (Bathing) (6) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน (Mobility) (7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) (8) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) (9) การกลั้นอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) (10) การกลั้นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)⁶ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁷ ทั้งนี้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลยังขาดความต่อเนื่องในการประเมิน ตลอดจนยังขาดการนำผลการประเมินมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านรูปแบบเดิมที่ผ่านมาของโรงพยาบาลปง พบว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมยังไม่เป็นระบบ อาทิ ขาดการกำหนดช่วงเวลาในการเยี่ยมบ้านที่แน่นอน ขาดการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีโรงพยาบาลทีมครบแต่ไม่ได้ดำเนินการตามเกณฑ์ กอปรกับภูมิประเทศอำเภอปงมีพื้นที่กว้าง หุบเขารอบด้าน ผู้ป่วยลำบากในการเดินทางเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ด้วยบริบทพื้นที่และจำนวนประชากรมากทำให้หน่วยงานท้องถิ่นไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งหมด ส่วนใหญ่จะเป็นเน้นการช่วยเหลือ รับส่งผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลปงไปรับการรักษาต่อในระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าขาดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน จากข้อมูลการเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน พ.ศ. 2555-2558 ร้อยละ 32.61, 40.82, 45.28 และ 55.74 ตามลำดับ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูล่าช้าหรือขาดโอกาสในการรักษาฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ยังผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และนอกจากนี้ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวสูงขึ้นอีกด้วย จากข้อมูลการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 74.50 เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เกิดแผลกดทับ ข้อติด อุบัติเหตุ มีการติดเชื้อและปัญหาด้านจิตใจ เป็นต้น⁸ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจะทำให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูมีความยุ่งยากมากขึ้น มีโอกาสที่จะเกิดภาวะพิการและเสียชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้พบการศึกษาที่ระบุว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองต่อเนื่องที่บ้านจะส่งทำให้ช่วยลดภาระของผู้ดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น⁹

จากประเด็นปัญหาของระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลปงที่เกิดขึ้น⁸ ทำให้คณะผู้วิจัยจึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มโอกาสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเข้าถึงการรักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการพิการลง โดยผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนา
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2559 - ธันวาคม 2560 โดยผู้วิจัยเป็นคนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการสอบถาม และการ

สังเกตการปฏิบัติตัว และการดูแลของญาติในขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 72 คน และเลือกผู้ป่วยที่มีผลคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) น้อยกว่า 100 และมีการติดตามเยี่ยมบ้านจนครบ 6 เดือน จำนวน 27 ราย มาศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนการพัฒนา

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน PAOR ของ Kemmis and McTaggart¹⁰ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียว (spiral) ที่ต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยมีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโป่ง ในการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาหาแนวในการแก้ปัญหา และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) และการสังเกตการณ์ (Observe) เป็นขั้นตอนที่ใช้รูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นขั้นการประเมินและติดตามผล มี

การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจากแบบประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) ทั้งหมด จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และเมื่อครบเดือนที่ 1, 3 และ 6 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index: ADL)⁶ ประกอบด้วยการประเมิน ดังนี้ (1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว (Feeding) (2) ลูกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (transfers) (3) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) (4) การเข้าห้องน้ำ (Toilet Use) (5) การอาบน้ำ การเช็ดตัว (Bathing) (6) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน (Mobility) (7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) (8) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) (9) การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) (10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) โดยมีเกณฑ์การแปลผลจากคะแนนเต็ม 0-100 คะแนน ดังนี้ (1) คะแนน 0-20 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (very severely disabled) (2) คะแนน 25-45 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (severely disabled) (3) คะแนน 50-70 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (moderately disabled) (4) คะแนน 75-90 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (mildly disabled) และ (5) คะแนน 100 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (Physically Independent but not necessary normal or social independent) โดยผู้วิจัยเป็น

คนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการสอบถาม สังเกตและประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในขณะที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ และทดสอบสมมติฐานในการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) โดยใช้สถิติ ANOVA กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดมีอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 33.30 รองลงมาระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 8.50 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 62.5

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลจากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกระบวนการ PAOR ทำให้เกิดการปรับปรุงระบบการให้บริการผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมองค์กรภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการวิเคราะห์ ติดตามประเมินผล โดยใช้คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) เป็นเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และมีการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยย้อนกลับให้แก่พื้นที่และทีมที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ความแตกต่างของการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนามีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. การรับผู้ป่วย เป็นการรับผู้ป่วยในเชิงรับ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยใน (2) รับผู้ป่วยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (3) รับผู้ป่วยมาจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ปง ในกรณีขอรับคำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน และ 4) รับผู้ป่วยที่มาฟื้นฟูในงานกายภาพบำบัด	1. การรับผู้ป่วย เน้นการรับผู้ป่วยในเชิงรุก ร่วมกับในเชิงรับ การรับผู้ป่วยเชิงรุก คือ เยี่ยมบ้านแบบช่องทางด่วนโดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายตามรายชื่อที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อ ซึ่งนักกายภาพจะตามรายชื่อทุกอาทิตย์ส่งให้งาน HHC การรับผู้ป่วยเชิงรับ คือ รับผู้ป่วยจากช่องทางเดิมทั้งหมด

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
2. วิธีการเยี่ยม ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับมาจากหน่วยงานต่างๆ ขาดความต่อเนื่องในการติดตาม	2. วิธีการเยี่ยม กำหนดระยะเวลาการเยี่ยมทุกวันพฤหัสบดี ทุกอาทิตย์ มีกำหนดแผนการเยี่ยมแต่ละรายชัดเจน
3. ทีมเยี่ยม ไม่ได้กำหนดทีมเยี่ยมชัดเจน การออกเยี่ยมขาดการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ	3. ทีมเยี่ยม เยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัช เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และให้ความสำคัญในการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นรายกรณีในการดูแลผู้ป่วย ประสานงานกับหน่วยงาน อปท. ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
4. การดูแลรักษาต่อเนื่อง เข้าสู่ระบบนัดตามปกติและการฟื้นฟูตามปกติในเวลาราชการ	4. การดูแลรักษาต่อเนื่อง เข้าสู่ระบบนัดตามปกติและการฟื้นฟูตามปกติในเวลาราชการ และการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน โดยนักกายภาพจะเป็นผู้ให้ความรู้ ฝึกทักษะการปฏิบัติในการทำกายภาพที่บ้าน และเพิ่มการฟื้นฟูนอกเวลาในวันเสาร์ที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปง ในรายที่สามารถเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลได้ และส่งเสริมการฟื้นฟูในศูนย์ฮอมฮักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนา

ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบ

ที่พัฒนาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 55.74 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 91.67 ในปี 2560 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนา (n=27)

เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม (คน)	ร้อยละ
รูปแบบการการเยี่ยมบ้านเดิม (2559)	61	34	55.74
รูปแบบการการเยี่ยมบ้านที่พัฒนา (2560)	72	66	91.67

ส่วนที่ 4 ความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL)

ระยะเวลาในการฟื้นฟูกับการคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูหลังป่วยกับคะแนน ADL มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ในการเยี่ยมครั้งแรกกับในเดือนที่ 1 มีความแตกต่างของ

คะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 33.33 คะแนน รองลงมาคือ ระหว่างการเยี่ยมเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 มีความแตกต่างของคะแนนเท่ากับ 14.07 คะแนน แสดงดังตารางที่ 4

จากผลการศึกษาระหว่างความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) การเยี่ยมเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) ระหว่างการเยี่ยมเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 เท่ากับ 1.67

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการฟื้นฟูกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) (n=27)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	p-value
ระหว่างกลุ่ม	41954.40	3	13984.80	<0.0001***
ภายในกลุ่ม	54698.15	104	525.95	

***p<.001

ตารางที่ 4 ตารางนำเสนอการเปรียบเทียบพหุคูณความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูหลังป่วยกับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) (n=27)

คะแนน (ADL)	การเยี่ยมครั้งแรก	การเยี่ยมในเดือนที่ 1	การเยี่ยมในเดือนที่ 3	การเยี่ยมในเดือนที่ 6
การเยี่ยมครั้งแรก	-	33.33*	-	-
การเยี่ยมในเดือนที่ 1	-	-	14.07*	-
การเยี่ยมในเดือนที่ 3	-	-	-	1.67
การเยี่ยมในเดือนที่ 6	-	-	-	-

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 และเพศหญิง ร้อยละ 33.30 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด ระหว่าง

55-59 ปี ร้อยละ 33.30 รองลงมา ระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 18.50 อายุ ความแตกต่างระหว่างคะแนน ADL ในการเยี่ยมครั้งแรกกับเดือนที่ 1 มีความแตกต่างของคะแนนสูงที่สุดโดยมีค่าความต่างเท่ากับ 33.33 คะแนน รองลงมาคือ คะแนน

การเยี่ยมเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 มีความแตกต่างของคะแนนเท่ากับ 14.07 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากความแตกต่างของคะแนน ADL แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ส่วนการเยี่ยมเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนน ADL ระหว่างการเยี่ยมเดือนที่ 3 กับเดือนที่ 6 เท่ากับ 1.67 ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ช่วงเวลา 3 เดือนแรกหากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพเร็ว จะทำให้มีโอกาสฟื้นตัวสูง ลดการเกิดความพิการได้มากที่สุด ทั้งนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาจจะต่ำในช่วงแรกของความเจ็บป่วย แต่จะดีขึ้นเมื่อระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยรวมได้เป็นส่วนใหญ่ ภายหลังการจำหน่าย 30 วัน ($\bar{X}=75.08$, $SD=23.890$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)¹¹ และการศึกษาที่พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ (40.50 คะแนน) และเมื่อติดตามเป็นระยะในวันจำหน่ายหลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (80.10 คะแนน)¹²

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองเชื่อมโยงต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนครอบคลุมพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยแนวทางการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่ายที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านช่วยให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ⁵ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีระบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ตอบสนองปัญหาเฉพาะรายภายใต้บริบทของผู้ป่วยแต่ละคน เน้นการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้สามารถสรุปกระบวนการดูแล ได้ดังนี้ (1) มีระบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สนับสนุนและร่วมกันพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (2) การจัดระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามบริบทของแต่ละราย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น (3) ประสานงานกับชุมชน เพื่อรวบรวมทรัพยากรในชุมชน และการสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (4) มีการวิเคราะห์ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่ร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่พบว่าประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นจริงและจัดทำแผนปฏิบัติการ (2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ภาควิชาการและภาคท้องถิ่น (3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการติดตามเยี่ยมบ้าน (4) ระบบที่ปรึกษาาร่วมกันในเครือข่าย และ (5) ทีมพี่

เลี้ยงติดตามกำกับและประเมินผลเป็นระยะ¹³ ทั้งนี้การมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน มีระบบการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงทุกระยะเจ็บป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁸ และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย¹⁴ นอกจากนี้ยังช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายกรณีได้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้นในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาคพบว่าผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูเร็วที่สุดด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลร่วมกัน โดยเฉพาะใน 1-3 เดือนแรกจะมีความแตกต่างของระหว่างคะแนน ADL มากที่สุด ดังนั้นการนำรูปแบบการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีขึ้นจากการพัฒนารูปแบบ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การสนับสนุนและร่วมกันพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การได้รับสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และมีการวิเคราะห์ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสภาพเร็วและยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับสู่สภาพปกติ ลดอัตราการเกิดความพิการ และยังเพิ่มโอกาสของผู้ป่วยในการเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพ การดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยรายกรณี การดูแลที่คำนึงถึงความแตกต่างของบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนแรก เพื่อส่งเสริมการรักษา ฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลปง ทิมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปางป๋วยและครอบครัว รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ก้องเกียรติ ภูณภัทธรากกร. ประสาทวิทยาพันยุค. กรุงเทพมหานคร: พราวเพรส 2002 จำกัด; 2553.
2. กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อปี 2559-2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤษภาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
3. บรรณพรวรรณ ทรัพย์เคราะห์ สุพัตรา อังสุโรจน์กุล สิทธิ อติรัตน์นา พรพชร กิตติเพ็ญกุล, ลัดดา ลากศิริอนันตกุล. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: The sun group; 2554.
4. กุสุมา สุวรรณบุรณ์. การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2561; 14(3): 3-15.

5. นิภาพร ภิญโญศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551. 117 หน้า.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด; 2558.
7. รัตนาพร สายตรี ปญญพัฒน์ ไชยเมล์ สมเกียรติยศ วรเดช. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(2): 1-13.
8. โรงพยาบาลปง. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลปง ประจำปีงบประมาณ 2560. (เอกสารไม่ตีพิมพ์); 2560.
9. Ugur HG, Erci B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. Acta Clin Croat 2019; 58(2): 321-32.
10. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Australia: 1992.
11. เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาฤกษ์ ป้องเจริญ. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2552; 21(1): 4-21.
12. อรุณี ชาญชัย. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับความพึงพอใจในการดูแลตามโปรแกรมของผู้ดูแล/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2557; 25(1): 78-89.
13. วรณิษา ประกายสี วรพจน์ พรหมสัตยพรต นิสากร วิบูลชัย. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เทศบาลตำบลวาปีปทุม อำเภอลำปำปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(1): 99-111.
14. เนติมา คูณิย์. การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2557.

Received: 13 May 2020, Revised: 3 Jul 2020,

Accepted: 14 Jul 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการออกกำลังกายด้วยวิธีเดินบาสโลบ ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

सानนท์ เลาหบุตร^{1,*} ภณิชา จงสุภาวงศ์กุล¹

บทคัดย่อ

ประชากรไทยอายุเกิน 35 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.6 คนที่อายุเกิน 65 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18.00 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และผลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลองซึ่งเดินบาสโลบและกลุ่มควบคุมซึ่งไม่เดินบาสโลบในชมรมสุขภาพตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวนกลุ่มละ 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติตน และผลสุขภาพด้านโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า 1. กลุ่มเดินและไม่เดินบาสโลบมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและโรคเบาหวานแตกต่างกัน 2. กลุ่มเดินและไม่เดินบาสโลบมีการปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวานแตกต่างกันเล็กน้อย 3. การออกกำลังกายด้วยวิธีเดินบาสโลบมีผลต่อสุขภาพทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสุขภาพดีขึ้น 4. ผลการทดสอบค่าสถิติด้วย t – test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่า 1) การเดินบาสโลบไม่มีผลต่อการเกิดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและโรคเบาหวาน 2) การเดินบาสโลบมีผลต่อการเกิดการปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน (p – Value < 0.05) 3) ผลสุขภาพ (1) ค่าน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) (2) ค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) (3) ค่า Systolic (mm.Hg) (4) ค่า Diastolic (mm.Hg) (5) Pulse Pressure (mm.Hg) (6) ค่าระดับความเครียด และ (7) ภาวะสุขภาพทั่วไป ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (p – Value < 0.05) สรุปได้ว่า การเดินบาสโลบมีผลต่อการเกิดสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย บาสโลบ

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

* Corresponding author: mesalbootr.8_@hotmail.com

Original Article

Effect of Baslob Dance Exercise to Health Promotion for Diabetes Mellitus Patient type 2

Sanont Laohabootr^{1,*}, Panitcha Jongsupangkul¹

Abstract

It was found that 9.6 percent of diabetes mellitus Thai population were over 35 years old one and 18 percent of them were over 65 years old one.¹ Objective of research were comparing exercise knowledge, diabetes mellitus prevention practice and health of diabetes mellitus type 2 patient in case and control group. The samples were 33 cases who exercised with Baslob dance and 33 controls (none it) in the health club in Khu Bua Sub district, Muang District, Ratchaburi Province. Tool used in this research were questionnaire for collecting knowledge, practice and health of them. Results of this study were shown that: 1. Exercise and diabetes mellitus knowledge of case and control group were different from each other. 2. Case and control group's diabetes mellitus prevention and control practice had little difference. 3. Baslob dance effected to diabetes mellitus type 2 patient's better health 4. The results of the statistical values test with *t* - test at 95%, It was shown that: 1) Baslob dance did not effect to have their knowledge. 2) It effected to have their practice (*p* – Value < 0.05). 3) Health results were as follows: (1) Fasting Blood Sugar (2) HbA1C (3) Systolic value (mm.Hg) (4) Diastolic value (mm.Hg) (5) Pulse Pressure value (mm.Hg) (6) Stress level value and (7) General health of them differed each other at 0.05 level of significance (*P*-value < 0.05). It was summarized that Baslob dance has a good effect on health.

Keywords: diabetes mellitus type 2 patient, health promotion, exercise, Baslob

¹ Lecturer, Public Health Program, College of Muaythai Study and Thai Traditional Medicine, Muban Chombueng Rajabhat University

* Corresponding author: mesalbootr.8_@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์ว่า มีผู้ป่วยเป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคน และได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 กรณีในประเทศไทยพบว่าประชากรไทยทุก ๆ 100 คนจะมีผู้เป็นเบาหวานถึง 8 คนโดยคนที่มีอายุเกิน 35 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.6 คนที่มีอายุเกิน 65 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18 สำหรับประเทศไทยและประเทศในพื้นที่ทวีปเอเชียมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 99 เป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 หรือเบาหวานที่พบในผู้ใหญ่และไม่มีแนวโน้มในการเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน ในขณะที่ในพื้นที่ทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 เพียงร้อยละ 85 เท่านั้น¹

รายงานสรุปการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบว่า เฉพาะภายในช่วงปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับ 1,863.39 ต่อแสนประชากร มีอัตราเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน เท่ากับ 18.45 ต่อแสนประชากร² ณ 10 ม.ค. 2561 พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดของจังหวัดราชบุรีที่ยังไม่ป่วยเป็น เบาหวานจำนวน 356,923 คน คัดกรองเบาหวานด้วยการเจาะน้ำตาลในเลือด จำนวน 305,249 คน คิดเป็นร้อยละ 85.52 แบ่งเป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 94.71 เสี่ยงร้อยละ 4.3 และเสี่ยงสูง ร้อยละ 0.59³ และผลการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี เกี่ยวกับ

โรคเบาหวานของพื้นที่หมู่ 1 – 15 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบัว อ.เมือง จ.ราชบุรี ช่วงระยะเวลาปี พ.ศ. 2557 – 2560 พบว่า มีอัตราความชุก เท่ากับ 7,446.47 ต่อ แสนประชากร

ทีมผู้ศึกษาวิจัยเล็งเห็นประโยชน์ของการศึกษาวิจัยผลของการออกกำลังกายด้วยวิธีเดินบาสโลบในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ทราบเข้าใจ และพบแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานต่อไป จึงจัดทำวิจัยในครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และผลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลองซึ่งเดินบาสโลบและกลุ่มควบคุมซึ่งไม่เดินบาสโลบ และมีคำถามวิจัยในครั้งนี้ว่า การเดินบาสโลบมีผลช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพสมบูรณ์และแข็งแรงขึ้นหรือไม่ในด้าน 1) ความรู้ในการออกกำลังกายและการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) การปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) ค่าน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) 4) ค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) 5) ค่าความดันโลหิต 6) ค่าระดับความเครียด 7) ภาวะสุขภาพทั่วไป ทั้งนี้ทีมผู้ศึกษาวิจัยใช้พื้นที่หมู่ 1 – 15 ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ด้วยเหตุผลคือ พื้นที่นี้มีชมรมสุขภาพเพื่อการออกกำลังกายหลายชนิดและมีการเดินบาสโลบเป็นประจำ รวมทั้งสมาชิกของชมรมสุขภาพนี้มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากอยู่ด้วย และผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ให้ความสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภทการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีการตรวจวัดเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และผลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มทดลองซึ่งเดินบาสโลบและกลุ่มควบคุมซึ่งไม่เดินบาสโลบในชมรมสุขภาพตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวนกลุ่มละ 33 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่หมู่ 1 - 15 ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 171 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ได้ขนาดตัวอย่าง 121 คน หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างจำแนกเป็น 1) กลุ่มทดลอง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ด้วยเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการออกกำลังกายด้วยวิธีเดินบาสโลบในชมรมสุขภาพเขตพื้นที่หมู่ 1 - 15 ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 33 คน 2) กลุ่มควบคุม โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยจัดทำบัญชีรายชื่อของประชากรและใช้ตารางเลขสุ่ม (Random Number Table) จำนวน 33 คน

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติตน และผลสุขภาพด้านโรคเบาหวาน 1) ค่าระดับความเครียด และ 2) ภาวะสุขภาพทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพ (1) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) (2) ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) (3) ระดับ Systolic (mm.Hg) (4) ระดับ Diastolic (mm.Hg) และ (5) ระดับ Pulse Pressure (mm.Hg)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การศึกษาข้อมูลทั่วไปและลักษณะประชากรของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้ส่วนการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean)

2) การศึกษาข้อมูลความรู้ในการออกกำลังกายและการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และข้อมูลผลสุขภาพในช่วงเวลาและหลังเข้าทำการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ส่วนการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD)

3) หาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการออกกำลังกายและการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยของผลสุขภาพ (1) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) (2) ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) (3) ระดับ Systolic (mm.Hg) (4) ระดับ Diastolic (mm.Hg) (5) ระดับ Pulse Pressure (mm.Hg) (6) คะแนนระดับความเครียด

(7) ภาวะสุขภาพทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระกัน (Independent t – test) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

วิธีการวิเคราะห์

1) นำชุดข้อมูลหมวดข้อมูลทั่วไปและลักษณะประชากรบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Excel แล้วคำนวณด้วยสูตร โปรแกรม Excel หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)

2) นำชุดข้อมูลหมวดข้อมูลระดับความรู้การปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และข้อมูลผลสุขภาพของกลุ่มทดลองในช่วงเวลาและหลังเข้าทำการทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทำการทดลองในกลุ่มทดลองผ่านพ้นไปแล้ว บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Excel แล้วคำนวณด้วยสูตรโปรแกรม Excel หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบค่าสถิติด้วยสูตร t – test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

3) ใช้โปรแกรม Excel จัดทำชุดนำเสนอข้อมูลซึ่งผ่านการวิเคราะห์แล้ว ให้เป็นตาราง แผนภูมิ และกราฟ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) ใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แปลผล ข้อมูลระดับความรู้ การปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และข้อมูลผลสุขภาพในช่วงเวลาและหลังเข้าทำการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2) ใช้เครื่องมือสถิติ t – test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ทดสอบหาค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการออกกำลังกายและการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และค่าเฉลี่ยผล

สุขภาพ (1) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) (2) ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) (3) ระดับ Systolic (mm.Hg) (4) ระดับ Diastolic (mm.Hg) (5) ระดับ Pulse Pressure (mm.Hg) (6) คะแนนระดับความเครียด และ (7) ภาวะสุขภาพทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จริยธรรมการวิจัย

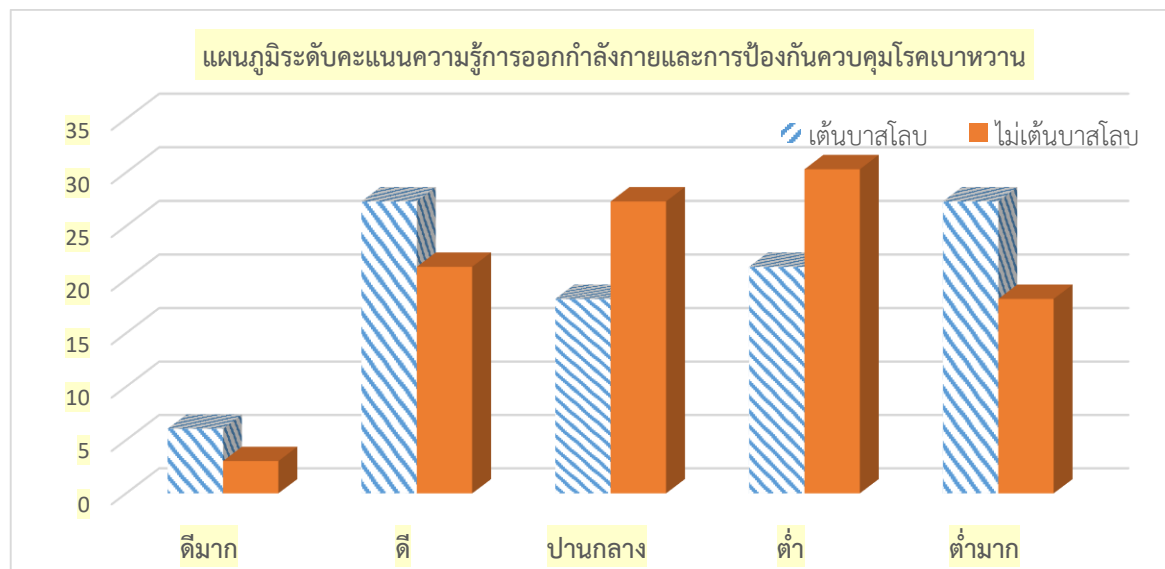
ผู้ศึกษาจะได้ยึดหลักการปฏิบัติด้านจริยธรรมสากล ดังนี้ (1) การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (2) คุณประโยชน์สูงสุดและไม่ก่อให้เกิดอันตราย และ (3) หลักความยุติธรรม ทั้งนี้โดยคำนึงถึงการเคารพในความเป็นมนุษย์ การให้ความยินยอมโดยผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยซึ่งต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ การศึกษานี้จะเคารพในความเป็นส่วนตัว และเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโครงการตามหลักสากล

ผลการวิจัย

จากการศึกษาตามโครงการวิจัย ผลของการออกกำลังกายด้วยวิธีเดินบาสโลบในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่หมู่ 1 - 15 ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 – 31 มกราคม 2563 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มออกกำลังกายด้วยวิธีเดินบาสโลบได้คะแนนความรู้ระดับดี - ดีมาก ร้อยละ 33.36 แตกต่างจากกลุ่มไม่ออกกำลังกายวิธีเดินบาสโลบซึ่งได้คะแนนความรู้ระดับดี - ดีมาก ร้อยละ 24.23 และกลุ่มทดลองได้คะแนนความรู้ระดับต่ำ - ต่ำมาก ร้อยละ 48.5 ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งได้คะแนนระดับต่ำ-ต่ำมาก ร้อยละ 48.5 ดังตาราง 1 และรูปภาพที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านการออกกำลังกายเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับความรู้ (คะแนน)	กลุ่มทดลอง (N = 33)		กลุ่มควบคุม (N = 33)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก (ตั้งแต่ 13.5 คะแนน)	2	6.1	1	3
ดี (12 - 13.4 คะแนน)	9	27.3	7	21.2
ปานกลาง (10.5 - 11.4 คะแนน)	6	18.1	9	27.3
ต่ำ (9 - 10.4 คะแนน)	7	21.2	10	30.3
ต่ำมาก (น้อยกว่า 9 คะแนน)	9	27.3	6	18.2



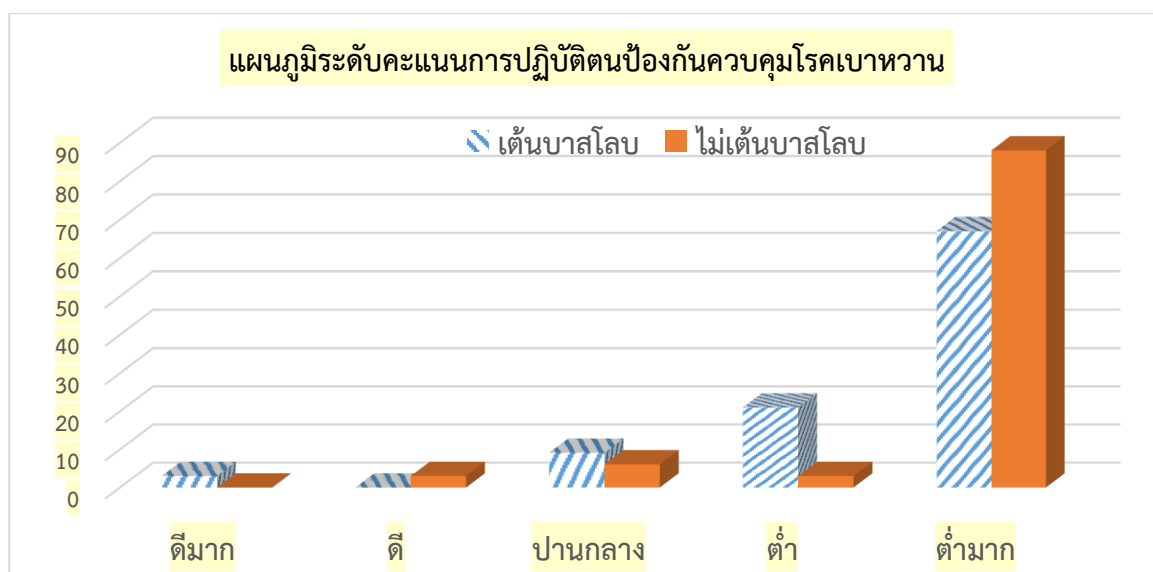
รูปภาพที่ 1 แผนภูมิระดับความรู้การออกกำลังกายและการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มออกกำลังกายด้วยวิธีเต้นบาสโลบได้คะแนนระดับการปฏิบัติตนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ระดับดี - ดีมาก ร้อยละ 3 ไม่แตกต่างจากกลุ่มไม่ออกกำลังกายวิธีเต้นบาสโลบซึ่งได้คะแนนระดับดี - ดีมาก ร้อยละ 3 กลุ่ม

ทดลองได้คะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 9.1 แตกต่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้คะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 6.1 และกลุ่มทดลองได้คะแนนระดับต่ำ - ต่ำมาก ร้อยละ 67 แตกต่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้คะแนนระดับต่ำ - ต่ำมาก ร้อยละ 88 ดังตารางที่ 2 และรูปภาพที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานจำแนกตามกลุ่มทดลอง (n = 33) และกลุ่มควบคุม (n = 33)

ระดับคะแนนการปฏิบัติตน ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ดีมาก (ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป)	1	3	0	0
ดี (15 - 16.9 คะแนน)	0	0	1	3
ปานกลาง (13 - 14.9 คะแนน)	3	9.1	2	6.1
ต่ำ (11 - 12.9 คะแนน)	7	21	1	3
ต่ำมาก (น้อยกว่า 11 คะแนน)	22	67	29	88



รูปภาพที่ 2 ระดับคะแนนการปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า หลังการเดินบาสโลบของกลุ่มทดลองครบ 12 สัปดาห์ ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) 3) ระดับ Systolic (mm.Hg) 4) ระดับ Diastolic (mm.Hg) 5) ระดับ Pulse Pressure (mm.Hg) 6) ค่าระดับความเครียด และ 7) ภาวะสุขภาพทั่วไปกับกลุ่มควบคุม ได้ผลดังตาราง 3 พบว่า 1) ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่กลุ่ม

ควบคุมเกินเกณฑ์ปกติ 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงของกลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่กลุ่มควบคุมเกินเกณฑ์ปกติ 3) ระดับ Systolic ระดับ Diastolic และระดับ Pulse Pressure ของกลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่กลุ่มควบคุมเกินเกณฑ์ปกติ 4) ค่าระดับความเครียด (คะแนน) ของกลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่กลุ่มควบคุมเกินเกณฑ์ปกติ และภาวะสุขภาพทั่วไป (คะแนน) ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามกลุ่มทดลอง (N = 33) และกลุ่มควบคุม (N = 33)

รายการตรวจวัดสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1. ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) (mg./dl.)	98.2	133.4
2. ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) (mg.%)	5.3	6.4
3. ระดับ Systolic (mm.Hg)	138.4	144.6
4. ระดับ Diastolic (mm.Hg)	88.5	96.7
5. ระดับ Pulse Pressure (mm.Hg)	48.9	59.4
6. ค่าระดับความเครียด (คะแนน)	8.6	13.2
7. ภาวะสุขภาพทั่วไป (คะแนน)	4.4	3.4

ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของคะแนนเฉลี่ย (1) ด้านความรู้ในการออกกำลังกายเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน (2) ด้านการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และ (3) ด้านภาวะสุขภาพ จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด (FBS), ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C), ระดับ Systolic, ระดับ Diastolic, ระดับ Pulse Pressure, ค่าระดับความเครียด และภาวะสุขภาพทั่วไป ได้ผลดังตาราง 4, 5 และ 6

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

เรื่อง ที่	รายการศึกษาวิจัย (ค่าคะแนนปัจจัย ศึกษา)	กลุ่ม	ค่าสถิติ							
			$\bar{x}$	μ	S^2	n	df	t	Critical Value of t	P Value
1	ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน	ทดลอง	10	0	8.0	33	61	0.1	1.6702	0.1
		ควบคุม	10.1	0	4.6	33				

ผลในตารางที่ 4 ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95% จึงสรุปได้ว่าการเดินบาสโลบไม่มีผลต่อการเกิดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและโรคเบาหวาน

ผลในตารางที่ 5 ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนควบคุมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95% ($p - value < 0.05$) จึงสรุปได้ว่า การเดินบาสโลบมีผลต่อการเกิดการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานที่ดีขึ้น

ผลในตารางที่ 6 ค่าความแตกต่างระหว่าง ค่าระดับความเครียด และ 7. ภาวะสุขภาพทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของคะแนนเฉลี่ยด้าน ต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับค่าความ ภาวะสุขภาพ 1. ระดับน้ำตาลในเลือด 2. ระดับ เชื่อมัน 95% ($p - value < 0.05$) จึงสรุปได้ว่า น้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง 3. ระดับ Systolic การเดินบาสโลบมีผลต่อการเกิดสุขภาพที่ดีขึ้น 4. ระดับ Diastolic 5. ระดับ Pulse Pressure 6.

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

เรื่อง ที่	รายการศึกษาวิจัย (ค่าคะแนนปัจจัย ศึกษา)	กลุ่ม	ค่าสถิติ							
			$\bar{x}$	μ	S^2	n	df	t	Critical Value of t	P Value
1	การปฏิบัติตนเพื่อการ ป้องกันและควบคุม โรคเบาหวาน	ทดลอง	9	0	13.6	33	62	2.1	1.6698	0.02
		ควบคุม	7.3	0	8.14	33				

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของคะแนนเฉลี่ยด้าน ภาวะสุขภาพ

เรื่อง ที่	รายการศึกษาวิจัย (ค่าคะแนนปัจจัย ศึกษา)	กลุ่ม	ค่าสถิติ							
			$\bar{x}$	μ	S^2	n	df	t	Critical Value of t	P Value
1	ระดับน้ำตาลในเลือด (mg./dl.)	ทดลอง	98.2	0	78.2	33	42	7.9	1.6824	0.0005
		ควบคุม	133.4	0	577	33				
2	ระดับน้ำตาลสะสมใน เม็ดเลือดแดง (mg.%)	ทดลอง	5.4	0	0.2	33	51	7.2	1.6753	0.0005
		ควบคุม	6.9	0	0.6	33				
3	ระดับ Systolic (mm.Hg)	ทดลอง	138.4	0	93.9	33	52	1.8	1.6747	0.025
		ควบคุม	144.6	0	301	33				
4	ระดับ Diastolic (mm.Hg)	ทดลอง	88.5	0	63.4	33	56	3.2	1.6725	0.0005
		ควบคุม	93.7	0	155.8	33				
5	ระดับ Pulse Pressure (mm.Hg)	ทดลอง	48.9	0	23.9	33	56	6.6	1.6725	0.0005
		ควบคุม	59.4	0	59.8	33				
6	ค่าระดับความเครียด (คะแนน)	ทดลอง	8.6	0	0.5	33	37	8.9	1.6871	0.0005
		ควบคุม	13.2	0	8.5	33				
7	ภาวะสุขภาพทั่วไป (คะแนน)	ทดลอง	4.4	0	0.1	33	37	6.6	1.6871	0.0005
		ควบคุม	3.4	0	0.7	33				

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า การเดินบาสโลบไม่มีผลต่อการเกิดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและโรคเบาหวานในกลุ่มที่เดินบาสโลบเป็นประจำ แต่มีผลต่อการเกิดการปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวานที่ดีมากขึ้นในกลุ่มที่เดินบาสโลบเป็นประจำ และการเดินบาสโลบมีผลต่อการเกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในด้านระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง ระดับความดันโลหิต ระดับแรงดันชีพจร ค่าระดับความเครียด และ ภาวะสุขภาพทั่วไปในกลุ่มที่เดินบาสโลบเป็นประจำ

อภิปรายผลการวิจัย

ในขั้นตอนต่างๆของการดำเนินงานการศึกษาวิจัยผลของการออกกำลังกายด้วยวิธีเดินบาสโลบในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ทีมผู้วิจัยได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงดังนี้

1. การเดินบาสโลบมีผลต่อการเกิดการปฏิบัติตนป้องกันควบคุมโรคเบาหวานที่ดีมากขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง อาจเกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจจากการเดินบาสโลบ แล้วทำให้เกิดการปฏิบัติที่ดีขึ้นในด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิติ บุญแก้ว และคณะ พบว่า แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .01$)³

2. การเดินบาสโลบมีผลต่อการเกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง มีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยของเยี่ยม คงเรืองราช และคณะ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการวิจัยของกลุ่มทดลองที่มีการออกกำลังกายแบบฟอนทอมลากลอน ($\bar{x} = 7.55, SD = 0.81$)

ต่ำกว่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ($\bar{x} = 8.63, SD = 1.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการวิจัยของกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 7.55, SD = 0.81$) ต่ำกว่าก่อนการวิจัย ($\bar{x} = 8.37, SD = 1.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁴ และสอดคล้องกับชินโชติ ทองตัน และจุฬารณย์ โสตะ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน Paslop แบบประยุกต์มีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงความแข็งแรงของขาและการทรงตัวในผู้สูงอายุ⁶

3. กรณีการเดินบาสโลบไม่มีผลต่อการเกิดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน อาจมีผลมาจากปริมาณกลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไป จึงควรมีการเพิ่มปริมาณกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นถ้ามีการต่อยอดงานทำวิจัยต่อไปในแนวทางนี้

กิตติกรรมประกาศ

ภายใต้ความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยได้รับแรงใจและกำลังใจจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำราญ สุขแสง คณบดีวิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย คณาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย และสาขาวิชามวยไทยศึกษา และพลศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานฝ่ายสนับสนุนของวิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง (เมืองราชบุรี) จึงทำให้บทความวิจัยฉบับนี้บรรลุผลสำเร็จในระดับที่ทำให้ทีมผู้วิจัยรู้สึกภาคภูมิใจ ท้ายที่สุดนี้ ทีมผู้วิจัยต้องขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบัว สมาชิกชมรมสุขภาพ

ออกกำลังกายตำบลคูบัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ใหญ่บ้านหมู่ 1 - 15 ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าของพวกท่านช่วยเหลือในการประสานงานด้านต่าง ๆ ตามกระบวนการทำงานวิจัยครั้งนี้ จนทำให้บทความวิจัยฉบับนี้บรรลุผลสำเร็จอย่างน่าภาคภูมิใจ และพร้อมที่จะสร้างสรรค์ผลงานให้แก่สังคมต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. เจาะลึกระบบสุขภาพ. สถานการณ์โรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>.
2. สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 14 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/11/diabetes.pdf.
3. นิตี บุญแก้ว, นาธีรัตน์ จิตรมนตร์, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร 2558; 42:84-94.
4. เยี่ยม คงเรืองราช, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, นาดา ลัคนหทัย. ผลของการออกกำลังกายแบบฟิชั่น หมอลำกลอนต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร 2555; 39:105-116.
5. แบบสรุปผลการดำเนินงานตามประเด็นตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ปีงบประมาณ 2561 จังหวัดราชบุรี เขตบริการสุขภาพที่ 5 รอบที่ 1 วันที่ 25 – 26 มกราคม 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/DM-HT.pdf>.
6. ชินโชติ ทองตัน และจุฬารณ โสตะ. ผลของโปรแกรมการเดิน Paslop แบบประยุกต์ที่มีต่อความแข็งแรงของขาและการทรงตัวในผู้สูงอายุ. วารสารกรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทย สุขภาพดี 2561; มกราคม – มีนาคม: 33 – 42. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: www.advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health/2561.

Received: 2 Jun 2020, Revised: 10 Jul 2020,

Accepted: 14 Jul 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการฝึกเดินลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุเพศหญิง

ณัฐชัย พรหมไม้^{1,*} อารณ โพธิ์ภา²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการฝึกเดินลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบาที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 60-69 ปี จำนวน 40 คน เป็นผู้สูงอายุโรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย อำเภอลำลูกกา จังหวัดนนทบุรี จำนวน 22 คน เป็นกลุ่มทดลองและผู้สูงอายุในโรงเรียนวัดพระโต อำเภอมะนัง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 18 คน เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง มีรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการฝึกเดินลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา และแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า การฝึกลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา (กลุ่มทดลอง) และการออกกำลังกายแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) พัฒนาด้านความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแขน, ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา สมรรถภาพทางกายด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ ลีลาศ หลักการฝึกหนักสลับเบา สมรรถภาพทางกาย ผู้สูงอายุ

¹ นิสิต สาขาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการกีฬา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author : diao.aea@gmail.com

Original Article

The Effectiveness of Dance Sport Training Program with the Principles of Interval Training on Physical Fitness of Women Elderly

Natthachai Phommo^{1,*}, Arporn Popa²

Abstract

The purpose of this research was to study the dance sport training program with the principles of Interval training on physical fitness of the elderly female. The sample consisted of 40 women aged 60-69 years old, 22 were from Duan-Yai elderly school, Wang Hin district to be the experimental group and 18 were from Watprato elderly school, Mueang district Sisaket province for the control group, selected by purposive sampling. Quasi-Experimental research design was used. The research instruments consisted of a dance sport training program with the principles of interval training and the physical fitness test for elderly. The statistics for data analysis used mean, standard deviation and compare the mean difference scores of the physical fitness after the training with dependent samples t-test for statistical significance at the 0.05 level. The results of the research showed that dance sport training program with the principles of Interval training (experimental group) and normal exercise (control group) can develop the cardiorespiratory fitness, both groups were statistic significant difference at the level of 0.05. While the strength and endurance of the arm muscles, the strength and endurance of the leg muscles, flexibility and agility course were no significant difference at 0.05 level.

Keywords: Dance Sport, Interval Training, Physical Fitness, Elderly

¹ Student of Health and Sport Science Major, Faculty of Education, Mahasarakham University

² Lecturers of Health and Sport Science Department, Faculty of Education, Mahasarakham University

* Corresponding author: diao.aea@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ส่งผลให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) รวมถึงประเทศไทยที่มีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 18 นับเป็นอันดับสองของอาเซียน¹ และจากการวิจัยก่อนหน้านี้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกำลังประสบปัญหาการมีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย เนื่องจากการลดลงของสมรรถภาพของร่างกายตามวัย โดยเฉพาะเพศหญิงมีสัดส่วนปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสูงกว่าชาย ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยโดยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในการตรวจร่างกาย ปี 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วย และ จำนวนโรคเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยที่มากกว่าเพศชาย โดยโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพผู้สูงอายุตามความชุก ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อกระดูก ร้อยละ 11.5 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.9 โรคต่อมไทรอยด์และโรคเบาหวานร้อยละ 3.4 โรคหัวใจ ร้อยละ 1.9 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.6 และปัญหาการเจ็บป่วย ไม่สบายเพศหญิงจะมีความชุกสูงกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ และโดยรวม ร้อยละ 40.3 และ 35.0^{2,3} ซึ่งพบว่าความทุพพลภาพและพึ่งพาเพศหญิงสูงกว่าชาย^{4,5}

ในปัจจุบันมีการศึกษาจากนักวิชาการอย่างแพร่หลายที่ช่วยในการพัฒนาสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ เช่น การใช้กิจกรรมนันทนาการด้วยลีลาศ ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวกับสุขภาพ การทรงตัว และการล้ม^{6,7} นอกจากนี้พบว่า ลีลาศยังช่วยพัฒนาจิตใจและอารมณ์อีกด้วย ทั้งนี้ ลีลาศนอกจากจะเป็นกิจกรรมนันทนาการที่ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์แล้ว ยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพพลานามัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงสมบูรณ์อันจะทำให้มีชีวิตยืนยาวและมีความสุข ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง⁸ นอกจากนี้ยังมีการ

ออกกำลังกายด้วยลีลาศโดยจังหวะปิกิน ช่าช่าช่า และวอลซ์ ต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการ หกล้ม พบว่าผู้สูงอายุมีการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง⁹ และออกกำลังกายด้วยเพลงลีลาศจังหวะปิกินยังเพิ่มความสามารถในการทรงตัวขณะที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและช่วยเพิ่มความเร็วในการเดินในผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มได้¹⁰

ในวงการวิทยาศาสตร์การกีฬาพยายามหา รูปแบบการฝึกที่หลากหลายเพื่อให้เกิดผลที่ดีที่สุด สำหรับการพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันมีการฝึกรูปแบบที่น่าสนใจ คือ การฝึกหนักสลับเบา (Interval training) เป็นการฝึกคาร์ดิโอแบบหนึ่งที่ใช้ความหนักแบบหนักสลับเบา สลับกันเป็น ช่วง ๆ ตลอดการฝึกสามารถใช้กับการฝึกชนิดต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นวิ่ง การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ ใช้ได้กับผู้เริ่มต้นออกกำลังกาย และ การฝึกซ้อมในกีฬามากมาย¹¹ ซึ่งรูปแบบการฝึกหนักสลับเบาสามารถช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกายให้ดีขึ้นได้ โดยที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับการในเรื่องการฝึกแบบหนักสลับเบา โดยการออกกำลังกายหนักเท่ากับ 80 – 90% ของอัตราการเต้นของหัวใจสำรอง ช่วงละ 3 นาที สลับช่วงกันเช่นนี้รวม 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์มีผลทำให้สมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มขึ้นและพัฒนาสุขสมรรถนะ¹² ซึ่งเป็นการเลือกสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านความทนทานของระบบหัวใจให้ดีขึ้น ซึ่งรูปแบบการฝึกแบบหนักสลับเบาเป็นอีกแนวทางเลือกที่ช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีแนวคิดที่จะใช้กิจกรรมนันทนาการด้วยลีลาศและหลักการฝึกแบบหนักสลับเบา ประยุกต์เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศแบบหนักสลับเบาเพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย

คุณภาพชีวิต อีกทั้งการอยู่ร่วมกับสังคมของ
ผู้สูงอายุ ได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

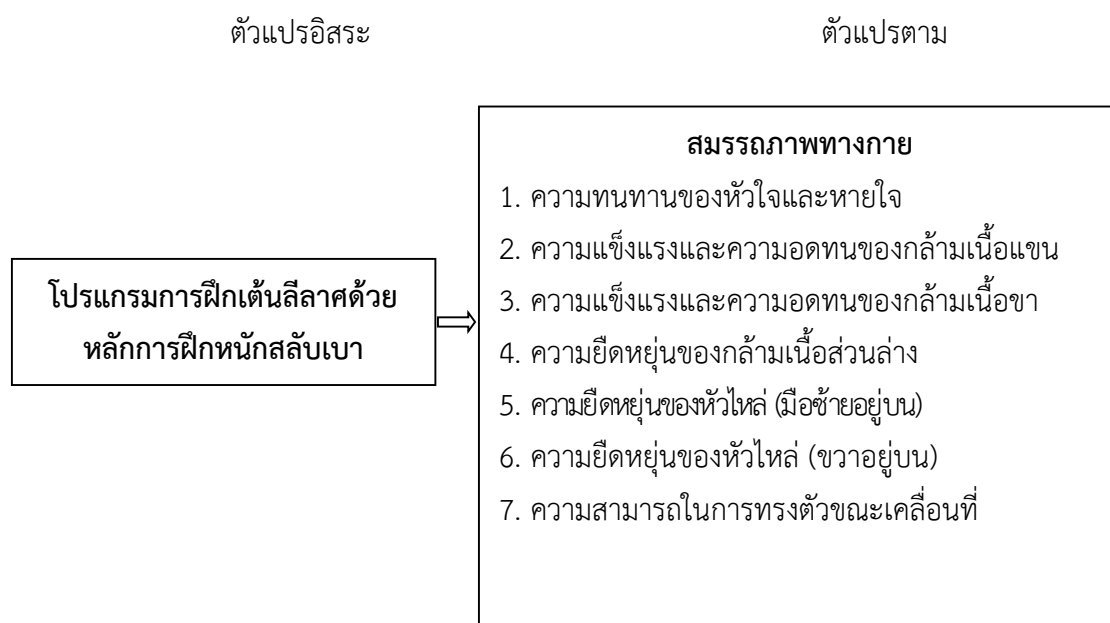
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกเดิน
ลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบาที่มีต่อ
สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุเพศหญิง

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมการฝึกเดินลีลาศด้วยหลักการฝึก
หนักสลับเบา มีผลให้การพัฒนาสมรรถภาพทางกายของ
ผู้สูงอายุดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ลีลาศ หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย
ประกอบกับจังหวะดนตรีและท่าทาง ที่เป็นแบบ
แผน

จังหวะวอลซ์ หมายถึง การเคลื่อนไหวของเท้า
ตามแบบแผนโดยมีจังหวะเพลงที่ความเร็ว 28-30
บาร์/นาที

จังหวะซ่า ซ่า ซ่า หมายถึง การเคลื่อนไหวของ
เท้าตามแบบแผนโดยมีจังหวะเพลงที่ความเร็ว 30-
32 บาร์/นาที

โปรแกรมการฝึกเดินลีลาศด้วยหลักการ
หนักสลับเบา หมายถึง การเดินประกอบเพลง
ลีลาศซึ่งมีช่วงหนักสลับเบาโดยมีจังหวะเพลง วอล
และซ่าซ่าซ่า เป็นการกำหนดความหนักและช่วง
เบา

สมรรถภาพทางกาย หมายถึง แบบทดสอบ
ได้แก่ ความทนทานของหัวใจและหายใจ, ความ
แข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อแขน, ความ
แข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา, ความ
ยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อส่วนล่าง, ความยืดหยุ่นของ
หัวไหล่ (มือซ้ายอยู่บน), ความยืดหยุ่นของหัวไหล่

(ชาวอยู่บน) และความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนที่

ผู้สูงอายุ หมายถึง หญิงที่มีอายุ 60-69 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัว สามารถออกกำลังกายได้อย่างปกติ ซึ่งการเรียนรู้ แต่ละคนไม่เท่ากันและจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเสื่อมลงไปมากน้อยไม่เท่ากัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสวนใหญ่ โรงเรียนผู้สูงอายุวัดพระโต โรงเรียนผู้สูงอายุหนองหล่ม ที่เป็นเครือข่ายของมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เพศหญิง จำนวน 150 คน ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ผู้สูงอายุเพศหญิง รวมทั้งหมดเป็น 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีสมรรถภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้สูงอายุอยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุสวนใหญ่ จำนวน 22 คนเป็นกลุ่มทดลองและ ผู้สูงอายุในโรงเรียนวัดพระโต จำนวน 18 คนเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการฝึกเดินลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา ที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างประเด็นเนื้อหาโปรแกรม

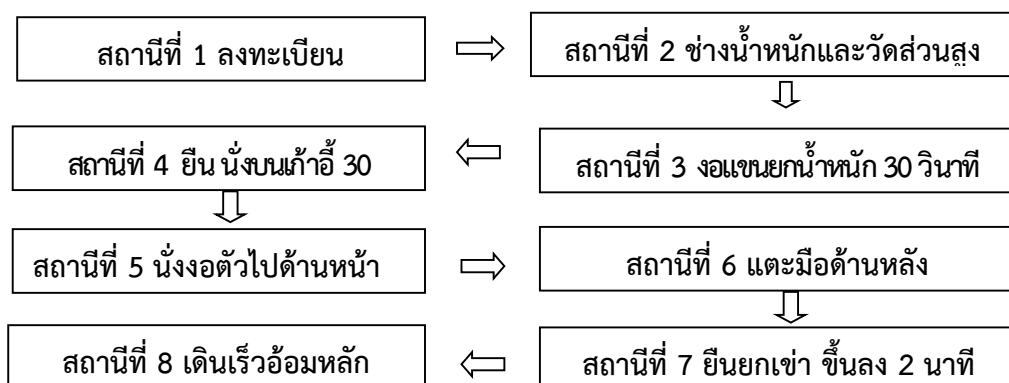
และวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) เท่ากับ 0.74

2. แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกาย สำหรับผู้สูงอายุ 60- 89 ปี พัฒนาโดย สุพิตร สมานิต และคณะ (กรมพลศึกษา, 2559) ประกอบด้วย ความทนทานของหัวใจและหายใจ ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อแขน ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อส่วนล่าง, ความยืดหยุ่นของหัวไหล่ (มือซ้ายอยู่บน) ความยืดหยุ่นของหัวไหล่ (ขวาอยู่บน) และการทรงตัวขณะเคลื่อนที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองและผู้ช่วย 3 คน ซึ่งได้รับการอบรมให้มีความเข้าใจเช่นเดียวกับผู้วิจัย นอกจากนี้ยังได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่รับรอง 118/2562 วันที่รับรอง 26 มิถุนายน 2562 ถึง 26 มิถุนายน 2563 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกเดินลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา มีขั้นตอน ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 ลำดับการทดสอบสมรรถภาพทางกาย

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกตามโปรแกรมการฝึกเดินลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบาที่มีผลต่อสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ (ประกอบภาพที่ 3) สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 45 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีลำดับการปฏิบัติดังนี้

2.1 ขึ้นอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลา 10 นาที

2.2 ขึ้นฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกเดินลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา แบ่งออกเป็นช่วงหนัก สลับกับช่วงเบา ช่วงละ 1 นาที คิดเป็น 1 รอบฝึก ให้ปฏิบัติ 10 รอบฝึก พักระหว่างรอบ 1 นาที

เดือนที่ 1				เดือนที่ 2			
ระยะที่ 1 ทบทวนท่าเต้น				ระยะที่ 2 เต้นประกอบเพลง + จังหวะ		ระยะที่ 3 เต้นประกอบเพลง+ จังหวะ	
สัปดาห์ 1	สัปดาห์ 2	สัปดาห์ 3	สัปดาห์ 4	สัปดาห์ 5	สัปดาห์ 6	สัปดาห์ 7	สัปดาห์ 8
THR = 50- 59%	THR = 50- 59%	THR = 50- 69%	THR = 50- 69%	THR = 50-59, 70-79%	THR = 50-59, 70-79%	THR = 50-59, 80-89%	THR = 50-59, 80-89%

THR =Target heart rate

ภาพประกอบที่ 3 โปรแกรมการฝึกเดินลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา

3. หลังการฝึกตามโปรแกรม ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายในสัปดาห์ที่ 8

4. หลังการฝึกตามโปรแกรม นำผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายหลังการฝึกตามโปรแกรมมาวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ทดสอบความแตกต่างก่อนหลังภายในกลุ่มด้วย t-test (Dependent samples t-test) และทดสอบความแตกต่างก่อนหลังระหว่างกลุ่มด้วย t-test (Independent samples t-test)

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าสมรรถภาพทางกาย ในด้านความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแกน ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา พบว่า หลังจากการฝึกด้วยโปรแกรมการเดินลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา (กลุ่มทดลอง) มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขณะที่การออกกำลังกายแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) มีสมรรถภาพทางกายในด้านความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด, ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแกน, ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา พัฒนาได้ดีหลังการออกกำลังกายแบบปกติ อย่างไรก็ตามสมรรถภาพทางกายบางด้านมีแนวโน้มในการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น

จากการเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการฝึกลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา (กลุ่มทดลอง) และ การออกกำลังกายแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) พบว่า ด้านความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความแข็งแรงและอดทนของ

กล้ามเนื้อแกน ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา สมรรถภาพทางกายด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมรรถภาพทางกายหลังการฝึกตามโปรแกรมการเดินลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบาของผู้สูงอายุเพศหญิง ปรากฏว่า ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด ($\bar{X} = 109.45$ ครั้ง, $SD = 13.19$), ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแกน ($\bar{X} = 23.86$ ครั้ง, $SD = 3.38$), ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา ($\bar{X} = 21.55$ ครั้ง, $SD = 5.63$) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีสมรรถภาพทางกายบางด้านมีค่าเฉลี่ยหลังการฝึกตามโปรแกรมนี้นลดลง แสดงดังตารางที่ 1

สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุเพศหญิงในกลุ่มควบคุม ที่ออกกำลังกายตามปกติ ด้านความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด ($\bar{X} = 93.06$, $SD = 14.84$) ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแกน ($\bar{X} = 23.33$, $SD = 3.36$), ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา ($\bar{X} = 21.78$, $SD = 6.22$) มีเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีสมรรถภาพทางกายบางด้านมีค่าเฉลี่ยลดลง แสดงดังตารางที่ 2

เปรียบเทียบผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ ด้าน ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแกน ($t = .495$, $p = .624$), ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อส่วนล่าง ($t = .229$, $p = .820$), ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหลด้านซ้าย ($t = .006$, $p = .995$), ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา ($t = -.124$, $p = .902$), และความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว ($t = -.061$, $p = .952$), ไม่มีความแตกต่างส่วนความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด ($t = 3.697$, $p = .001$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของสมรรถภาพทางกายที่ฝึกด้วยโปรแกรมการเดินลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา (กลุ่มทดลอง N = 22)

สมรรถภาพทางกาย	ก่อนการฝึกตามโปรแกรม		หลังการฝึกตามโปรแกรม	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด	81.45	14.79	109.45	13.19
ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแขน	16.36	3.02	23.86	3.38
ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา	16.91	4.73	21.55	5.63
ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหล่ขวา	-0.36	9.61	-3.16	13.56
ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหล่ซ้าย	-5.59	9.96	-8.48	12.03
ความยืดหยุ่น - ส่วนล่าง	27.82	5.04	23.45	7.56
การทรงตัวแบบเคลื่อนที่	11.44	1.62	12.07	2.04

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของสมรรถภาพทางกายที่ออกกำลังกายตามปกติ (กลุ่มควบคุม N=18)

สมรรถภาพทางกาย	ก่อนการออกกำลังกาย		หลังการออกกำลังกาย	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด	82.50	15.89	93.06	14.84
ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแขน	16.39	3.27	23.33	3.36
ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา	13.94	2.65	21.78	6.22
ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหล่ขวา	0.00	10.01	-2.75	14.16
ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหล่ซ้าย	-5.78	10.87	-8.50	13.19
ความยืดหยุ่นส่วนล่าง	27.39	5.49	22.89	8.03
การทรงตัวแบบเคลื่อนที่	11.43	1.65	12.12	2.24

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างสมรรถภาพทางกายหลังการฝึก ระหว่างกลุ่มที่ฝึกด้วยโปรแกรมการเต้นลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา (ทดลอง) และการฝึกด้วยโปรแกรมปกติ (กลุ่มควบคุม)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด	109.45	13.19	93.05	14.84	16.398	3.697*	.001
ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแขน	23.86	3.38	23.33	3.36	.530	.495	.624
ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา	21.54	5.62	21.77	6.21	-.232	-.124	.902
ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหล่ขวา	-3.15	13.55	-2.75	14.16	-.409	-.093	.926
ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหล่ซ้าย	-8.47	12.02	-8.50	13.18	.022	.006	.995
ความยืดหยุ่นส่วนล่าง	23.45	7.56	22.88	8.02	.565	.229	.820
การทรงตัวแบบเคลื่อนที่	12.07	2.04	12.11	2.23	-.041	-.061	.952

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมการฝึกเต้นลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุเพศหญิง จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การกำหนดโปรแกรมการฝึกเต้นลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบาสอดคล้องกับการพัฒนาการทางด้านร่างกายสามารถสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบผลของการเดินแบบหนักสลับเบาและแบบต่อเนื่องที่มีต่อสุขสมรรถนะของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองเดินแบบหนักสลับเบา มีค่าสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดของแต่ละบุคคลเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลอง¹² เห็นได้จากการศึกษาวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบผลของการฝึกลีลาศประเภทบอลรูมกับลาตินอเมริกัน ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายและสารเคมีในเลือดของผู้สูงอายุ พบว่า ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อดีขึ้น¹⁴ และการศึกษาผลการฝึกออกกำลังกายด้วยเพลงลีลาศจังหวะปิกนิตต่อสมรรถภาพการทรงตัวและการเดิน

ในผู้สูงอายุไทยที่มีประวัติหกล้ม พบว่าการฝึกประกอบเพลงลีลาศเพิ่มความเร็วในการเดิน¹⁰

ในขณะที่การออกกำลังกายแบบปกติของกลุ่มควบคุมก็มีการพัฒนาสมรรถภาพทางกายด้านความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด, ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแขน รวมถึงความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา และการศึกษาในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่มากขึ้น¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยใช้ดนตรีไปลงพบว่า สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นและลดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้¹⁹

2. การเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายหลังการฝึกของผู้สูงอายุเพศหญิง ระหว่างกลุ่มการฝึกการเต้นลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบาในกลุ่มทดลอง และการออกกำลังกายปกติในกลุ่มควบคุม พบว่า สมรรถภาพทางกายด้านความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก โปรแกรมการฝึกเต้นด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบาที่ใช้ในการฝึกกับผู้สูงอายุเพศหญิง

เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะเพลงลีลาศที่มีการกำหนดความหนักโดยการควบคุมโดยนาฬิกาวัดอัตราการเต้นของหัวใจ โดยฝึกแบบหนักสลับเบาซึ่งเป็นการพัฒนาด้านความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด จึงมีผลทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง และส่งผลให้ระบบหัวใจมีความทนทาน ซึ่งหลังการฝึกมีการพัฒนาสมรรถภาพทางกายมากกว่าก่อนการฝึกในด้านความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งสอดคล้องกับ ผลของการฝึกแบบความเข้มข้นสูง (HIIT), การฝึกกระยะปานกลาง (MIIT) และการฝึกต่อเนื่องปานกลาง (MICT) พบว่า การฝึกแบบ HIIT พัฒนาความอดทนและไหลเวียนเลือดผู้สูงอายุได้ดีกว่า ในส่วนของความยืดหยุ่นหยุ่นกล้ามเนื้อและความแข็งแรงที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบาที่ช่วยพัฒนาระบบไหลเวียนโลหิตได้ดีกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก¹⁷ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อส่วนล่าง ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหล่ด้านซ้าย ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อขา และความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจากว่า ของกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาในการฝึก 8 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพเห็นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ การเปรียบเทียบผลระหว่างโปรแกรมการออกกำลังกายแบบพิลาทิส และการออกกำลังกายแบบฝึกการทรงตัวพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่า TUGT ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังออกกำลังกายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อ

เปรียบเทียบค่า ABC-S scale ภายในกลุ่มก่อนและหลังการออกกำลังกายแบบพิลาทิส และพบว่าทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันของความสามารถในการทรงตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ นอกจากนี้การเปรียบเทียบการการเดินแบบหนักสลับเบาและแบบต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง เดินแบบหนักสลับเบา มีค่าสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดของแต่ละบุคคลเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลองเดินแบบต่อเนื่อง ส่วนเปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกาย อัตรา การเต้นของหัวใจขณะพัก ความดันโลหิตขณะพัก ความอ่อนตัว และความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อขา ระหว่างกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

จากผลการศึกษาโปรแกรมการฝึกเดินลีลาศด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา สามารถเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการพัฒนาสมรรถภาพทางกายในด้านความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด
2. เป็นแนวหรือกิจกรรมทางเลือกในการพัฒนาสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง 60 – 69 ปี ให้กับผู้จัดกิจกรรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งองค์กรของรัฐและเอกชนที่มีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงและมีช่วงอายุที่หลากหลาย เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่สามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายการทรงตัวและความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุได้ดี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดวนใหญ่ ตำบวงหิน อำเภอบางบาล จังหวัดสุพรรณบุรี ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมในงานวิจัยจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558 – 2559 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค. 60]. เข้าถึงได้จาก <http://www.nso.go.th>
2. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2558.
3. ปานจันทร์ อิมหนา. การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ. วารสารปัญญาภิวัฒน์. 2561; 2: 151-164.
4. แดน สวรรณะรุจิ. แนวทางเชิงนโยบายที่ช่วยลดผลกระทบและพึ่งพาของผู้สูงอายุหญิงและชายไทย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2556; 3: 156-165.
5. Boonyakawee P., Taneepanichskul S., Chapman R. Effects of an intervention to reduce insecticide exposure on insecticide-related knowledge and attitude: a quasi-experimental study in Shogun orange farmers in Krabi Province, Thailand. Risk Management and Healthcare Policy. 2013; 6: 33–41.
6. ปภาวดี สุนทรชัย. ผลการฝึกออกกำลังกายด้วยเพลงลีลาตจังหวะปีกนต่อสมรรถภาพการทรงตัวและการเดินในผู้สูงอายุไทยที่มีประวัติหกล้ม. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ. 2559; 26(2): 61-66.
7. ปัทมาวดี สิงห์จารุ. การออกกำลังกายด้วยลีลาของผู้สูงอายุ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2558; 21(2): 99-108.
8. พิชิต ภูติจันทร์. กีฬาลีลาศ. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์ ; 2549.
9. พรศิริ พุกกะศรี. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม. สงขลา: นครินทร์เวชสาร. 2551; 26(4): 323-337.
10. ปภาวดี สุนทรชัย. ผลการฝึกออกกำลังกายด้วยเพลงลีลาตจังหวะปีกนต่อสมรรถภาพการทรงตัวและการเดินในผู้สูงอายุไทยที่มีประวัติหกล้ม. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ. 2559; 26(2): 61-66.
11. กิตติศักดิ์ วงษ์ดนตรี. ผลของการฝึกที่ความเข้มข้นสูงแบบหนักสลับเบาที่มีต่อน้ำหนักตัวและสมรรถภาพทางกายของนักกีฬามวยปล้ำ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
12. ศิริพร ศิริกาญจนโกวิท. การเปรียบเทียบผลของการเดินแบบหนักสลับเบาและแบบต่อเนื่องที่มีต่อสุขสมรรถนะของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

- 13.สุพิตร สมาชิกโต. คู่มือแบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับประชาชนไทย อายุ 60-89 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2559.
- 14.สุดใจ พลนารักษ์. การเปรียบเทียบผลของการฝึกลีลาศประเภทบอลรูมกับลาตินอเมริกัน ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายและสารเคมีในเลือดของผู้สูงอายุ.[วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต พลศึกษา]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2542.
- 15.อมรรัตน์ เนียมสุวรรณ. ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคโดยใช้ดนตรีโพลางต่อสมรรถภาพทางกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2555; 6(2): 62-75.
- 16.Coswig, Victor Silveira, et al. "Effects of high vs moderate-intensity intermittent training on functionality, resting heart rate and blood pressure of elderly women. Journal of Translational Medicine. 2020; 18(1).
- 17.ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. บทความวิชาการสำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 62] เข้าถึงได้จาก <http://www.library.senate.go.th>
- 18.ญาดานุช บุญญรัตน์. การเปรียบเทียบผลระหว่างโปรแกรมการออกกำลังกายแบบพิลาทิสและการออกกำลังกายแบบฝึกการทรงตัวที่เกี่ยวข้องกับความมั่นใจในการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559; 31(6): 34-39.

Received: 20 Mar 2020, Revised: 7 May 2020,

Accepted: 15 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

วิภาพร ทิพย์อำมาตย์^{1,*} อารยา ประเสริฐชัย² ธีระวุธ ธรรมกุล²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินผลนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานและประเมินผลผลิตโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน และ 2) ศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประสานงาน ผู้บริหาร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการ ป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน จำนวน 90 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาวัดการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model พบว่า 1) ด้านบริบทโครงการ พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$ = 4.12 2) ด้านปัจจัยนำเข้า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}$ = 3.70 3) ด้านกระบวนการดำเนินงานภาพรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}$ = 4.05 4) ด้านผลผลิต ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผลผลิตของโครงการมีความเหมาะสม ในระดับมาก $\bar{X}$ = 4.12 และจากการศึกษาพบว่ามีปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน ได้แก่ปัญหาด้านการสื่อสารภาษาท้องถิ่น อุปกรณ์เครื่องจุลทรรศน์ไม่เพียงพอ และจำนวนบุคลากรที่สามารถตรวจหาไขหนองพยาธิมีน้อย

คำสำคัญ การประเมินผล การควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ

¹ นักศึกษา ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์แขนงวิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Corresponding author: Pornwised2014@gmail.com

Original Article

The Evaluation of the Implementation for the School Project and Community Prototype Control of Worm Disease at Chaloem Phra Kiat District, Nan Province

Wipaporn Thiparmart^{1,*}, Araya Prasertchai², Theerawut Thammakun²

Abstract

The evaluation research of this study was (1) for The Evaluation of the Implementation for the School Project and Community Prototype Control of Worm Disease at Chaloem Phra Kiat District, Nan Province (2) for study obstacle and suggestion The Evaluation of the Implementation for the School Project and Community Prototype Control of Worm Disease at Chaloem Phra Kiat District, Nan Province. The population was composed performer of the evaluation research, coordinator, management, persons involved of the evaluation research by total population. Data collect reliability statistics 0.92. The results are descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation (SD). The results of the research, evaluated according to the CIPP Model, found that 1) the project context Found that the average is at the highest level $\bar{X} = 4.12$ 2) Input $\bar{X} = 3.70$ (3) The overall operational process is at a high level $\bar{X} = 4.05$ 4) The production consists of the production factors of the project are at a high level $\bar{X} = 4.12$ and the study found That there are problems and obstacles in the operation Including local language communication problems. Insufficient microscopes and not enough personnel capable of detecting helminth eggs.

Keywords: The Evaluation, Control of Worm Disease

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: Pornwised2014@gmail.com

บทนำ

โรคหนองพยาธิเป็นโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ชนบททางไกลและถิ่นทุรกันดาร ซึ่งเป็นปัญหาต่อสุขภาพในวัยที่กำลังเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและสติปัญญา เพื่อแก้ไขปัญหาโรคหนองพยาธิ แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริฯ (กพด.) ระยะที่ 5 ต่อเนื่องในปี 2560-2569 เป้าหมายหลักที่ 1 เสริมสร้างสุขภาพของเด็กตั้งแต่ในครรภ์มารดา ตัวชี้วัดที่ 13 อัตราความชุกของโรคหนองพยาธิในนักเรียน เป้าหมายตัวชี้วัดลดความชุกเหลือร้อยละ 5 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ และบรรลุเป้าหมายสู่โรงเรียนปลอดโรคหนองพยาธิภายในปี 2568¹ จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานควบคุมโรคหนองพยาธิในโครงการตามพระราชดำริฯ พบว่าอัตราชุกของโรคหนองพยาธิในนักเรียนและเยาวชน มีแนวโน้มลดลงจากการเริ่มดำเนินการในปี 2545 ที่พบอัตราการติดโรคหนองพยาธิในนักเรียนร้อยละ 26.80 เหลือ ร้อยละ 10.10 ในปี 2557 ร้อยละ 6.74 ในปี 2558 และร้อยละ 9.80 ในปี 2559 อัตราการตรวจพบโรคหนองพยาธิในเด็กนักเรียนและเยาวชน พื้นที่ถิ่น ทุรกันดาร และพื้นที่ภูเขาพัฒนาตามพระราชดำริฯ ปี 2545-2559 อัตราการตรวจพบมีแนวโน้มลดลง แต่ยังพบอัตราสูงในโรงเรียนสังกัดศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา โดยในปี พ.ศ. 2558-2559 ตรวจพบโรค หนองพยาธิในเด็กนักเรียนสังกัดศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” ร้อยละ 45.1 และร้อยละ 53.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พยาธิที่ตรวจพบ ได้แก่พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า และพยาธิปากขอ¹

พื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน ตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารเป็นพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินการตามแผน กพด.จากรายงานข้อมูล

ควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิพบว่าผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ พบอัตราความชุกโรคหนองพยาธิ ย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2556 - 2558 คิดเป็น ร้อยละ 20.11, 14.79, 14.28 ตามลำดับ และในปี 2559 ร้อยละ 19.08 โดยจำแนกการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด ร้อยละ 59.4 รองลงมา คือ พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 44.3, พยาธิตืดหมู วัว ร้อยละ 22, พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 20.4, พยาธิปากขอ ร้อยละ 9.91, และพยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 4.02² ซึ่งจากผลการดำเนินงานพบว่ายังมีความชุกสูงเกินตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5 จึงยังถือเป็นพื้นที่ที่เป็นปัญหาโรคหนองพยาธิจากปัญหาดังกล่าวอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จึงได้มีการดำเนินโครงการโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน ขึ้น โดยเริ่มดำเนินการ ในปีงบประมาณ ปี 2560 มีพื้นที่ต้นแบบจำนวน 3 โรงเรียน 3 ชุมชนซึ่งพบว่ามีปัญหาโรคหนองพยาธิ ได้แก่ บ้านด่าน บ้านน้ำรีพัฒนา และบ้านกัวจันทร์ ขึ้น โดยมีกิจกรรมจัดเวทีคืนข้อมูลสรุปผลการตรวจรักษาโรคหนองพยาธิและชี้แจงแนวทางการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ ให้ความรู้ เสวนาครอบครัวตัวอย่างควบคุมป้องกันหนองพยาธิ และแสดงผลงานการประกวดของนักเรียน จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ ได้แก่ เขียนคำขวัญ วาดภาพ เต้นประกอบเพลงล้างมือบ่อย ๆ แก่กลุ่มครูนักเรียน ผู้ปกครองและประชาชนในพื้นที่ เป้าหมาย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนและผลลัพธ์ที่ดี แม้ว่าในพื้นที่จะมีการดำเนินโครงการกิจกรรมต่าง ๆ อย่างหลากหลายต่อเนื่อง แต่เนื่องจาก แต้ยังขาดการประเมินผลอย่างเป็นระบบ จึงมีการศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานของโครงการโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอ

เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน นี้ขึ้น โดยการวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์ เพื่อ 1.ประเมินบริบทโครงการปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานและประเมินผลผลิตโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน 2. ศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะใช้ในการพัฒนางานกำหนดแนวทางนโยบาย กิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคหนองพยาธิในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและลดความชุกของโรคหนองพยาธิ ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP ศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total Population) จำนวน 3 พื้นที่ ได้แก่พื้นที่ บ้านด่าน บ้านน้ำรีพัฒนา และบ้านกัวจันทร์ พื้นที่ละ 30 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 90 คน แบ่งตามกลุ่มบทบาทบุคลากรการดำเนินงาน 4 กลุ่มได้แก่ 1. ผู้ปฏิบัติงานโครงการ จำนวน 7 คน 2.ผู้ประสานงานโครงการ จำนวน 6 คน 3.กลุ่มผู้บริหารโครงการ จำนวน 2 คน 4.กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการ หรือกิจกรรม จำนวน 75 คน ซึ่งหากแยกตามลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม ของประชากร จะแบ่งเป็น 1. นักเรียน จำนวน 39 คน 2.ครู/บุคลากรทางการศึกษา จำนวน 9 คน 3. ผู้ปกครอง จำนวน 15 คน 4.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7 คน 5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 - 31 ธันวาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม (Questionnaires) ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยทำการศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model กับกระบวนการดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ โดย เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตเนื้อหาของแบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะบทบาทอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อปี บทบาทในการดำเนินโครงการ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบให้เลือกคำตอบ (Check list) และเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว รวมจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินแบบ CIPP Model จำนวน 38 ข้อ ได้แก่ด้านบริบท (context) จำนวน 10 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input) จำนวน 8 ข้อ ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) จำนวน 11 ข้อ และผลผลิตโครงการ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดซึ่งประกอบด้วยคำตอบย่อยที่แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) และให้คะแนนแต่ละระดับตั้งแต่ค่าคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 ถึงค่าคะแนนมากที่สุด คือ 5 รวม

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพิ่มเติม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-ended question) จำนวน 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ 1. ดร. ธนศิลป์ สลีอ่อน หัวหน้างานพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน 2. ดร. วรยุทธ นาคอ้าย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค (ด้านการสาธารณสุขชุมชน) กลุ่มโครงการตามพระราชดำริควบคุมโรคหนองพยาธิ และโรคติดต่อในถิ่นทุรกันดาร สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 3. นายเกษตร ปะที นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สาธารณสุขอำเภอสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยประเมินให้คะแนนราย นำคะแนนรายข้อ จากผู้เชี่ยวชาญคำนวณค่า Index of Item Objective Objective Congruence (IOC) รายข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ พบว่าทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.6

2. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พื้นที่โรงเรียนบ้านสบปิ่น ตำบลห้วย

โก้น อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (Reliability) แบบ Cronbach's Alpha = 0.92

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านเพื่อขอประเมินจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม และได้รับการพิจารณาอนุมัติตามหนังสือเลขที่ นน. 0032.003.4/313 ลงวันที่ 22 มกราคม 2562

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่าน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำรีพัฒนา, สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านกัวจันทร์ ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้ปกครอง ในพื้นที่ต้นแบบ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสาร กิจกรรม เสวนากลุ่ม เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ โดยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2562

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N =90 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	20	22.2
หญิง	70	77.8
2. อายุ		
0-20 ปี	39	43.3
21-40 ปี	46	51.1
41-60 ปี	4	4.5
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	1	1.1
(ค่าเฉลี่ย = 24.32, Min = 10, Max = 63, SD = 11.759)		
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	3	3.3
ประถมศึกษา	21	23.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	26.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	20	22.2
อนุปริญญา/ปวส./ปวท. หรือเทียบเท่า	8	8.9
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	14	15.6
4. ลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม		
นักเรียน	39	43.3
ครู/บุคลากรทางการศึกษา	9	10.0
ผู้ประกอบการ	15	16.7
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	7	7.8
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	20	22.2
5. อาชีพ		
นักเรียน	39	43.3
เกษตรกร	29	32.2
รับจ้าง	3	3.4
ค้าขาย	2	2.2
รับราชการ/ลูกจ้างหน่วยงานองค์กร	17	18.9
6. รายได้ในรอบปีที่ผ่านมา		
น้อยกว่า 10,000 บาท	44	48.9
10,001-50,000 บาท	29	32.2
50,001-100,000 บาท	5	5.5
100,001-150,000 บาท	6	6.7
มากกว่า 150,000 บาท	6	6.7
(ค่าเฉลี่ย = 34618.49, Min = 0, Max = 250000, SD = 55262.165)		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
7. บทบาทของบุคลากรในการดำเนินงานโครงการฯ		
ปฏิบัติงานโครงการ	7	7.8
ประสานงานโครงการ	6	6.7
ผู้บริหารงานโครงการ	2	2.2
การดำเนินงานโครงการ หรือ กิจกรรม	75	83.3

ตอนที่ 2 ผลการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับบริบทโครงการ (N=90)

ปัจจัยบริบทโครงการ	ระดับการประเมินผล					$\bar{X}$	SD	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
1.1 มีรายงานข้อมูลโรคหนองพยาธิ	3 (3.3)	6 (6.7)	13 (14.4)	25 (27.8)	43 (47.8)	4.10	1.09	มากที่สุด
1.2 มีการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนาและอุปสรรค ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ	0 (0.0)	8 (8.9)	20 (22.2)	41 (45.6)	21 (23.3)	3.83	.89	มากที่สุด
1.3 มีการวิเคราะห์สาเหตุและความต้องการในการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหา	2 (2.2)	7 (7.8)	17 (18.9)	30 (33.3)	34 (37.8)	3.97	1.04	มากที่สุด
1.4 ประชาชน ครู นักเรียน ให้ความสำคัญกับการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิในพื้นที่	1 (1.1)	6 (6.7)	10 (11.1)	24 (26.7)	49 (54.4)	4.27	.91	มากที่สุด
1.5 กิจกรรมของโครงการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา บริบท ของชุมชน	0 (0.0)	3 (3.3)	16 (17.8)	34 (37.8)	37 (41.1)	4.17	.84	มากที่สุด
1.6 ผู้บริหารของหน่วยงานให้การสนับสนุนกิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ	3 (3.3)	8 (8.9)	8 (8.9)	17 (18.9)	54 (60.0)	4.23	1.14	มากที่สุด
1.7 โครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน (สาธารณสุข/โรงเรียน) และหน่วยงานต้นสังกัด	1 (1.1)	7 (7.8)	8 (8.9)	32 (35.6)	42 (46.7)	4.19	.97	มากที่สุด
1.8 วัตถุประสงค์ของโครงการมุ่งเน้นเกิดการควบคุม ป้องกันโรคในชุมชน/โรงเรียน	2 (2.2)	3 (3.3)	11 (12.2)	32 (35.6)	42 (46.7)	4.21	.94	มากที่สุด
1.9 ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมและการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ	1 (1.1)	6 (6.7)	12 (13.3)	27 (30.0)	44 (48.9)	4.19	.98	มากที่สุด
1.10 ประชาชน ครู นักเรียนในพื้นที่ ให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดำเนินการ	2 (2.2)	7 (7.8)	14 (15.6)	27 (30.0)	40 (44.4)	4.07	1.06	มากที่สุด
รวม						4.12	0.82	มากที่สุด

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าของโครงการ (N=90)

ปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input)	ระดับการประเมินผล					$\bar{X}$	SD	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
2.1 มีจำนวนบุคลากรที่ร่วมดำเนินการโครงการ มีความเหมาะสมและเพียงพอ	1 (1.1)	3 (3.3)	23 (25.6)	44 (48.9)	19 (21.1)	3.86	0.83	มาก
2.2 เจ้าหน้าที่ ที่ดำเนินกิจกรรม มีความรู้ ความสามารถในการดำเนินการ ควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิเป็นอย่างดี	4 (4.4)	3 (3.3)	9 (10.0)	30 (33.3)	44 (48.9)	4.19	1.05	มากที่สุด
2.3 จำนวนงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอสำหรับการดำเนินการ	2 (2.2)	4 (4.4)	29 (32.2)	32 (35.6)	23 (25.6)	3.78	0.96	มาก
2.4 มีการสนับสนุนงบประมาณ อย่างทันเวลา	4 (4.4)	6 (6.7)	25 (27.8)	35 (38.9)	20 (22.2)	3.68	1.04	มาก
2.5 ท่านได้รับงบประมาณสนับสนุน งบประมาณเพิ่มเติม จากชุมชน บุคลากร หรือหน่วยงานเอกชน ท้องถิ่น	8 (8.9)	13 (14.4)	30 (33.3)	25 (27.8)	14 (15.6)	3.27	1.16	ปานกลาง
2.6 วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ในการดำเนินการ มีความเหมาะสม สอดคล้องตรงความต้องการของพื้นที่ในการจัดกิจกรรมในโครงการ	7 (7.8)	10 (11.1)	11 (12.2)	41 (45.6)	21 (23.3)	3.66	1.18	มาก
2.7 วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ที่ได้รับสนับสนุนอย่างเพียงพอทันเวลา	3 (3.3)	16 (17.8)	22 (24.4)	30 (33.3)	19 (21.1)	3.51	1.11	มาก
รวม						3.70	0.70	มาก

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับด้านกระบวนการดำเนินงาน (N=90)

ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process)	ระดับการประเมินผล					$\bar{X}$	SD	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
3.1 มีการรอบแนวคิดและกำหนดเป้าหมายเชิงสัมฤทธิ์และกลุ่มเป้าหมายเพื่อการแก้ปัญหาตามสภาพปัญหาและความต้องการ	1 (1.1)	4 (4.4)	23 (25.6)	41 (45.6)	21 (23.3)	3.86	0.87	มาก
3.2 มีการวางแผนดำเนินโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ	0 (0.0)	4 (4.4)	16 (17.8)	33 (36.7)	37 (41.1)	4.14	0.87	มาก
3.3 มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการก่อนดำเนินโครงการ เพื่อสร้างความเข้าใจในผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ	0 (0.0)	2 (2.2)	15 (16.7)	29 (32.2)	44 (48.9)	4.28	0.82	มากที่สุด
3.4 กิจกรรมในโครงการมีความน่าสนใจ มีความสร้างสรรค์ เสริมสร้าง ให้เกิดการเรียนรู้	1 (1.1)	4 (4.4)	15 (16.7)	27 (30.0)	43 (47.8)	4.19	0.95	มากที่สุด
3.5 กระบวนการดำเนินงานมีความง่าย ไม่ซับซ้อน มีความยืดหยุ่น	1 (1.1)	2 (2.2)	21 (23.3)	45 (50.0)	21 (23.3)	3.92	0.81	มาก

ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process)	ระดับการประเมินผล					$\bar{x}$	SD	แปลผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด			
3.6 ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและ ปฏิบัติตามแผนงานโครงการ	0 (0.0)	2 (2.2)	23 (25.6)	41 (45.6)	24 (26.7)	3.97	0.79	มาก
3.7 มีการกำหนดเป้าหมาย วิธีการดำเนินการ และระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสมและ ปฏิบัติจริงได้	0 (0.0)	1 (1.1)	14 (15.6)	53 (58.9)	22 (24.4)	4.07	0.67	มาก
3.8 การประสานงานระหว่างบุคลากรทำให้เกิด ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ	0 (0.0)	2 (2.2)	17 (18.9)	42 (46.7)	29 (32.2)	4.09	0.77	มาก
3.9 การนิเทศติดตามกำกับโครงการ ตามขั้นตอนที่กำหนดทุกระยะ	0 (0.0)	2 (2.2)	22 (24.4)	44 (48.9)	22 (24.4)	3.96	0.76	มาก
3.10 มีการประเมินผลการดำเนินโครงการอย่าง เป็นระบบ	0 (0.0)	5 (5.6)	18 (20.0)	34 (37.8)	33 (36.7)	4.06	0.89	มากที่สุด
3.11 มีการวิเคราะห์และนำผลการประเมินมา พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง	0 (0.0)	2 (2.2)	15 (16.7)	42 (46.7)	31 (34.4)	4.13	0.77	มาก
3.12 การรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้ เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้เสียทราบ	0 (0.0)	3 (3.3)	23 (25.6)	45 (50.0)	19 (21.1)	3.89	0.77	มาก
3.13 ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นของโครงการมีวิธีการ ประเมินผลที่ชัดเจน	1 (1.1)	2 (2.2)	14 (15.6)	38 (42.2)	35 (38.9)	4.16	0.85	มาก
รวม						4.05	.55	มาก

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับด้านผลผลิตของการดำเนินงาน (N=90)

ปัจจัยด้านผลผลิตของการดำเนินงาน	ระดับการประเมินผล					$\bar{x}$	SD	แปล ผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด			
4.1 ครูมีแผนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการ ควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ	1 (1.1)	1 (1.1)	17 (18.9)	28 (31.1)	43 (47.8)	4.23	0.88	มากที่สุด
4.2 โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมการ เรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรค หนองพยาธิอย่างต่อเนื่อง	0 (0.0)	6 (6.7)	13 (14.4)	38 (42.2)	33 (36.7)	4.09	0.88	มาก
4.3 โรงเรียน ชุมชนมีแนวทางหรือมาตรการ ในการดำเนินงานเพื่อการควบคุมป้องกันโรค หนองพยาธิ	1 (1.1)	2 (2.2)	14 (15.6)	33 (36.7)	40 (44.4)	4.21	0.87	มากที่สุด
4.4 ชุมชนมีการดำเนินงานหรือกิจกรรมเพื่อ การการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิอย่าง ต่อเนื่อง	2 (2.2)	4 (4.4)	13 (14.4)	42 (46.7)	29 (32.2)	4.02	0.92	มาก
4.5 แกนนำชุมชน/ อสม.มีการดำเนินงาน เพื่อการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิอย่าง ต่อเนื่อง	1 (1.1)	4 (4.4)	14 (15.6)	41 (45.6)	30 (33.3)	4.06	0.88	มาก

ปัจจัยด้านผลผลิตของการดำเนินงาน	ระดับการประเมินผล					$\bar{X}$	SD	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
4.6 มีแผนบูรณาการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียน	2 (2.2)	1 (1.1)	15 (16.7)	38 (42.2)	34 (37.8)	4.12	.89	มาก
4.7 มีเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	1 (1.1)	5 (5.6)	11 (12.2)	51 (56.7)	22 (24.4)	3.98	.83	มาก
4.8 ชุมชนมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพื่อการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ		2 (2.2)	15 (16.7)	20 (22.2)	53 (58.9)	4.38	.84	มาก
4.9 มีการขยายผลการดำเนินงานไปสู่ชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายอื่น	1 (1.1)	3 (3.3)	20 (22.2)	36 (40.0)	30 (33.3)	4.01	.89	มาก
รวม						4.12	0.67	มาก

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ประเด็นข้อเสนอแนะปัญหาและอุปสรรค (N=90)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. นักเรียนบางคนอายุในการส่งตรวจอุจจาระ	8	8.9
2. ประชาชนบางส่วนอาจไม่เข้าใจภาษาในการสื่อสาร	5	5.6
3. เครื่องมือบางอย่างไม่เพียงพอ เช่น กล้องจุลทรรศน์	3	3.3
4. นักจุลทัศน์ากรในพื้นที่ มีน้อย	3	3.3
5. ฤดูฝน มักเกิดดินโคลนถล่ม เด็กนักเรียนไม่มีรองเท้าบูท	4	4.4

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ประเด็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ (N=90)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพิ่มกิจกรรมระหว่างเด็กและผู้ปกครอง	9	10.0
2. เพิ่มสื่อความรู้โรคหนองพยาธิให้เป็นภาพเคลื่อนไหว วีดีโอ	13	14.4
3. ใช้ภาษาท้องถิ่น(ภาษาลัวะ)ในการให้สุศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น	5	5.6
4. การติดตามและให้ความรู้ ควรแยกกลุ่มครอบครัวที่เป็นโรคหนองพยาธิและไม่เป็นโรคหนองพยาธิ เพื่อให้ตรงเป้าหมายมากยิ่งขึ้น	1	1.1
5. เพิ่มการบูรณาการหน่วยงาน องค์กร ภาครัฐ ภาคเอกชน ในการร่วมแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครบทุกระบบ	2	2.2

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านบริบทโครงการ (Context)

จากการวิเคราะห์บริบทของโครงการ ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ประเด็นมีการวิเคราะห์ปัญหาการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ , การดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่, ผู้บริหารให้ความสำคัญหรือรับรู้การดำเนินงาน และประเด็น ประชาชน ครู นักเรียนในพื้นที่ ให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือและทัศนคติเชิงบวก โดยรวมเห็นว่าผลการดำเนินงานด้านบริบทระดับมากที่สุดในการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของเกษตร ปะที² ที่พบว่า ด้านทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ มีทัศนคติเชิงบวกสูงสุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Andrea Gazzinelli และคณะ³ พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนการทำงานร่วมกันเพศ มีส่วนในการลดอัตราการเกิดโรคหนองพยาธิ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) จากการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าพบว่า บุคลากร ที่ดำเนินกิจกรรม มีความรู้ ความสามารถในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิเป็นอย่างดี วัสดุอุปกรณ์และสื่อประชาสัมพันธ์เพียงพอและสอดคล้องต่อการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก แสดงถึงการได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของสมชัย จิโรจน์วัฒน์ (2544) พบว่าทรัพยากรที่จำเป็น เช่น วัสดุวิทยาศาสตร์ เวชภัณฑ์ สื่อสุขศึกษา ส่วนใหญ่เพียงพอโดยทางจังหวัดได้รับจากหน่วยงานของกรมควบคุมโรคติดต่อของพื้นที่เขตสาธารณสุข ในส่วนของงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากโครงการ มีความเหมาะสมมาก แต่งบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม จากชุมชน บุคลากร หรือหน่วยงานเอกชน ท้องถิ่น อยู่ระดับปานกลาง จึงควรเพิ่มการคืนข้อมูลสะท้อนปัญหา และเพิ่มการบูรณาการภาคส่วนอื่น ๆ ให้มากยิ่งขึ้น

3. ด้านกระบวนการ (Process)

กระบวนการดำเนินงาน มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการก่อนดำเนินโครงการ เพื่อสร้างความเข้าใจในผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด แสดงถึงว่ามีการให้ความสำคัญในการรับรู้ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติให้รับรู้ทิศทางการดำเนินงานและการปฏิบัติอย่างถูกต้องตามประเด็น รวมถึงกิจกรรมในโครงการมีความน่าสนใจ มีความสร้างสรรค์ เสริมสร้างให้เกิดการเรียนรู้ ในระดับมาก และจากการศึกษาพบว่า การดำเนินการบางส่วน มีช่องว่างด้านภาษา ซึ่งผู้ปกครองบางส่วนอาจไม่เข้าใจภาษาไทยที่ใช้สอน สุขศึกษาและทำกิจกรรม การเพิ่มการสื่อสารภาษาท้องถิ่นจะช่วยให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของอภิมรย์ อาทิตยตั้ง⁴ ที่พบว่า การรณรงค์ส่งเสริมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิ ควรจะทำได้ด้วยสื่อที่หลากหลายเข้าใจง่ายและเป็นภาษาท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นรูปภาพ โปสเตอร์ เสียงตามสาย เป็นต้นและสัมพันธ์กับนิรันดร์ บุญเกิด⁵ ที่พบว่าประชากรในพื้นที่ที่ศึกษาเป็นชาวไทยภูเขาเผ่ากระเหรี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหนองพยาธิในทางเดินอาหารที่ไม่ถูกต้อง ควรมีการจัดการศึกษาเรื่องการป้องกันโรคหนองพยาธิให้แก่ประชากรช่วงดังกล่าวโดยจัดทำสื่อการสอนภาษาท้องถิ่นซึ่งเข้าใจได้ดีกว่าภาษาราชการ และจากการศึกษาวิจัยพบว่าควรให้นักเรียนและผู้ปกครองมีกิจกรรมร่วมกันมากยิ่งขึ้นเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของแจ่มจันทร์ ริละชาติ⁶ ที่พบว่า โปรแกรมการป้องกันโรคหนองพยาธิที่ติดต่อผ่านดินในเด็กก่อนวัยเรียนชาวไทยภูเขาและผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้นนี้ โดยผู้ปกครองและเด็กมีส่วนร่วมกัน เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จึงควรมีการขยายผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิให้กว้างขวางครอบคลุมทุกพื้นที่

4. ด้านผลผลิต (Product) ผลผลิตของ

ประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยชุมชนมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพื่อการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ และในส่วนโรงเรียนครูมีแผนการสอนที่เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของนายบุญธนากร พรหมภักดีและคณะ.(2556)⁷ พบว่าการสร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในทุกด้านส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรม และทำให้การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนเพื่อให้ได้ผลในทางปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน คือ ดร.วรยุทธ นาคอ้าย ดร.ธนศิลป์ สลืออ่อน นายเกษตร ปะที ที่ช่วยให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง จนทำให้งานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณศาสตราจารย์อภิลักษณ์พระเกียรติและ ผอ.รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ปกครองนักเรียน นักเรียน ในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณครอบครัว ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน ที่สนับสนุนการศึกษาค้นคว้า ตลอดจนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ผู้วิจัยขอน้อมบูชาพระคุณบูรพาจารย์ทุกท่าน ผู้เขียนหนังสือ และบทความต่าง ๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยจนสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโครงการสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเครื่องชี้วัดแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560–2569; หน้า 2.
2. เกษตร ปะที. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนองพยาธิของประชาชนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน พ.ศ.2559. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2559; 12(4) ; หน้า 36-42.
3. Andrea Gazzinelli. A Research Agenda for Helminth Diseases of Humans: Social Ecology, Environmental Determinants, and Health Systems. PLoS Negl Trop Dis. 2010; 4(5): e681. Published online 2010 May 11. doi:10.1371/journal.pntd.0000681)
4. อภิรมย์ อาทิตยตั้ง. การศึกษากระบวนการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิที่ติดต่อทางดิน ในชุมชนชาวไทยภูเขา กรณีศึกษาหมู่บ้านพลังแท ตำบลนาเกียน อำเภอแม่จอน จังหวัดเชียงใหม่, วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทรัพยากรชีวภาพ คณะทรัพยากรชีวภาพและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี; 2554.
5. นิรันดร์ บุญเกิด. ความชุกและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหนองพยาธิในทางเดินอาหารของนักเรียนศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่; 2553.

6. แจ่มจันทร์ รีละชาติ. การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินในเด็กก่อนวัยเรียน ชาวไทยภูเขาและผู้ปกครอง ในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่.(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎิบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,มหาสารคาม; 2561.
7. บุญธนากร พรหมภักดี และคณะ. บริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชีกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น; 2556.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน. สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิ ในนักเรียนและประชาชน : เอกสารเย็บเล่ม; 2559.
9. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประสิทธิภาพของการแพทย์ทฤษฎีและปฏิบัติการ (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี:โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา.
10. วรยุทธ นาคอ้าย. ประสิทธิภาพของแผนการเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตในการป้องกันโรคพยาธิปากขอของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอปอเกือ จังหวัดน่าน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา). มหาวิทยาลัยมหิดล ,นครปฐม; 2550.
- 11.วรยุทธ นาคอ้าย. รูปแบบกระบวนการพัฒนาโรงเรียนและชุมชนต้นแบบ กรณีศึกษาชุมชนพื้นที่ตามโครงการพระราชดำริ. กรุงเทพมหานคร:กรมควบคุมโรค; 2559.
12. วีชรพงษ์ เรือนคำ และคณะ.ผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน :กรณีศึกษาดำบลนางและอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย .วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. 2557; 6 (3): หน้า 40-60.
13. ศิวพร ผ่านภูวงษ์. การพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์มัลติมีเดีย เรื่อง โรคหนอนพยาธิที่สำคัญในประเทศไทยสำหรับนักเรียนช่วงชั้นที่ 3บัณฑิตวิทยาลัย.(สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,กรุงเทพฯ; 2550.
14. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. คู่มือปฏิบัติงานโครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี . สำนักพิมพ์กรมควบคุมโรค; 2559.
15. Author links open overlay panelS.OAsaolua. Soil-Transmitted Helminth Infection and Nutritional Status Among Urban Slum Children in Kenya. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2014; 90 (2): p. 299 – 305.
16. Stefanie Knopp. Patterns and Risk Factors of Helminthiasis and Anemia in a Rural and a Peri-urban Community in Zanzibar, in the Context of Helminth Control Programs. PLoS Negl Trop Dis. 2010; 4(5): p 681. Published online 2010 May 11. doi: 10.1371/journal.pntd.0000681

Received: 19 May 2020, Revised: 16 Jul 2020,

Accepted: 14 Aug 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามแนวทางประชาสังคม จังหวัดเลย

ยอดลักษณ์ สัยลังกา¹ บุญมา สุนทรวีรัตน์^{2,*} รัตติกรณ์ มูลเครือคำ³ อุบลรัตน์ มาศนาเรียง⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามแนวทางประชาสังคม กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอนจากประชาชนทั่วไปที่มาคัดกรองเบาหวาน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis Test และ One-Way ANOVA ยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Turkey เสนอผลต่อภาคประชาสังคมในเวทีสนทนากลุ่มเพื่อสังเคราะห์มุมมองประชาสังคม เก็บข้อมูลระหว่างตุลาคม 2562 – เมษายน 2563 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 386 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม (อายุ 15-34 ปี, อายุ 35-60 ปี และอายุ >60 ปี) มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายแตกต่างกัน ($F=10.145$, $p\text{-value}< 0.001$) ปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดมีความแตกต่างกัน ($F=15.995$, $p\text{-value}< 0.001$) และความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ ($\chi^2=46.728$, $p\text{-value}< 0.001$) รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามแนวทางประชาสังคม เป็นการรวมจากหลายรูปแบบเพิ่มความครอบคลุมทุกกลุ่มอายุและเพิ่มความถี่การคัดกรองสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยรายใหม่ รวมถึงกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตรายบุคคล

คำสำคัญ รูปแบบการคัดกรองโรคเบาหวาน แนวทางประชาสังคม การป้องกันโรคเบาหวาน

¹ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผาขาว

² สาธารณสุขอำเภอหนองหิน

³ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รพ.หนองหิน

⁴ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน รพ.หนองหิน

* Corresponding author: isntisnt@gmail.com

*Original Article***The Model of Diabetes Mellitus Screening for Prevention on Civil Society Guidelines, Loei Province**

Yodluck Sailungka^{1,*}, Boonma Soontaraviratana²,
Rattikorn Moonkruakam³, Ubonrat Matnariang⁴

Abstract

This mixed methodology research aimed to study the model of diabetes mellitus screening by civil societal perspective guideline. The multistage cluster sampling was used for the sample size from general population. Data was collected by data recording form for situation analysis. Data analysis by Kruskal-Wallis Test and One-Way ANOVA, confirm the couple difference by Tukey HSD means. After that, input the result to civil society, in term of focus groups discussion, for synthesize civil societal perspective. The data was collected from October 2019 to March 2020. The results showed that the three groups sampling (15-34 years. 35-60 years and >60 years) the body mass index (BMI) were difference ($F=10.145$, $p\text{-value}<0.001$). The fasting blood sugar were difference ($F=15.995$, $p\text{-value}<0.001$). The risk of diabetes Mellitus incidence were difference from each age groups ($\chi^2=45.728$, $p\text{-value}<0.001$). The screening model for prevent of diabetes mellitus on the civil societal guideline. This model applied from multidimensional model. The screenings cover all of age groups. Increase the frequency of screening on risk group and suspected new case. There should be an appropriate screening and prevention process that is consistent with the area and individual context.

Keyword: Diabetes Mellitus Screening Model, Civil Societal Guideline, Diabetes Mellitus Prevention

¹Phakaaw Hospital Director

²Nong-hin District Health Office Director

³Master of Nursing Nong-hin Hospital

⁴Master of IPD Nong-hin Hospital

* Corresponding author: isntisnt@gmail.com

บทนำ

เบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นโรคไร้เชื้อเรื้อรังที่เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin Hormone) ได้ไม่เพียงพอหรือไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ และอาจเกิดจากร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้¹ จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) พบว่าในปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 151 ล้านคนทั่วโลก ในปี ค.ศ.2009 พบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 88 เป็น 285 ล้านคนทั่วโลก ปัจจุบัน ร้อยละ 9.3 ของประชากรอายุ 20-79 ปี 463 ล้านคนทั่วโลกป่วยด้วยเบาหวาน อีกทั้งพบว่า เด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ป่วยด้วยเบาหวานชนิดที่ 1 ประมาณ 1.1 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วย 578 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 700 ล้านคนในปี ค.ศ.2045² สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคไร้เชื้อเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกที่รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคนในปี ค.ศ.1980 เป็น 422 ล้านคนในปี ค.ศ.2014 และความชุกเบาหวานในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 ในปี ค.ศ.1980 เป็นร้อยละ 8.5 ในปี ค.ศ.2014 โดยเฉพาะอย่างยิ่งความชุกจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง อีกทั้งยังพบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุโดยตรงจากโรคเบาหวานประมาณ 1.6 ล้านคนทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2016³

ประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 2,842,295 คน อัตราความชุกร้อยละ 6.174 เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย เลย อุดรธานี หนองบัวลำภู หนองคาย นครพนม บึงกาฬและสกลนคร มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 283,525 คน อัตราป่วยร้อยละ 6.44 จังหวัดเลยประชากรทั้งสิ้น 641,660 คน พบผู้ป่วยเบาหวาน 38,547 คน อัตราป่วยร้อยละ 6.01 และมีอุบัติการณ์ใน

ปี 2561 จำนวน 4,349 คน อัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 6.78 และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี⁴

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจะคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ปีละ 1 ครั้ง โดยตรวจปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว หลังงดน้ำและอาหารไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงก่อนการตรวจ ซึ่งเป็นกระบวนการคัดกรองเบื้องต้น โดยแยกประชาชนที่มาตรวจเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มปกติ มีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด <101 mg/dl กลุ่มเสี่ยงมีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด 101-125 mg/dl และมีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด 126 mg/dl ขึ้นไปเป็นกลุ่มสงสัยรายใหม่ ซึ่งต้องดำเนินการส่งต่อพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย⁵ การดำเนินการตรวจคัดกรองนี้ สามารถช่วยลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานได้ เนื่องจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกคน จะได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งเรื่อง อาหาร อารมณ์และการออกกำลังกาย ช่วยลดปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดจนบางรายกลับมาเป็นกลุ่มปกติได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากแต่ในบางรายก็ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ มีพฤติกรรมเช่นเดิมรับประทานแป้งและน้ำตาลจนเกินความจำเป็นของร่างกาย ไม่ออกกำลังกาย ร่างกายก็เสื่อมลงจนกลายเป็นกลุ่มป่วย อีกทั้งยังมีกลุ่มที่ไม่สนใจในสุขภาพ ไม่มาคัดกรองประจำปี และป่วยด้วยเบาหวานกลุ่มดังกล่าวจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการของโรคแล้วเช่นมาด้วยอาการน้ำหนักร่วง ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ หิวบ่อย เหนื่อยล้า คันตามผิวหนัง ชาปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว เป็นต้น⁵ ในขณะที่ การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานที่ผ่านมาอาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับทรัพยากร ทั้งค่าใช้จ่าย วัสดุอุปกรณ์และบุคลากร จึงไม่มีการคัดกรองในกลุ่มอายุ 15-34 ปี หากแต่ต้นทุนการดูแลผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามากโดยเฉลี่ย

1,676 บาท/ครั้ง⁶ ก่อปรกับ มีอุบัติการณ์โรคเบาหวานในอายุที่ต่ำลงเรื่อย ๆ ดังนั้นเพื่อเป็นการศึกษาเบื้องต้นในระดับพื้นที่จึงนำแนวทางการคัดกรองของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย มาผสมผสานเพื่อคัดกรองประชาชนกลุ่มอายุ 15-34 ปี โดยการสอบถามปากเปล่า (Verbal Screening) เพื่อประเมินคะแนนปัจจัยเสี่ยง เมื่อประเมินและพบค่าได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปจะดำเนินการคัดกรองด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด หากเสี่ยงก็จะเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดอุบัติการณ์ของเบาหวานต่อไป

วิถีชีวิตสุขภาพ (Healthy Lifestyle) อาจเป็นประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน แม้บางกรณีเชื่อมโยงกับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ สังคม วัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพ ก็ตาม วิถีชีวิตสุขภาพนับเป็นปัจจัยสำคัญมากกับการอุบัติการณ์โรคเบาหวาน วิธีที่เปลี่ยนไปจากอดีต มี กิจกรรมทางกายลดลง อาหารอุดมสมบูรณ์หารับประทานได้ตลอดเวลา การเดินทางสะดวกสบาย พฤติกรรมการบริโภคของคนชนบทที่นิยมเดินห้างเพื่อจับจ่ายใช้สอย ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนสนับสนุนให้พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนไปในทางที่ไม่เหมาะสม สมดุลอาหารในแต่ละมื้อเปลี่ยนไป คนอ้วนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ตามมาด้วยอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รูปแบบการคัดกรองเบาหวานตามแนวคิดภาคประชาสังคมมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาเนื่องจากจะเป็นมุมมองที่อยู่บนพื้นฐานและบริบทของพื้นที่ในองค์ประกอบภาคประชาสังคม⁷ เป็นแนวทางการดำเนินงานหรือรูปแบบการคัดกรองเพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน นำมาใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ภาครัฐในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ที่เป็นไปอย่างสอดคล้อง สอดรับและมี

ประสิทธิภาพ คุ่มค่าในการป้องกันและช่วยลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸

คำถามการวิจัย

รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวานตามแนวทางประชาสังคม จังหวัดเลย เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

การศึกษารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวานตามแนวทางประชาสังคม จังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์เปรียบเทียบแนวทางการคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวาน

2. เพื่อศึกษารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวาน ตามแนวทางประชาสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยผสมผสาน (Mixed Methodology Research) วิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการเก็บข้อมูลการคัดกรองเบาหวานใน 2 รูปแบบใน 3 กลุ่มประชากร โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One Way ANOVA และยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey HSD และสถิติ Kruskal-Wallis Test สรุปผลการวิจัยในกลุ่มนักวิจัยหลังจากนั้นเติมเต็มด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ทั้งการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำเสนอสารสนเทศที่เหมาะสมต่อภาคประชาสังคม เพื่อสังเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมในการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม

(Focus Groups Discussion)นำเสนอรูปแบบที่เหมาะสมในการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน หลังจากนั้นสรุปผลสนทนากลุ่มเป็นเอกสาร เพื่อคืนข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มเป้าหมายภาคประชาสังคมเดิม เพื่อการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์สถานการณ์

ทบทวนวรรณกรรมโดยกลุ่มนักวิจัย เพื่อกำหนดกรอบในการศึกษา และกำหนดแบบบันทึกข้อมูลเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการคัดกรองเบาหวาน โดย

รูปแบบที่ 1 ใช้การคัดกรองตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำหรับประชาชนทั่วไปที่อายุ 35 ปีขึ้นไปทุกคน เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัดจากการเปลี่ยนแปลงประชากรตลอดเวลา และการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน(Multistage cluster sampling) อีกทั้งเพื่อการลดค่าความคลาดเคลื่อนจึงเลือกใช้สูตร⁹
$$n_{srs} = (Z^2 \alpha / 2p(1-p) / d^2) \times Deff$$
 โดยการสุ่มอำเภอและสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน จึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สุ่มได้ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปวนพุก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหมากแก้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลัก160 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อยสามัคคี สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติหนองหิน และหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลหนองหิน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน ดังนี้

(1) นำรายชื่อประชาชนในตำบลที่ผ่านการคัดกรองมาเรียงลำดับต่อเนื่องทุกหมู่บ้าน

(2) นำประชากรในตำบลที่ผ่านการคัดกรอง หาด้วย 384 จะได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง (Interval: I)

(3) สุ่มตัวอย่างหมายเลขเริ่มต้นตามรายชื่อที่เรียงไว้ นำตัวเลขแรกที่สุ่มได้ บวกด้วยค่าช่วงระยะห่าง (Interval) จะได้ตัวอย่างต่อไป นับต่อเนื่องจนครบ 384 คน

รูปแบบที่ 2 ใช้แนวทางการคัดกรองตาม ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย⁵ ซึ่งเป็นการเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมจากการคัดกรองปกติของกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองในกลุ่มอายุ 15-34 ปีเพิ่มเติม จำนวน 213 คน แต่วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ต้องการเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง ดังนั้นจึงได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 602 คน

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการสังเคราะห์รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในการสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองเบาหวานเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-debt interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion)จำนวน 5 กลุ่ม ได้มาโดยผู้มีส่วนได้เสียในการดำเนินงานโรคเบาหวานโดยการบอกต่อแบบปากต่อปาก (Snowball Technique)จำนวนกลุ่มละประมาณ 8-12 คน หากการบอกต่อมีปริมาณมากเกินไปกว่า 1 กลุ่ม ในขณะที่ยังพบข้อมูลใหม่/ข้อมูลยังไม่อิ่มตัวจะขยายการดำเนินการให้มากกว่า 5 กลุ่ม

ขอบเขตการวิจัย วิจัยแบบผสมผสานนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ดำเนินการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์เปรียบเทียบแนวทางการคัดกรองเพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน โดยคัดกรอง กลุ่มที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย

(1.1) กลุ่มประชาชนทั่วไปอายุ 35-60ปี จำนวน 280 คน ดำเนินการคัดกรองตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยรายใหม่ได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและติดตาม ในระบบปกติ

(1.2) กลุ่มประชาชนอายุ >60 ปี จำนวน 109 คน ดำเนินการคัดกรองตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยรายใหม่ได้รับคำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพและติดตาม ในระบบปกติ

(1.3) กลุ่มประชาชนอายุ 15-34 ปี จำนวน 213 คน ดำเนินการคัดกรองตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ โดยคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) พบกลุ่มเสี่ยงที่ต้องตรวจคัดกรองโดยการเจาะปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหาร 8 ชั่วโมงก่อนการตรวจ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยรายใหม่ได้รับคำแนะนำปรับเปลี่ยนสุขภาพและติดตาม ในระบบปกติ

จัดกิจกรรมกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยรายใหม่ตามโปรแกรมที่กำหนดประเมินผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ในรูปแบบต่าง รายการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Analysis of Variance: ANOVA ยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey HSD และ สถิติ Kruskal-Wallis Test

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

(2.1) นำเสนอชุดข้อมูลที่วิเคราะห์เป็นสารสนเทศแล้วเสนอต่อผู้มีส่วนได้เสียศึกษารูปแบบตามแนวทางภาคประชาสังคมในการคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวาน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-debt interview) สนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) นำเสนอ มุมมองที่เหมาะสมในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน และใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ภาครัฐในการดำเนินงาน ที่เป็นไปอย่างสอดคล้อง สอดรับ มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

(2.2) สนทนากลุ่มเป้าหมายภาคประชาสังคมกลุ่มเดิมใน (2.1) เพื่อคืนข้อมูลและเพื่อการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล พร้อมทั้งการเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ดำเนินการศึกษาระหว่าง ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง เมษายน พ.ศ.2563

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยผสมผสานนี้ ใช้นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินการวิจัย โดยมีเครื่องมือสนับสนุน ได้แก่

(1) การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบบันทึกข้อมูล

(2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้หัวข้อการสนทนากลุ่ม แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวทางการสรุปผลการวิจัย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์เสริมอื่นๆเช่นกล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง นำมาอธิบายและเสนอ มุมมองร่วมกัน และนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยมุ่งเน้นปรากฏการทางสังคมที่ปรากฏต่อหน้านักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่นำเสนอหรือไม่มี ความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์¹⁰

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้แบ่งระยะการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ดำเนินการศึกษารูปแบบป้องกันโรคเบาหวานใน 3 กลุ่ม 2 รูปแบบ ประเมินผล การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานใน 3 กลุ่มประชากร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One Way ANOVA และ Kruskal-Wallis Test ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำเสนอชุดข้อมูลสารสนเทศต่อผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อศึกษารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-debt interview) และสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) เพื่อนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสม และใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ภาครัฐ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานกรองเบาหวาน กลุ่มที่ 1 อายุ 35-60 ปี พบ เป็นชาย 116 คน (ร้อยละ 41.43) เป็นหญิง 164 คน (ร้อยละ 58.57) อายุเฉลี่ย 48.92 ปี (SD=7.014) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.73 (SD=4.12) โดยแบ่งเป็น ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.50 (ผอม) จำนวน 8 คน ร้อยละ 2.86 ดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 (ปกติ) จำนวน 99 คน ร้อยละ 35.36 ดัชนีมวลกาย 23.00-24.99 (ท้วม) จำนวน 56 คน ร้อยละ 20.00 ดัชนีมวลกาย 25.00-29.99 (อ้วน) จำนวน 89 คน ร้อยละ 31.79 ดัชนีมวลกาย 30.00 ขึ้นไป (อ้วนมาก) จำนวน 28 คน ร้อยละ 10.00 ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเฉลี่ย 88.36mg/dl (SD=24.17) โดยแบ่งเป็นค่าน้ำตาลปกติ <101 mg/dl ลงมาจำนวน 189 คน (ร้อยละ 67.50) กลุ่มเสี่ยงค่าน้ำตาล 101-125 mg/dl จำนวน 69 คน(ร้อยละ 24.65) และกลุ่มสงสัยรายใหม่ค่าน้ำตาล 126 mg/dl ขึ้นไป จำนวน 22 คน(ร้อยละ 7.86) กลุ่มที่ 2 อายุ 61 ปีขึ้นไป พบ เป็นชาย 49 คน (ร้อยละ 44.963) เป็นหญิง 60 คน (ร้อยละ 55.04) อายุเฉลี่ย 68.80 ปี(SD=6.154) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.58 (SD=3.11) โดยแบ่งเป็น ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.50 (ผอม) จำนวน 9 คนร้อยละ 8.26 ดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 (ปกติ) จำนวน 55 คนร้อยละ 50.46 ดัชนีมวลกาย 23.00-24.99 (ท้วม) จำนวน 22 คนร้อยละ 20.19 ดัชนีมวลกาย 25.00-29.99 (อ้วน)จำนวน 21 คน ร้อยละ 19.27 ดัชนีมวลกาย 30.00 ขึ้นไป (อ้วนมาก) จำนวน 2 คนร้อยละ 1.84 ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเฉลี่ย 101.93 mg/dl (SD=24.96)

โดยแบ่งเป็นค่าน้ำตาลปกติ <101 mg/dl ลงมาจำนวน 60 คน (ร้อยละ 55.05) กลุ่มเสี่ยงค่าน้ำตาล 101-125 mg/dl จำนวน 41 คน(ร้อยละ 37.62) และกลุ่มสงสัยรายใหม่ค่าน้ำตาล 126 mg/dl ขึ้นไป จำนวน 8 คน (ร้อยละ 7.34) กลุ่มที่ 3 อายุ 15-34 ปี พบ เป็นชาย 99 คน (ร้อยละ 46.48) เป็นหญิง 114 คน (ร้อยละ 53.53) อายุเฉลี่ย 24.74 ปี(SD=5.917) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.54 (SD=5.15) โดยแบ่งเป็น ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.50 (ผอม) จำนวน 39 คนร้อยละ 18.31 ดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 (ปกติ) จำนวน 72 คนร้อยละ 33.81 ดัชนีมวลกาย 23.00-24.99 (ท้วม) จำนวน 40 คนร้อยละ 18.78 ดัชนีมวลกาย 25.00-29.99 (อ้วน)จำนวน 48 คนร้อยละ 22.54 ดัชนีมวลกาย 30.00 ขึ้นไป (อ้วนมาก)จำนวน 31 คนร้อยละ 14.56 ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเฉลี่ย 89.72 mg/dl (SD=11.46) โดยแบ่งเป็นค่าน้ำตาลปกติ <101 mg/dl ลงมาจำนวน 188 คน (ร้อยละ 88.27) กลุ่มเสี่ยงค่าน้ำตาล 101-125 mg/dl จำนวน 23 คน(ร้อยละ 10.80) และกลุ่มสงสัยรายใหม่ค่าน้ำตาล 126 mg/dl ขึ้นไปจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.94)

เมื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < .001) และเมื่อยืนยันความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 35-60ปีกับ>60 ปี และคู่ระหว่างกลุ่ม15-34 ปีกับกลุ่ม>60 ปี (p- value <.001) ส่วนคู่ระหว่างกลุ่ม 15-34 ปีกับกลุ่ม 35-60 ปีมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value =.87) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 The general data for gender BMI and FCG

	Group 1		Group 2		Group 3	
	Number	%	Number	%	Number	%
Gender Male	116	41.43	49	44.96	99	46.48
Female	164	58.57	60	55.04	114	53.52
BMI <18.50	8	2.86	9	8.26	39	18.31
18.50-22.99	99	35.36	55	50.46	72	33.81
23.00-24.99	56	20.00	22	20.19	40	18.78
25.00-29.99	89	31.79	21	19.27	48	22.54
>30	28	10.00	2	1.84	31	14.56
FCG<101mg./dl	189	67.50	60	50.05	188	88.27
101-125 mg./dl	69	24.65	41	37.62	23	10.80
>=126 mg./dl	22	7.86	8	7.34	2	0.94
Total (n=602)	280	100	109	100	213	100

ตารางที่ 2 The One Way ANOVA of Body mass Index

BMI	df	SS	MS	F	p-value
Between Groups	2	386.50	193.25	10.145	.000
Within Groups	602	11,410.65	19.05		
Total (n=603)	602	11,797.14			

เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.001) และเมื่อยืนยันความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคู่ระหว่างกลุ่ม 35-60 ปีกับกลุ่ม 15-34 ปี และคู่ระหว่างกลุ่ม 15-34 ปีกับกลุ่ม >60 ปี (p - value <.001) ส่วนคู่ระหว่างกลุ่มอายุ >60 ปีกับกลุ่มอายุ 35-60 ปีมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value =.281) ดังตารางที่ 3

เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ใน 3 กลุ่มอายุด้วยสถิติ Kruskal Wallis Test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <.001) หลังดำเนินการตรวจคัดกรองและแจ้งผลผู้เข้ารับการคัดกรอง โดยนำกลุ่มเสี่ยงเข้ากระบวนการให้สุขศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คัดกรองซ้ำตามนัด กลุ่มสงสัยรายใหม่ดำเนินการให้สุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนัดมาเจาะซ้ำ เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด หากพบระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลด ส่งต่อพบแพทย์เพื่อการตรวจและวินิจฉัยต่อไป ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 The One Way ANOVA of Fasting Blood Sugar

BMI	df	SS	MS	F	p-value
Between Groups	2	10,509	6,893.75	15.995	.000
Within Groups	602	292.349	430.99		
Total (n=603)	602	271,590			

ตารางที่ 4 The Kruskal Wallis Test of Groups Risk

Groups Risk	df	Chisquare	p-value
GR	2	46.728	<.001
Total (n=602)			

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามแนวทางประชาสังคมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-debt interview) เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม รวมถึงการสังเกต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) สมาชิกเข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้ง 5 กลุ่มประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน แม่ค้าอาหารปรุงสำเร็จ กลุ่มเสี่ยงสูง/อ้วนอันตราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พระ ผู้นำตามธรรมชาติ(ในชุมชน) ผลการศึกษารายละเอียด ดังนี้

(1) นำเสนอสารสนเทศจากการคัดกรองเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม 2 รูปแบบ พร้อมนำเสนอองค์ความรู้โรคเบาหวาน โดยเน้นสาเหตุและปัจจัยเสริม แนวโน้มการป่วยในกลุ่มอายุที่ลดลง แต่ประเด็นองค์ความรู้เบาหวาน สาเหตุของการเกิดเบาหวานและปัจจัยเสริมของการเกิดเบาหวาน กลุ่มที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม มีความเข้าใจหากแต่ระดับความใส่ใจหรือความตระหนักแตกต่างกัน ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มปกติอื่น ส่วนคนอื่นๆ ก็กังวลในสารสนเทศ/ความรู้ที่ได้รับและตระหนักเพิ่มขึ้น

(2) ประเด็นคำถาม “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อผลการคัดกรองเบาหวานและสถานการณ์ที่เราประสบอยู่ในปัจจุบัน” ในมุมมองประชาสังคมในภาพรวมจะรู้สึกกังวล โดยเฉพาะตัวแทนผู้ป่วย/ตัวแทนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม หมายถึงคนที่เริ่มตระหนักคือคนที่ประสบเหตุ/รับผลโดยตรงจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน กลุ่มอื่นก็จะพยายามเสนอแนวทางที่จะทำให้ประชาชนทั่วไปรู้ระดับความเสี่ยงของตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง

(3) ประเด็นคำถาม “ในมุมมองของท่านท่านคิดว่าสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดปัญหาโรคเบาหวานคืออะไร” มุมมองภาคประชาสังคมให้ความสำคัญวิถีชีวิตสุขภาพที่เปลี่ยนไป สะดวกสบายมากกว่าอดีต มีอาหารบริโภคอย่างอุดมสมบูรณ์ โดยเฉพาะส่วนประกอบอาหารมีน้ำตาลมากขึ้นกว่าในอดีตมาก เครื่องดื่มต่าง ๆ มีปริมาณน้ำตาลสูงและประชาชนทั่วไปนิยมบริโภค ซึ่งในอดีตไม่มีเครื่องดื่มเหล่านี้ขาย ในระยะหลังมีเครื่องดื่มเหล่านี้ขายในทุก ๆ ร้านค้าแม้กระทั่งรถชาเล้งเร่ขายในหมู่บ้าน/ชุมชน ส่วนประกอบอาหารก็มีน้ำมันพืชเป็นส่วนประกอบมากขึ้น มีการใช้เครื่องปรุงรสอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผงชูรสและรสดี อาหารมีความอร่อยและโดยรวมมีคนอ้วนมากขึ้น และป่วยด้วย

โรคไร้เชื้อเรื้อรังมากขึ้น “กินบ่เขาสบเขาปาก กินจนอ้วน เด็กน้อยแห่งอ้วนหลาย น้ำหวานมันหลาย”

(4) ประเด็นคำถาม “ในมุมมองของท่าน เราควรแก้ไขปัญหาก็ที่ประสบอยู่อย่างไรจึงจะสามารถลดอุบัติการณ์ได้” ภาคประชาสังคมให้ความเห็นว่า การเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพนั้นเป็นไปได้ยากหรือแทบเป็นไปไม่ได้เลยเนื่องจากเป็นการสั่งสมและเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา สั่งสม นานาน สิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้อาจเป็นสิ่งแวดล้อมในวิถีชีวิต การแก้ไขปัญหาก็ต้องมุ่งประเด็นความรู้ความเข้าใจในระดับบุคคล และเฝ้าระวังด้วยตนเองโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงจากระดับน้ำตาลรวมถึงกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น อ้วนมาก ประวัติครอบครัว การตรวจคัดกรองจะต้องดำเนินการให้สอดคล้องตามบริบทพื้นที่และบุคคล บุคคลบางกลุ่มอาจต้องติดตามคัดกรองทุก 1 เดือน ทุก 3 เดือน หรือทุก 6 เดือน เพื่อย้ำเตือนให้เกิดความตระหนัก และดูแลสุขภาพ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย รวมถึงการลดน้ำหนัก ส่วนกลุ่มคนที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง ควรมีกระบวนการติดตามอย่างเป็นระบบ โดยความร่วมมือของ อสม. บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพราะผู้ป่วยบางรายไม่ผ่านการคัดกรอง แต่ป่วยระหว่างปีนั้น ซึ่งไม่ได้เข้าสู่ระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนการป่วย ซึ่งอาจแตกต่างจากเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคมาโดยตัวชี้วัดคลินิก NCD Plus ของกรมควบคุมโรคกำหนดให้กลุ่มสงสัยรายใหม่หมายถึงประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วหลังงดน้ำงดอาหาร 8 ชม. (FCBG) มีค่าตั้งแต่ 126 มก/ดล. กลุ่มสงสัยรายใหม่นี้จะต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลมากโลหิตหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชม. โดยควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน โดยกำหนดเป้าหมายความครอบคลุม $\geq$ ร้อยละ 60 ขึ้นไป¹¹

12

(5) “รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันเบาหวานควรเป็นอย่างไร” ประชาสังคม ให้ประเด็นแนวทางการคัดกรองจะต้องครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม เพื่อแจ้งเตือนว่ากลุ่มเสี่ยงทุกคนได้รับรู้และมีโอกาสในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ด้วยตัวของเขาเอง เมื่อทราบถึงความเสี่ยงและเสียที่จะตามมาหากป่วยด้วยเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงเหล่านั้นก็มีอิสระในทางเลือกที่จะดูแลสุขภาพตนเอง รูปแบบในการคัดกรองในปัจจุบันที่คัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อาจต้องขยายมาสู่กลุ่มอายุต่ำกว่าที่มีความเสี่ยง ให้เขาเหล่านั้นได้มีโอกาสปรับตัว เปลี่ยนแปลงแต่เนิ่น ๆ หรือเปลี่ยนวิถีชีวิต หากไม่ต้องการป่วยด้วยเบาหวาน ดังนั้นรูปแบบการคัดกรองที่ดีในมุมมองประชาสังคม จะต้องทำให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการคัดกรองมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

(6) ประเด็นคำถาม “มีสิ่งใดที่ท่านต้องการเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่กล่าวมา เพื่อเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น” นอกเหนือจากการดำเนินการคัดกรองและเฝ้าระวังในระดับพื้นที่แล้ว การใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาช่วยกระตุ้นเตือน โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มประชาชนคนรุ่นใหม่เช่นการใช้นาฬิกาอัจฉริยะ (Smart Watch) หรือการใช้โทรศัพท์มือถือ (Smart Phone) ในการกระตุ้นเตือนสถานะสุขภาพ ทั้งความดันโลหิต การเต้นของหัวใจ การนับก้าว การวัดระดับการเคลื่อนไหวร่างกายและอื่น ๆ ก็จะช่วยทำให้ประชาชนตระหนักถึงสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพตนเองได้

แนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องของโรคไร้เชื้อเรื้อรังในปัจจุบัน ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุข มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น ควรมีการจัดโครงสร้างองค์การสาธารณสุขเป็นการเฉพาะมารองรับการดำเนินงานโรคไร้เชื้อเรื้อรังเป็นการเฉพาะ เช่น แยกฝ่ายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

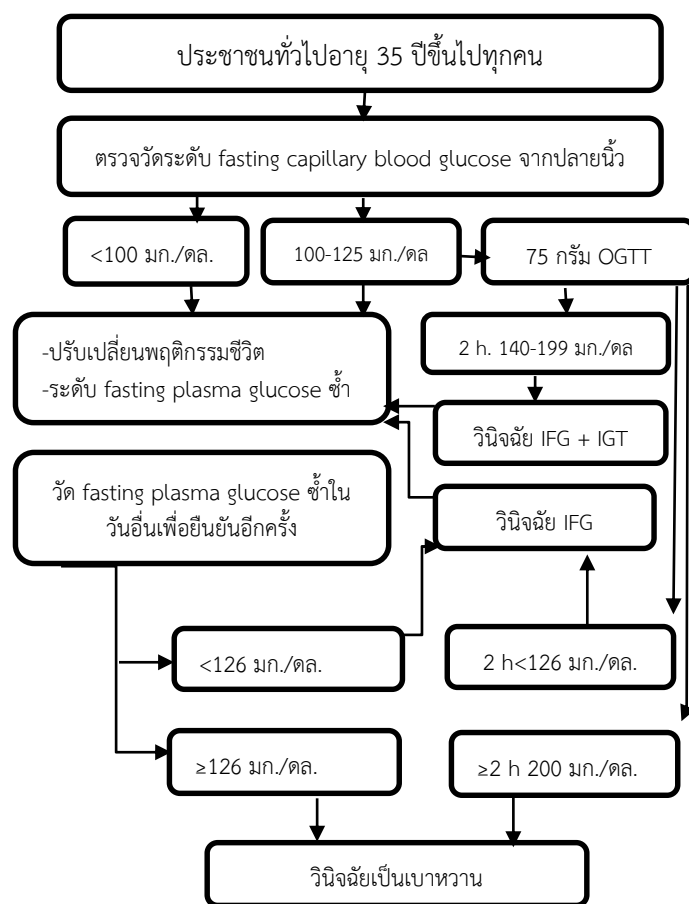
ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

จากผลการวิจัยค่าดัชนีมวลกายมีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 กลุ่ม โดยกลุ่มอายุ 35-60 ปีมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยสูงสุด 24.73 (SD=4.12) กลุ่มอายุ 15-34 ปีมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.54 (SD=5.15) และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยต่ำสุด 22.58 (SD=3.11) อย่างไรก็ตามหากวิเคราะห์เชิงลึกในรายละเอียดจะพบว่ากลุ่มอายุ 35-60 ปี มีค่าดัชนีมวลกายในระดับอ้วนและอ้วนมากรวมกันถึงร้อยละ 41.79 ซึ่งนับว่าสูงมาก ในขณะที่กลุ่มอายุ 15-34 ปี มีค่าดัชนีมวลกายในระดับอ้วนและอ้วนมากรวมกัน ร้อยละ 37.10 ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไปมีค่าดัชนีมวลกายในระดับอ้วนและอ้วนมากรวมกัน ต่ำสุดใน 3 กลุ่มคือร้อยละ 21.11 ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดพบว่ามีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มอายุ 35-60 ปีมีกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 24.65 และสงสัยรายใหม่ ถึงร้อยละ 7.86 กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี พบกลุ่มเสี่ยงสูงสุดถึงร้อยละ 37.62 และสงสัยรายใหม่ ถึงร้อยละ 7.34 ส่วนกลุ่มอายุ 15-34 ปีพบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 10.80 และกลุ่มสงสัยรายใหม่ ร้อยละ 0.94 หากประเมินภาพรวมจะพบว่ากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยรายใหม่โดยรวมในประชากรมีค่าสูงมาก โดยพบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 133 คนร้อยละ 22.06 และกลุ่มสงสัยรายใหม่จำนวน 32 คนร้อยละ 5.31 ของประชากร สอดคล้องกับการศึกษาของไพบูรณ์ โล่สุนทรและสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ ซึ่งพบว่า การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดจาก 110 – 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในรอบ 1 ปี ร้อยละ 16.1¹³ การคัดกรองในระบบปกติของกระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกคน หากแต่กลุ่มอายุ 15-34 ปี จะไม่ได้ดำเนินการคัดกรอง แต่จากผลการศึกษานี้จะพบได้ว่ากลุ่มอายุ 15-34 ปีมีแนวโน้มมีความเสี่ยง

ต่อเบาหวานเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังพบอุบัติการณ์ด้วยการดำเนินการโดยให้ อสม. ผู้รับผิดชอบครัวเรือน ประเมินความเสี่ยงอย่างหยาบแล้วตามด้วยการประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening) และเมื่อพบความเสี่ยงจึงดำเนินการคัดกรองด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้ว (Fasting capillary glucose: FCG) อีกครั้งหนึ่ง ก็จะช่วยให้ประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นในภาพรวม อีกทั้งช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอุบัติการณ์เบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของมณี วชิรรัตนวงศ์ พบว่าแบบประเมินความเสี่ยงอย่างง่าย สามารถใช้ในการตรวจคัดกรองภาวะระดับกลูโคสในเลือดผิดปกติในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อค้นหาผู้มีความเสี่ยงสูงซึ่งควรได้รับการตรวจวัดระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารและปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน¹⁴

ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

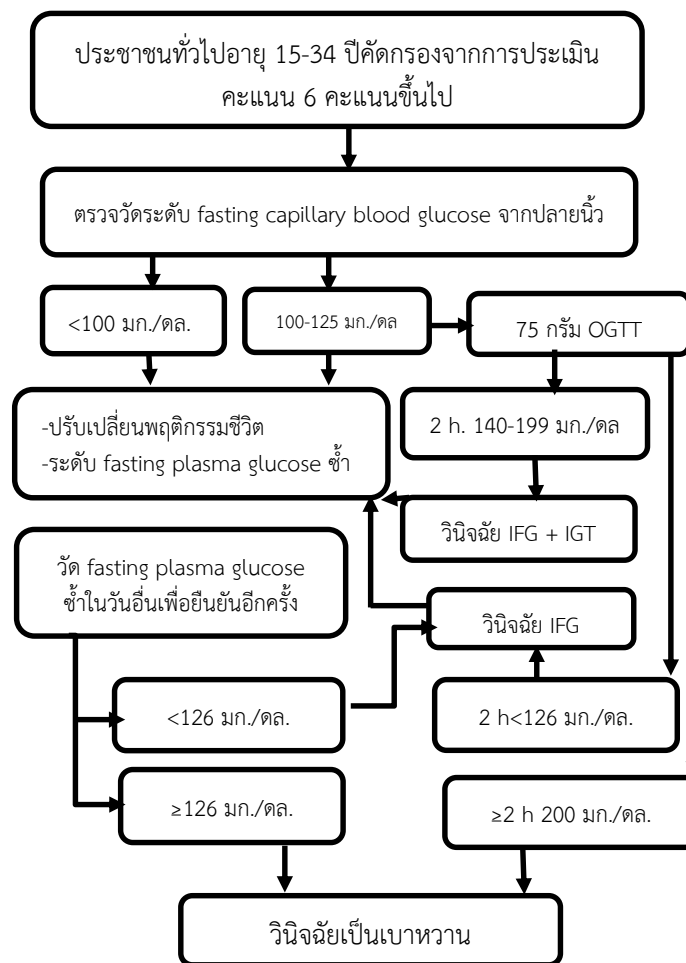
ปรากฏการณ์ทางสังคม จากการสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และนำมาใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) พบว่ารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามแนวทางประชาสังคมต้องมีความหลากหลาย โดยใช้แนวทางการคัดกรองของกรมควบคุมโรคติดต่อ¹³ เป็นหลัก และเพิ่มเติมด้วยแนวทางการคัดกรองของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย⁵ กล่าวคือคัดกรองด้วยปากเปล่า (Verbal Screening) ในกลุ่มอายุ 15-34 ปี เมื่อพบความเสี่ยงคือมีระดับคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปก็ดำเนินการนัดหมายเพื่อเจาะเลือดปลายนิ้วหลังดื่มน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนวันก่อนการคัดกรอง จะได้กลุ่มเสี่ยงและสงสัยรายใหม่จำนวนหนึ่งที่ต้องดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคัดกรองซ้ำ โดยในกลุ่มนี้ จะช่วยลดอุบัติการณ์ นอกกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองปกติของกระทรวงสาธารณสุข



รูปภาพที่ 1 รูปแบบที่ 1 การคัดกรองประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป

รูปแบบที่ 1 รูปแบบการคัดกรองตามแนวทางกรมควบคุมโรคติดต่อ ที่บุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกคน ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ประชาชนบางส่วนไม่ให้ความสำคัญและไม่เข้ารับบริการคัดกรอง แม้แต่ติดตามถึงบ้านโดยอสม. ก็ปฏิเสธการคัดกรอง ดังนั้น จะพบว่าการดำเนินการคัดกรองมีความครอบคลุมต่ำ แต่รายงานความครอบคลุมที่ปรากฏในระบบข้อมูลกลับมีความครอบคลุมสูง ซึ่งอาจมาจากความบิดเบี้ยวของข้อมูล หรือเหตุอื่น ๆ โดยปรากฏข้อขัดแย้งในระบบข้อมูลเช่น ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

มาจากกลุ่มผู้มีระดับน้ำตาลปกติเมื่อรอบการคัดกรองที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองรอบที่ผ่านมา เป็นต้น รูปแบบการคัดกรองนี้ในมุมมองประชาสังคมแนะนำประเด็นการเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง โดยจะต้องเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และแก้ไขปัญหาเป็นรายกรณีหมู่บ้านหรือชุมชน ทั้งนี้ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องของโรคไร้เชื้อเรื้อรัง อาจต้องมีการจัดโครงสร้างองค์กรสาธารณสุขเป็นการเฉพาะมารองรับ เช่น ฝ่ายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน



รูปภาพที่ 2 รูปแบบที่ 2 การคัดกรองประชาชน อายุ 15-34 ปี

รูปแบบที่ 2 รูปแบบการคัดกรองตามแนวของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยเพิ่มเติมจากการคัดกรองกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งโดยปกติบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ไม่ได้ดำเนินการคัดกรอง และเริ่มประสบปัญหาเนื่องจากมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่อายุต่ำกว่า 35 ปี และกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องปัญหาอุปสรรคที่พบคือ เป็นภาระงานบุคลากรที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการคัดกรองโดย อสม. ด้วยวิธีการสอบถามปากเปล่า และแนะนำให้เข้ารับการคัดกรองสำหรับผู้มีคะแนน 6 คะแนนขึ้นไป ภาคประชาสังคมสนับสนุนให้ดำเนินการคัดกรองเพิ่มเติมจากรูปแบบที่ 1 และนำกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย

เสนอแนะให้ใช้กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นแหล่งทรัพยากรเพิ่มเติมทั้งวัสดุอุปกรณ์และแรงจูงใจ อสม.และบุคลากรสาธารณสุข

ข้อเสนอเชิงนโยบาย มุมมองประชาสังคม

1. ใช้ระบบการคัดกรองที่หลากหลายโดยมีเป้าหมายครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ลงละเอียดในระดับบุคคล/ชุมชน
2. ควรดำเนินการด้วยกิจกรรมการคัดกรองที่เหมาะสมแต่ละบุคคล เช่นกลุ่มเสี่ยงค่าดัชนีมวลกายสูง และ/หรือ มีความเสี่ยงอื่น แต่อายุยังไม่ถึง 35 ปี ก็ต้องดำเนินการคัดกรองด้วยความถี่ที่เหมาะสม ต่อเนื่อง
3. เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในการลดอุบัติการณ์ ควรมีองค์กร

หรือหน่วยงาน/กลุ่มงานเฉพาะ ที่มีหน้าที่ดำเนินงานโดยตรงกับโรคไร้เชื้อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCD) เนื่องจากในปัจจุบัน มีกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่ม และมีอุบัติการณ์โรคไร้เชื้อเรื้อรังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

4. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่สะท้อนข้อเท็จจริงมากกว่าการใช้เป็นเกณฑ์เพื่อการจ่ายเงินแก่หน่วยบริการ เนื่องจากมีข้อมูลสนับสนุนว่ากลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ระหว่างปีมาจากกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลปกติ มากกว่ากลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มที่ป่วยระหว่างปีเหล่านั้น ไม่เคยเข้ารับการคัดกรอง แต่มีรายงานเป็นกลุ่มปกติ ส่งผลให้เขาเหล่านั้น ไม่เคยเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงมีอุบัติการณ์มากกว่ากลุ่มที่มาคัดกรอง¹⁵

บทเรียนที่ได้

การดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานในปัจจุบัน ดำเนินการคัดกรองตามแนวทางกรมควบคุมโรค ปีละ 1 ครั้ง ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป อาจมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอในการป้องกันอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน เนื่องจากในบริบทที่เปลี่ยนไปจากอดีต ความเสี่ยงเกิดในกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปีเพิ่มมากขึ้น ประชากรมีภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้น ดังนั้นการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ที่ตั้งอยู่บริบทและพื้นฐานแห่งความเป็นจริง ควรจัดบริการให้สอดคล้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ บุคคล และวิถีชีวิตสุขภาพจะช่วยให้เกิดความตระหนักของประชาชน และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานโดยการตรวจคัดกรองโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว นับเป็นแนวทางที่ดี¹⁶ แต่อย่างไรก็ตามอาจมีค่าใช้จ่ายและบุคลากรที่เพิ่มขึ้นตามภาระงานหรือการคัดกรองที่เพิ่มขึ้น หลายครั้งที่นโยบายภาครัฐมุ่งเน้นผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ รวดเร็ว แต่แฝงไว้ด้วยความฉาบฉวยและ

ล้มเหลวในระยะยาว การดำเนินอย่างมั่นคงแข็งขันและมีส่วนร่วมนำมาซึ่งความยั่งยืนและการแก้ไขปัญหที่ตรงประเด็นในระดับพื้นที่ ที่สำคัญคือภาครัฐจะต้องสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมในระดับพื้นที่เล็งเห็นสภาพปัญหาและสร้างความตระหนักว่าเป็นปัญหาของตนเองที่ต้องดำเนินการแก้ไขเองโดยพื้นฐานหรือบริบทของพื้นที่ ซึ่งในปัจจุบันมีแหล่งงบประมาณที่สำคัญและสามารถใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในระดับพื้นที่คือกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่ ที่คอยให้การสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานระดับพื้นที่ตามบริบทที่เป็น สามารถกำหนดแนวทางสร้างอนาคตของชุมชนตนเอง สร้างความภาคภูมิใจแก่คนในชุมชน และเกิดความยั่งยืนในที่สุด

ปัญหา/ข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรค

การศึกษารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามแนวทางประชาสังคม เป็นการนำรูปแบบที่หลากหลายมาทดลองใช้ ดังนั้นจึงมีการใช้ทรัพยากร ทั้งบุคลากรและอื่น ๆ จำนวนมาก ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการในระยะยาวได้ถึงแม้ว่ารูปแบบที่ได้และมีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน จากการประเมิน และคัดกรองแต่เนิ่น ๆ ดังนั้น การกำหนดองค์กร หน่วยงานหรือกลุ่มงาน ขึ้นมาเพื่อการบริหารจัดการกับโรคไร้เชื้อเรื้อรังเป็นการเฉพาะ ก็อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสม เนื่องจากปัจจุบัน ไม่มีผู้รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ ส่งผลให้ผู้รับผิดชอบต้องปฏิบัติหน้าที่หลายอย่าง งานโรคไร้เชื้อเรื้อรังจึงเป็นเหมือนงานฝากในหน่วยบริการสาธารณสุข หากแยกฝ่ายหรือกลุ่มงานออกมาเป็นการเฉพาะ จะสามารถดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไร้เชื้อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การดูแลและให้สุขศึกษาประชาชน การคัดกรองตามรอบปกติ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการสอบถาม (Verbal Screening) ซึ่งกลุ่มเสี่ยงจากพันธุกรรม¹⁶ จากภาวะอ้วนลงพุงที่อยู่นอก

กลุ่มเป้าหมายหรืออายุน้อยกว่า 35 ปี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดอุบัติการณ์

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา

การคัดกรองเบาหวานแบบจำเพาะเจาะจงรายบุคคล ที่ไม่มีกรอบอายุมาเป็นอุปสรรค จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันอุบัติการณ์เบาหวานได้ดีที่สุด หากแต่การดำเนินเช่นนั้นจะต้องใช้ทรัพยากรภาครัฐเพิ่มขึ้น ดังนั้น การนำองค์ความรู้เหล่านี้ นำสู่ อสม.ให้ดูแลหลังคาเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ และสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้เข้าใจและมีวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคเบาหวาน มีความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) สามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ เพื่อประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล แก่ครอบครัวและชุมชนได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายนักวิจัย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และภาคประชาสังคม รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย รวมถึงแพทย์ทั้งในและนอกพื้นที่การวิจัย ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอื่น ๆ นักวิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation: IDF. 2020. Achieve from: <https://www.idf.org> in 10/04/2020.
2. International Diabetes Federation: IDF. 2020. Achieve from: <https://www.Diabetesatlas.org/en/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html> in 10/04/2020.
3. World Health Organization: WHO. 2019. Achieve from: <https://www.who.int> in 10/04/2020
4. กระทรวงสาธารณสุข; 2562. สืบค้นจาก: <http://www.moph.go.th/hdc/> เมื่อ 15 กันยายน 2562
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี. บริษัทร่มเย็นมีเดียจำกัด; 2560.
6. อรทัย เขียวเจริญ และคณะ. วิถีวิเคราะห์ต้นทุนรายโรคสำหรับประเทศไทย: วิถีต้นทุนจุลภาค; 2563. สืบค้นจาก คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <http://kb.hsri.or.th>
7. โกมาศ จิงเสถียรทรัพย์. “แนวคิดประชาคมการมีส่วนร่วมชุมชนและความรุนแรงต่อผู้หญิง” ศักยภาพประชาคมในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก. กรุงเทพมหานคร. มปส; 2546.
8. ธราพงษ์ กัปโก และคณะ. การคัดกรองเพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ: มุมมองประชาสังคม จังหวัดเลย ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 5(3): 107-118.
9. ฉวีวรรณ บุญสุยา. ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช. นนทบุรี: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2544.
10. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2552.

11. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2562. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/th/site/index> เมื่อ 20 มีนาคม 2562
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ฐานข้อมูล Health Data Centre: HDC; 2562. สืบค้นจาก: <https://www.lo.moph.go.th/main/> เมื่อ 20 มีนาคม 2562.
13. ไพบูรณ์ โล่ห์สุนทรและสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547. สืบค้นจาก: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/25700>.
14. มณี วชิรัตน์วงศ์. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. สืบค้นจาก : <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/53145>.
15. กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563. นนทบุรี. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
16. เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก และคณะ. การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยเป็นเบาหวาน. Rama Nurse Journal. 2553; 16(2): 169-184.

Received: 10 Aug 2020, Revised: 10 Sep 2020,

Accepted: 18 Sep 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดขอนแก่น

พิทยา ศรีเมือง^{1,*} สุพัฒน์ อาสนะ¹ กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์¹ ธีรศักดิ์ พาจันทร¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (กรณีศึกษา) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง น้ำพองและอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง 170 คน ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานในและนอกคลินิกหมอครอบครัวนำร่อง (PCC) ในคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (NCD Clinic) ของโรงพยาบาล และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของทั้ง 3 อำเภอ ซึ่งเป็นอำเภอนำร่องในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 3 อำเภอมีกระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการในภาพรวมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยในด้านกระบวนการนั้นคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นและอุบลรัตน์ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการอื่น ๆ ในหลายประเด็น แต่อย่างไรก็ดีด้านความต่อเนื่องในการดูแลและการเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยนั้น PCC ในโครงการนำร่องของอำเภอเมือง และด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมที่ PCC ในโครงการนำร่องของอำเภออุบลรัตน์ มีการดำเนินงานดูโดดเด่นกว่าหน่วยบริการอื่น ๆ ส่วนอำเภอน้ำพองนั้น PCC ในโครงการนำร่องมีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ในอำเภอเดียวกันในทุกด้าน ส่วนในด้านระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการนั้นในส่วนของอำเภอเมืองคือคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นมีระบบที่โดดเด่นที่สุด ขณะที่อำเภอน้ำพองและอุบลรัตน์โดย PCC ในโครงการนำร่องมีระบบโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เกือบทุกประเด็นยกเว้นด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องที่ PCC ในโครงการนำร่องของอำเภออุบลรัตน์ยังมีการดำเนินการยังไม่ต่อเนื่องนัก จากผลการศึกษาอาจมองเห็นโอกาสในการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะใน PCC นำร่อง ดังนั้นการขับเคลื่อนในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติจึงควรได้รับการพิจารณาในการให้การสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ การจัดบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

*Corresponding author: phitthaya@scphkk.ac.th

*Original Article***Primary Health Care Service Provision for Diabetes Mellitus and Hypertension Patients of Primary Care Units in Khonkaen Province**

Phitthaya Srimuang^{1,*}, Supat Assana¹,
Kritkantorn Suwannaphant¹, Teerasak Phajan¹

Abstract

This qualitative research (case study) aimed to explore process and supporting system of primary health care (PHC) services for diabetes mellitus (DM) and hypertension (HT) patients provided in Muang, Nampong and Ubolratana districts, Khonkaen province. Samples were purposive with 170 health personnel, providing PHC services for DM and HT patients and working at PHC units: Primary Care Clusters (PCCs), covering pilot and general PCCs, NCD clinics of community hospitals, and also Tambon health promoting hospitals in Muang, Nampong and Ubolratana districts (pilot areas in Thailand). Data were collected by focus groups and analyzed by content analysis. The results revealed that PHC units in these districts illustrated the provision process and the supporting system quite the same way. Regarding the provision process, Clinic NCD of Khonkaen and Ubolratana hospitals seemed to be more remarkable than others in various aspects. However, in the aspects of continuity of care and coordination, and also share care plan, the pilot PCCs of Muang and Ubolratana districts seemed to be more outstanding than others respectively. In Nampong district, particularly, the pilot PCC seemed to be more notable than others in all aspects. For supporting system, in Muang district, clinic NCD of Khonkaen hospital seemed to be more outstanding than others, while in Nampong and Ubolratana districts, the pilot PCCs seemed to be more remarkable than others, except in the aspect of standard service development that the pilot PCC of Ubolratana district seemed intermittent. It seems having opportunities for developing PHC services in the pilot PCCs. Therefore, policy and practice should be more supported by Ministry of Public Health and others for further development of PCC.

Keywords: primary health care, primary health care unit, diabetes mellitus and hypertension

¹ Sirindhorn College of Public Health Khonkaen

*Corresponding author: phitthaya@scphkk.ac.th

บทนำ

กลยุทธ์ “บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC)” ถือเป็นวิธีการที่สำคัญอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชากรโลกตามคำประกาศอัลมา อตา (Declaration of Alma-Ata in 1978) ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2521¹ ซึ่งถึงแม้ว่า PHC ได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางและยาวนานกว่า 40 ปีแล้วแต่ก็ยังถือว่ามีความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2561 ได้มีคำประกาศแอสตานา (Declaration of Astana in 2018) ที่ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของ PHC โดยกล่าวว่าการทำให้ PHC มีความเข้มแข็งหรือแข็งแกร่งนั้นเป็นวิธีการหรือวิถีทางที่รวบยอด มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้ง PHC นั้นยังเป็นรากฐานหรือเป็นเสาหลัก (cornerstone) ของระบบสุขภาพที่ยั่งยืนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) และการพัฒนาที่ยั่งยืนทางด้านสุขภาพ (Sustainable Development Goals: SDGs)² นอกจากนี้แล้ว ในปีเดียวกันนั้นเอง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund - UNICEF) ได้กล่าวถึงความสำคัญของ PHC ไว้ดังนี้ คือ 1) รูปแบบการดำเนินงานของ PHC นั้นสามารถทำให้ระบบสุขภาพมีการปรับตัวรวมทั้งตอบสนองต่อความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของโลกเราได้ 2) การดำเนินงานของ PHC ที่เน้นในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการดำเนินการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นสิ่งที่พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่ามีประสิทธิภาพอย่างยิ่งในการจัดการกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งจะสามารถจัดการกับสิ่ง

คุกคามสุขภาพได้ในอนาคต และ 3) ในเรื่องของสุขภาพดีถ้วนหน้า (UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) สามารถที่จะมีความสำเร็จและยั่งยืนได้นั้นต้องทำให้ PHC มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น²

ใน พ.ศ. 2523 แนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PHC) ได้ถูกนำเอามาใช้ในประเทศไทยครั้งแรกทั้งนี้เพื่อเป็นยุทธศาสตร์หลักในการสนองตอบต่อนโยบาย Health for All By The Year 2000 ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งยุทธศาสตร์ PHC ของไทยนั้นเรียกว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน”³ ในปัจจุบันการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานและการบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยนั้นได้มีการขับเคลื่อนไปในระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (District Health Board: DHB) ที่มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีรองรับ⁴ ตลอดจนมีการกำหนดในกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 258 ที่บัญญัติให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนประชากร⁵ ทั้งนี้เพื่อผลักดันหรือส่งเสริมให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของ PHC ให้มีความครอบคลุมและเกิดประโยชน์สูงสุดทางด้านสุขภาพอนามัยกับประชาชนทุกคน จากข้อกำหนดในกฎหมายรัฐธรรมนูญดังกล่าวในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงไปปฏิบัติงานในระดับตำบลเป็นครั้งแรกของประเทศไทย ซึ่ง PCC เป็นการยกระดับหน่วยหรือสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตตำบลหรือชุมชน เช่น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์แพทย์หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเดิมให้มีความก้าวหน้าหรือพัฒนาขึ้นไปอีก โดยแต่ละ PCC จะมีทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีมดูแลประชาชนจำนวนประมาณ 10,000 คน ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งนี้อาจมีการรวม รพ.สต. 3 แห่งเป็น 1 PCC ก็ได้ ซึ่งในแต่ละทีมหมอครอบครัวจะประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ เช่น เกษตรกร ทันตแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และอื่น ๆ ทั้งนี้ทีมหมอครอบครัวนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นหมอประจำตัวของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ นั่นเอง⁶ นอกจากนี้แล้วประเทศไทยได้มีการตรา “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562” ขึ้นขึ้นเพื่อเป็นการกำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวมทั้งทีมหรือคณะได้มีการดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งมีการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน⁷

หลักการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัวจะคำนึงถึงความเชื่อมโยงบูรณาการและการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย รวมทั้งมีระบบงบประมาณที่เอื้ออำนวยและสนับสนุนให้เกิดการบริการอย่างบูรณาการและเน้นผลลัพธ์เป็นสำคัญตามแนวคิด “การจัดบริการสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่า หรือ Value-based health care”⁸ และมีเป้าหมายที่เชื่อมโยงกัน 3 ประการ⁹ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพอนามัยและสุขภาวะที่ดีขึ้น (Health and well-being) 2) คุณภาพของการดูแลและการบริการ (Quality of care and services) และ 3) การลงทุนที่คุ้มค่าในสัดส่วนต่อจำนวนประชากร (Cost per Capita) โดยแนวคิดในการพัฒนา PCC คือการสร้างให้เกิดระบบ

“การติดต่อครั้งแรก หรือ First contact” ขึ้นโดยแพทย์และทีมสุขภาพเป็นหมอประจำครอบครัวเป็นที่ปรึกษาและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน การบริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic care) การให้บริการที่ต่อเนื่อง (Continuing care) การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive care) รวมทั้งมีระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อ (Consultation and referral system)⁶ ทั้งนี้ในการขับเคลื่อนการพัฒนา PCC ในระยะเริ่มแรกนี้สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว หรือ สปค. ได้มีการนำเอาประเด็นของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 2 โรคคือโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) และโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT) ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอยู่ในปัจจุบันมาเป็นโจทย์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาการดำเนินงานของ PCC โดยได้มีการดำเนินโครงการนำร่องใน PCC 20 แห่งทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งการขับเคลื่อนนี้ได้นำแนวคิดมาจากหลักการ 3 ประการได้แก่ 1) การดูแลที่ใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Principle of People-centered care) 2) การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care) และ 3) การดูแลแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Health care) โดยมีรูปแบบบริการที่มีองค์ประกอบ 5 ข้อ (5 Main elements) ได้แก่ 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม 3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย 4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย และ 5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน¹⁰ ทั้งนี้ในการดำเนินงานจะสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ของการดำเนินงานในพื้นที่ที่แตกต่างจากเดิมโดยได้ทำการขมวดรวมเอา

ขั้นตอนหรือกระบวนการต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการให้บริการประชาชน คือ การมุ่งเน้นให้ประชาชนมีทีมสุขภาพเป็นทีมประจำตัวและทุกกระบวนการจะมุ่งไปที่การสร้างสุขภาพ มีเครื่องมือที่ทำให้เกิดการเป็นหุ้นส่วนซึ่งกันและกัน ประชาชนจะได้เรียนรู้ในการเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเองและทีมสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงประสานงานให้เกิดการดูแลเชื่อมโยงกันในระบบบริการ¹⁰

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรราว 1.7 ล้านคน มีสภาพทั้งของความเป็นเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท มีระบบการบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง โดยการจัดบริการในระดับปฐมภูมินั้นได้มีการดำเนินงาน PCC ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดขอนแก่นได้มีการจัดบริการ PCC จำนวน 6 อำเภอ 11 แห่ง 19 ทีม¹¹ โดยมี PCC ของโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุบลรัตน์ และโรงพยาบาลน้ำพองรวมอยู่ในจำนวนนี้ด้วย อีกทั้ง PCC ของทั้ง 3 อำเภอนี้ก็ได้รับการพิจารณาจาก สปค. ให้เข้าร่วมโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาเป็นแม่แบบ (Model) ของ PCC ทั่วประเทศ นอกจากนี้ PCC ของทั้ง 3 อำเภอซึ่งได้แก่ 1) PCC หนองแวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น 2) PCC คำบง โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง และ 3) PCC โคกสูง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ ก็ยังได้เข้าร่วมกับ สปค. ร่วมเป็น 3 ใน 20 แห่งของ PCC นำร่องของประเทศในการขับเคลื่อนการพัฒนา PCC โดยการนำเอาประเด็นของการดูแลผู้ป่วย DM และ HT มาดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา เพื่อเป็นการศึกษาการขับเคลื่อนการพัฒนา ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆของการจัดบริการของ PCC รวมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆในประเด็นของการดูแลผู้ป่วย

DM และ HT ของพื้นที่นำร่องทั้ง 3 อำเภอในจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของ PCC นำร่อง รวมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ได้แก่ PCC ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการนำร่อง หน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่นๆ และคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล ในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษากระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

2) เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะของกรณีศึกษา (Case study) โดยศึกษาในพื้นที่ของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – มกราคม 2563

ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็น

อำเภอนำร่องในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ โดยกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากพื้นที่นำร่องของทั้ง 3 อำเภอ ๆ ละ 60 คน (จากการประมาณการเบื้องต้นหรือ Theoretical sampling) รวมจำนวน 180 คน (แต่เข้าร่วมโครงการวิจัยจริงจำนวน 170 คน) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ดังนี้

1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ 4 กลุ่ม ได้แก่ ก) หน่วยบริการสังกัดโรงพยาบาลชุมชนหรือ รพ.สต. ที่เป็นกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง ข) หน่วยบริการสังกัดโรงพยาบาลชุมชนหรือ รพ.สต. ที่เป็นกลุ่ม PCC นอกโครงการนำร่อง ค) หน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่น ๆ และ ง) หน่วยบริการสังกัดโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นคลินิก NCD

2) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT โดยตรง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน นักกายภาพบำบัด โภชนากรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น

3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

4) ไม่มีปัญหาสุขภาพอันจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงระหว่างเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group or Group interview guideline) โดยพัฒนามาจากแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาการดำเนินงานของ PCC นำร่องในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT ของ สปค. ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นของปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแล

รายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม การจัดทำระบบข้อมูล การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย DM และ HT ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา ทั้งนี้แบบสัมภาษณ์กลุ่มนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและถูกนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเดียวกันในพื้นที่อื่น จากนั้นได้นำข้อคำถามต่าง ๆ มาปรับปรุงก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus groups or Group interviews) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลใน 4 หน่วยบริการ ได้แก่ 1) PCC ในโครงการนำร่อง 2) PCC นอกโครงการนำร่อง 3) รพ.สต. อื่น ๆ และ 4) คลินิก NCD ของโรงพยาบาล ของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เลขที่ COA. MURA2019/1018

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการศึกษาในครั้งนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 จะเป็นการนำเสนอข้อมูลรายอำเภอโดยเริ่มจากอำเภอเมือง อำเภอ น้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ ตามลำดับ และส่วนที่ 2 จะเป็นการนำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบกันของทั้ง 3 อำเภอ

ส่วนที่ 1 การนำเสนอข้อมูลรายอำเภอ

อำเภอเมืองขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไป

อำเภอเมืองขอนแก่นเป็นอำเภอศูนย์กลางทางการปกครอง การคมนาคม การศึกษา การแพทย์ อุตสาหกรรมและเศรษฐกิจของจังหวัดขอนแก่น ตั้งอยู่ในภูมิประเทศที่เป็นที่ราบสูงของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดเป็นอำเภอชั้นพิเศษ มีพื้นที่ประมาณ 963.4 ตารางกิโลเมตร ประชากร 416,285 คน อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร 445 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น 18 ตำบล 267 หมู่บ้าน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 19 แห่ง (รวมเทศบาลนครขอนแก่น) และมีสถานบริการด้านสาธารณสุขทั้งของภาครัฐและเอกชนเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมี รพ.สต. จำนวน 26 แห่ง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่ PCC ในโครงการนาร่องจำนวน 22 คน รองลงมาเป็นหน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่น ๆ จำนวน 18 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 44 คนและเป็นเพศชายจำนวน 16 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปีจำนวน 47 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 38 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คน และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว >2 – 3 ปี จำนวน 26 คน

กระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย

DM และ HT อำเภอเมืองขอนแก่น

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการคือกลุ่ม PCC ในโครงการนาร่อง กลุ่ม PCC นอกโครงการนาร่อง กลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ และกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่น ได้ให้ข้อคิดเห็นต่อกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ไปในทิศทางเดียวกันใน 4 ด้านคือ ด้านของปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว ด้านของการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับหมอครอบครัวนั้นผู้ป่วยหรือผู้รับบริการรู้เป็นอย่างดีว่าใครคือหมอครอบครัว (ที่มีใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งอาจเป็นพยาบาลชุมชนหรือนักวิชาการสาธารณสุข) และสามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อต้องการความช่วยเหลือต่าง ๆ มีการจัดทำระบบข้อมูลและเชื่อมต่อข้อมูลที่จำเป็นระหว่างสถานพยาบาล (รพ.สต. หรือ PCC กับโรงพยาบาลขอนแก่น) แต่อาจจะยังไม่ครบถ้วนหรือสมบูรณ์นัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการบริหารจัดการตนเองโดยจะไปรับบริการประเมินความเสี่ยง (เช่น วัดความดันและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด) ที่สถานบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกับอสม. และมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีการซื้อเครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาลมาใช้เอง อีกทั้งความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยนั้นได้มีระบบในการติดตามแต่ก็สามารถดำเนินการได้เพียงบางรายเท่านั้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนที่อยู่หรือเดินทางไปต่างจังหวัดก็อาจจะไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ PCC ในโครงการนาร่อง มีการดำเนินงานค่อนข้างโดดเด่นในประเด็นนี้โดยมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีการเชื่อมประสาน

การดูแลลงไปในระดับชุมชนด้วย ส่วนด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมพบว่ากลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นได้มีการดำเนินการในด้านนี้อย่างเป็นรูปธรรมกว่าสถานบริการแห่งอื่น ๆ คือมีแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทันสมัยและมีการจัดทำแผนการรักษาเฉพาะรายทุกราย โดยผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทั้งนี้เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วพบว่าคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นมีการดำเนินงานค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เกือบทุกด้านยกเว้นด้านความต่อเนื่องในการดูแลและการเชื่อมประสานการดูแลลงไปในระดับชุมชนที่ PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC หนองแขวงพระอารามหลวงที่ดูโดดเด่นกว่า

ส่วนในประเด็นของระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมินั้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่มมีข้อคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT ด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการ และด้านความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น โดยมองว่ามีการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพรวมทั้งแพทย์เป็นอย่างดี มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง (การประชุมวิชาการและการ conference case ร่วมกัน เป็นต้น) มีการสื่อสารกันในทีมและผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการทั้งหมดอยู่ตลอดเวลาทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และมีความเชื่อมั่นของทีมอยู่ในระดับสูง แต่อย่างไรก็ดีกลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนถึงด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการซึ่งอาจจะยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร อีกทั้งปัจจัยในเรื่องของความรู้ทักษะและความชำนาญของแต่ละบุคคลในทีมภาระงานที่มีมากและระยะเวลาที่เร่งรีบในการ

ให้บริการอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของทีมในการให้บริการ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วพบว่าคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นมีระบบสนับสนุนที่โดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ โดยรองลงมาคือ PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC หนองแขวงพระอารามหลวง

อำเภอคำพ่อง

ข้อมูลทั่วไป

อำเภอคำพ่องพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 828.686 ตารางกิโลเมตร ห่างจากจังหวัดขอนแก่นประมาณ กิโลเมตร ประชากรทั้งหมด 110,737 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 12 ตำบล 168 หมู่บ้าน มี 6 เทศบาล ตำบลและ 8 องค์การบริหารส่วนตำบล เนื่องจากภูมิประเทศอำเภอคำพ่องมีลำน้ำพองไหลผ่านจึงเหมาะแก่การตั้งโรงงานอุตสาหกรรมและได้ค้นพบแหล่งก๊าซธรรมชาติด้วยจึงได้ถูกนำมาใช้กับโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันมีโรงงานอุตสาหกรรมที่สำคัญในพื้นที่จำนวน 11 แห่ง และมีสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และ รพ.สต. 18 แห่ง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 56 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่น ๆ จำนวน 30 คน รองลงมาคือกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่องจำนวน 12 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 47 คน และเพศชายจำนวน 9 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี จำนวน 36 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 39 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 28 คน และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว >3 ปี จำนวน 39 คน

กระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT อำเภอคำพ่อง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการคือกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง กลุ่ม PCC นอก

โครงการนำร่อง กลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ และกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาล ของอำเภอน้ำพอง ได้ให้ข้อมูลไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 5 ด้าน คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ด้านของการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ โดยมองว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับหมอครอบครัวซึ่งผู้ป่วยหรือผู้รับบริการรู้เป็นอย่างดีว่าใครคือหมอครอบครัว (ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) และสามารถติดต่อได้โดยตรงรวมทั้งผ่านสื่อออนไลน์ มีแผนและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลของผู้ป่วยแต่เป็นลักษณะของการดำเนินการเฉพาะรายในรายที่มีอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนเท่านั้นโดยได้ให้ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย นอกจากนี้แล้วยังมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง รพ.สต. และ PCC ในพื้นที่กับโรงพยาบาลน้ำพองแต่ข้อมูลที่ส่งหากันล่าช้าทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่องโดยเฉพาะข้อมูลการส่งตัวกลับของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการบริหารจัดการตนเองโดยจะไปรับบริการประเมินความเสี่ยง (เช่น วัดความดันและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด) ที่สถานบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกับ อสม. และมีผู้ป่วยบางรายมีการซื้อเครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาลมาใช้เอง ส่วนระบบในการติดตามผู้ป่วยนั้นมีแต่อาจจะยังไม่ได้เป็นมาตรฐานหรือชัดเจนมากนักและไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ทุกรายทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไปรับบริการของสถานพยาบาลเอกชน การเดินทางไปต่างจังหวัดหรือการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC คำ

บง มีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ในทุกด้าน

ในประเด็นของระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มมีข้อคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันอยู่ 2 ด้าน คือ ด้านทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT และด้านความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น โดยมองว่ามีการทำงานเป็นทีมที่ดีแต่ยังไม่ค่อยมั่นใจในเรื่องความเชื่อมั่นของทีมทั้งนี้เพราะเรื่องของภาระงานที่รับผิดชอบมีมากหลายงานซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถทำงานในเรื่องของ DM และ HT นี้ได้อย่างเต็มที่และกังวลในเรื่องของทีมหมอครอบครัวที่เป็นพยาบาลชุมชนและเภสัชกรที่ถูกดึงกลับเข้าไปทำงานในโรงพยาบาลน้ำพองเนื่องจากขาดแคลนอัตรากำลังซึ่งอาจทำให้ความเชื่อมั่นของทีมลดลง ส่วนด้านอื่น ๆ อีก 2 ด้านคือ ด้านการมีกระบวนการพัฒนาคูณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการ ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่มมีความคิดเห็นแตกต่างกันไปบ้าง โดยกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง และกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาลน้ำพองมีความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันในการพัฒนางานโดยมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันสม่ำเสมอทุกเดือนและมีการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการแต่อาจจะไม่ครบในทุกประเด็น ขณะที่กลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ และ PCC นอกโครงการวิจัยคิดเห็นว่าหน่วยงานของตนยังขาดการเรียนรู้ร่วมกัน เช่น ขาดการนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ปัญหาและมีการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการแต่อาจไม่ทราบทั้งหมดทุกคน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วพบว่า PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC คำบง มีระบบสนับสนุนที่โดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ในทุกประเด็น

อำเภออุบลรัตน์

ข้อมูลทั่วไป

อำเภออุบลรัตน์มีเนื้อที่การปกครองประมาณ 485 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 44,658 คน ห่างจากจังหวัดขอนแก่นประมาณ 40 กิโลเมตร มีเขตการปกครอง 6 ตำบล 71 หมู่บ้าน มีเทศบาล 3 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 4 แห่ง หลังคาเรือน 9,581 หลังคาเรือน มีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือเขื่อนอุบลรัตน์ และมีสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และ รพ.สต. 8 แห่ง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 54 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่ PCC ในโครงการนาร่อง และหน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่น ๆ มีจำนวนเท่ากัน คือกลุ่มละ 21 คน เป็นเพศหญิง 46 คนและเป็นเพศชาย 8 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี จำนวน 30 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 36 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 29 คน และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว >1 – 2 ปี จำนวน 22 คน

กระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT อำเภออุบลรัตน์

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการคือกลุ่ม PCC ในโครงการนาร่อง กลุ่ม PCC นอกโครงการนาร่อง กลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ และกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาล ของอำเภออุบลรัตน์ ได้ให้ข้อคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 5 ด้าน คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ด้านของการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องของการ

ดูแลและการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ โดยมองว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับหมอครอบครัวซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ว่าเป็นอย่างไรดีว่าใครคือหมอครอบครัว (ที่มีใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) และสามารถติดต่อได้สะดวกในการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ มีแผนและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลของผู้ป่วย แต่เป็นลักษณะของการดำเนินการเฉพาะรายในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรุนแรงเท่านั้น ซึ่งในส่วนของการทำนั้นก็ได้ให้ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย มีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่คือ PCC และ รพ.สต. กับโรงพยาบาลอุบลรัตน์ แต่อย่างไรก็ดีโรงพยาบาลอุบลรัตน์และ รพ.สต. (รวมทั้ง รพ.สต. ที่เป็น PCC) ใช้ระบบฐานข้อมูลคนละระบบ โดย รพ.สต. ใช้ Hosxp ส่วนโรงพยาบาลใช้ JHCIS ซึ่งอาจทำให้การส่งต่อข้อมูลล่าช้าและตกหล่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปรับบริการประเมินความเสี่ยง เช่น วัดความดันและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ที่สถานบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกับ อสม. และมีผู้ป่วยบางส่วนมีการซื้อเครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาลมาใช้เอง ส่วนระบบในการติดตามผู้ป่วยนั้นทางคลินิก NCD ของโรงพยาบาลมีระบบค่อนข้างเป็นมาตรฐานในการติดตามผู้ป่วยในด้านการรักษา ส่วนหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งกลุ่ม PCC ในโครงการนาร่อง กลุ่ม PCC นอกโครงการนาร่อง และกลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ ก็มีการติดตามแต่ทำได้เพียงบางรายเท่านั้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วพบว่าคลินิก NCD ของโรงพยาบาลอุบลรัตน์มีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เกือบทุกด้านยกเว้นด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมที่ PCC ในโครงการนาร่องคือ PCC โคกสูงที่โดดเด่นกว่า

ในประเด็นของระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม

มีข้อคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT ด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการและด้านความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น โดยมองว่าหน่วยงานของตนมีการทำงานเป็นทีมที่ดี และได้ทำตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (อาจยังไม่ต่อเนื่องนักในกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง) โดยมีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการสื่อสารทำความเข้าใจกันอยู่ตลอดเวลาแต่อาจยังไม่ครอบคลุมหรืออาจยังไม่ลึกพอในบางประเด็น เช่น เรื่องการติดตามประเมินผลการทำงานและเรื่องแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น และมีความเชื่อมั่นในทีมว่าสามารถทำงานได้ดีแต่อาจยังไม่มี ความเชื่อมั่นมากนักในกรณีที่ผู้รับผิดชอบงานลาหรือแพทย์ไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วพบว่า PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC โคกสูงมีระบบสนับสนุนที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ยกเว้นในประเด็นของการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอ น้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

ประเด็นของกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิของทั้ง 3 อำเภอนั้นมีการดำเนินงานครบทั้ง 5 ด้าน โดยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัวนั้น ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยของทั้ง 3 อำเภอจะทราบดี

ว่าใครคือหมอครอบครัวซึ่งมิใช่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น พยาบาลชุมชนหรือนักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น และสามารถติดต่อหมอครอบครัวเหล่านี้ได้สะดวก ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมนั้น ในภาพรวมของทั้ง 3 อำเภอได้มีการดำเนินการในลักษณะเฉพาะราย ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น แต่อย่างไรก็ดีในภาพของอำเภอเมืองขอนแก่นโดยเฉพาะการให้บริการของกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นได้มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมทุกราย ส่วนด้านการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยนั้น ทั้ง 3 อำเภอได้มีการดำเนินการแต่อาจจะยังไม่ครบถ้วนหรือสมบูรณ์นักส่งผลให้ข้อมูลที่ส่งไปมาระหว่างกันล่าช้า ไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งมีการใช้ระบบข้อมูลที่แตกต่างกันโดยเฉพาะอำเภออุบลรัตน์ที่รพ.สต. (รวมทั้ง รพ.สต. ที่เป็น PCC) ใช้ HOsXP ส่วนโรงพยาบาลใช้ JHCIS ส่วนด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิตั้งแต่อสม. ของทั้ง 3 อำเภอยังเป็นผู้ให้บริการประเมินความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่สามารถซื้อเครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาลมาใช้เอง และด้านสุดท้ายคือด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานนั้น โดยภาพรวมทั้ง 3 อำเภอนั้นมีระบบในการติดตามแต่ก็สามารถดำเนินการได้เพียงบางรายเท่านั้น

ส่วนประเด็นของระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการนั้น ทั้ง 3 อำเภอมีหรือมีการดำเนินงานครบทั้ง 4 ด้าน โดยด้านของทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของ รพ.ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT นั้น ทั้ง 3 อำเภอมีความพร้อมของทีมและมีการทำงานเป็นทีมที่ดี ส่วนด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องนั้น ในภาพรวมทั้ง 3 อำเภอมีการ

ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (แต่อาจยังไม่ต่อเนื่องนัก สำหรับ PCC ในโครงการนำร่องของอำเภออุบลรัตน์) แต่อาจยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร ขณะที่ด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการของทั้ง 3 อำเภอ นั้นมีการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการอยู่อย่างสม่ำเสมอแต่อาจจะไม่ครบทุกคนและครบทุกประเด็น เช่น ขาดในเรื่องของการบริหารแรงจูงใจของทีมดูแลสุขภาพ (อำเภอ น้ำพองและอุบลรัตน์) และเรื่องการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (อำเภออุบลรัตน์) ส่วนด้านสุดท้ายคือด้านความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตน

เห็นว่าจำเป็นนั้น ทั้ง 3 อำเภอ นั้นมีความเชื่อมั่นต่อทีมแต่อย่างไรก็ตามมีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่น ได้แก่ ความรู้ ทักษะและความชำนาญของบุคลากรในทีม ผู้รับผิดชอบงานลาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวติดภารกิจทำให้ไม่สามารถออกปฏิบัติงานร่วมกับทีมได้ เจ้าหน้าที่มีภาระงานที่มากและระยะเวลาที่เร่งรีบในการให้บริการ รวมทั้งการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลน้ำพองที่ดึงเอาพยาบาลชุมชนและเภสัชกรกลับเข้าไปทำงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลเพราะเปิดตึกหรือแผนกงานใหม่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกระบวนการจัดการบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอ น้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

ประเด็น	อำเภอ		
	เมือง ขอนแก่น	น้ำพอง	อุบลรัตน์
กระบวนการจัดการบริการ			
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว	✓	✓	✓
2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม	✓	✓	✓
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย	✓	✓	✓
4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย	✓	✓	✓
5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน	✓	✓	✓
ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดการบริการ			
1) ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของ รพ.ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT	✓	✓	✓
2) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	✓	✓	✓
3) การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการ	✓	✓	✓
4) ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น	✓	✓	✓

หมายเหตุ เครื่องหมาย ✓ หมายถึง มีหรือมีการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอโนนสูง และอำเภออุบลรัตน์มีกระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในภาพรวมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยในด้านการบริการนั้นคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลอุบลรัตน์ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการอื่น ๆ ในหลายประเด็น เช่น ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นสามารถดำเนินการได้ทุกรายและด้านความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยและการเชื่อมประสานกับชุมชนในการช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้ป่วยซึ่งคลินิก NCD ของโรงพยาบาลอุบลรัตน์มีระบบค่อนข้างเป็นมาตรฐาน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ดีด้านความต่อเนื่องในการดูแลและการเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยนั้น PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC หนองแขวงพระอารามหลวงของอำเภอเมืองและด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมที่ PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC โคกสูงของอำเภออุบลรัตน์ มีการดำเนินงานโดดเด่นกว่าหน่วยบริการอื่น ๆ ส่วนอำเภอโนนสูงนั้น PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC คำบง มีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ในอำเภอเดียวกันในทุกด้าน ส่วนในด้านการสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการนั้นในส่วนของอำเภอเมืองคือคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นมีระบบสนับสนุนที่โดดเด่นที่สุด ขณะที่อำเภอโนนสูงและอำเภออุบลรัตน์ โดย PCC ในโครงการนำร่องมีระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เกือบทุกประเด็นยกเว้นด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องที่

PCC โคกสูง ของอำเภออุบลรัตน์ยังมีการดำเนินการยังไม่ต่อเนื่องนัก

จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิของทั้ง 3 อำเภอมีลักษณะของการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งในส่วนของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว หรือ Primary Care Cluster นั้น ทั้ง 3 อำเภอได้มีการเข้าร่วมในนโยบายนี้ตั้งแต่ต้นและมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานไปอย่างพร้อม ๆ กัน อาจมีความต่างบ้างในด้านของตำแหน่งที่ตั้ง จำนวนประชากร ขนาดหรือลักษณะของสถานบริการ รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งรูปแบบของการบริหารจัดการและระบบสารสนเทศ จึงทำให้อำเภอเมือง โดยเฉพาะโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งดูแลทั้งคลินิก NCD และ PCC ที่อยู่ในความรับผิดชอบค่อนข้างได้เปรียบกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภออื่น ๆ แต่อย่างไรก็ดีตัวอำเภอเมืองขอนแก่นเองก็มีข้อจำกัดอยู่หลายประการในการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีหลายแห่งที่เป็นลักษณะของชุมชนแออัดทำให้การทำงานมีความยากลำบาก การมีประชากรแฝงที่มากทำให้การดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบไม่ได้เต็มที่และการดำเนินงานของ PCC ยังมีลักษณะเหมือนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขอนแก่นอยู่ นอกจากนี้แล้วทั้ง 3 อำเภอยังเป็นอำเภอที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาทางด้านปฐมภูมียุ่อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นอำเภอต้นแบบในด้านปฐมภูมิและเป็นอำเภอต้นแบบในระดับชาติในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อีกทั้งทั้ง 3 อำเภอยังมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการดำเนินงานปฐมภูมิในชุมชนและมีการทำงานเป็นทีมในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้ง

ทั้ง 3 อำเภอยังเป็นแหล่งจัดการศึกษาและฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวอีกด้วย โดยในส่วนของอำเภอน้ำพองนั้นได้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีประสบการณ์สูงและเป็นอาจารย์แพทย์ในการดูแลนักศึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ออกมาเรียนรู้ในพื้นที่เป็นผู้ดูแล PCC คำบางซึ่งเป็น PCC นำร่องด้วยตนเอง จึงทำให้การดำเนินงานเป็นที่โดดเด่น ทั้งนี้การดำเนินงานในด้านการควบคุมป้องกันโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของทั้ง 3 อำเภอนั้นก็ทำอย่างต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวนิดา สาดตระกุลวัฒนา¹² ที่ระบุว่าทิศทางหรือนโยบาย เป้าหมายของการดำเนินงาน ระบบสารสนเทศ การปรับระบบหรือกระบวนการบริการ การได้รับการสนับสนุนในการตัดสินใจ การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนในการดูแลตนเองของครอบครัว ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการคลินิกโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ นอกจากนี้ชัยวุฒิ จันดีกระยอและกาญจนา จันทะนุญ¹³ ได้กล่าวไว้ว่าการพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย NCDs โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาหรือการบริการมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจ

แต่อย่างไรก็ดีการขับเคลื่อนงานบริการปฐมภูมิตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (PCC) รวมทั้งการนำแนวคิดของการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางไปใช้นั้นอาจยังเป็นแนวคิดที่ใหม่และยังเป็นช่วงเริ่มต้นของการนำแนวคิดเหล่านี้ไปปฏิบัติ ดังนั้น การ

ดำเนินงานในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของทั้ง 3 อำเภอจึงยังคงมีปัญหาและอุปสรรคอยู่บ้างทั้งทางด้านการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมที่ยังไม่ครอบคลุมมากนัก รวมทั้งยังขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ในการสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD เป็นต้น นอกจากนี้แล้วก็อาจยังไม่เห็นความแตกต่างกันมากนักในระบบของการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ อาจรวมถึงผลสัมฤทธิ์ของงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็น PCC และ หน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ นิสมันต์¹⁴ ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Units) ของอำเภอ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุม FBS และ HbA1C ได้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ Ekman, I. และคณะ¹⁵ ได้กล่าวไว้ว่าการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการนำแนวคิดของการเอาประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้นได้แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมสอดคล้องและกลมกลืนกันอย่างยิ่งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในการวางแผนการรักษา การทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาดีขึ้น รวมทั้งการทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดีการนำแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัตินั้นยังมีหลายสิ่งที่ท้าทายรออยู่ ทั้งนี้เพื่อที่จะให้แนวคิดนี้ได้ถูกนำไปปฏิบัติในระบบสุขภาพสมัยใหม่ในปัจจุบันนั้นต้องนำแนวคิดนี้เข้าร่วมไปกับยุทธศาสตร์ของชาติและให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนด้วย (Miles A, และ

Sbridge JE)¹⁶ อีกทั้งควรให้มีหน่วยงานผู้รับผิดชอบในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิทั้งในระดับนโยบายคือระดับกระทรวง ระดับเขตบริการสุขภาพและระดับจังหวัด มีการจัดตั้งกองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระดับอำเภอ รวมทั้งมีนโยบายและแผนการกระจายกำลังคนสำหรับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการให้บริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไปเพื่อเป็นกลวิธีในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ

2) ควรมีการนำแนวคิดของการจัดบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางไปปฏิบัติโดยเชื่อมโยงกับนโยบายสุขภาพของชาติ ได้แก่ นโยบายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ระบบสุขภาพอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาเรื่องของจำนวนบุคลากรและงบประมาณที่เพียงพอ แรงจูงใจในการทำงานให้มีความเหมาะสม การมีภาระงานหรือ KPI ของหน่วยบริการปฐมภูมิเท่าที่จำเป็น มีระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการทำงาน รวมทั้งมีวัสดุอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันชนิดดิจิทัลและเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น เพื่อให้เพียงพอต่อการใช้ของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขในการตรวจประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย

4) ควรให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางแก่บุคลากรทางด้าน

การแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้โอกาสและให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับผู้บริหารและปฏิบัติของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภอบุธรัตน์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้งที่ปรึกษางานวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. World Health Organization; 1981.
2. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2018.
3. Rojanapithayakorn W, editor. Thailand Health Profile 2016-2017. Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
4. Regulations of the Office of the Prime Minister on Regional Quality of Life B.E.2561 (2018). (in Thai)

5. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E.2560 (2017) s 258. (in Thai)
6. Ministry of Public Health. Primary Care Cluster Guideline for Health Care Units. Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
7. Primary Health Care System Act B.E.2562 (2019). (in Thai)
8. Porter ME. Value-based health care delivery. *Annals of surgery*. 2008 Oct 1;248(4):503-11. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health affairs*. 2008 May;27(3):759-69.
9. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health affairs* 2008;27(3):759-769.
10. Sriyakul D, Labbenjakul S. Report on Development of Delivery Model and Guideline for Integrated People-Centered Health Service of Primary Care Cluster. Health Systems Research Institute; 2020. (in Thai)
11. Public Health Provincial Office. Inspection Report: Executive Summary (Round 1), 8-10 February, 2017. (in Thai)
12. Sadtrakulwatana V. The Development of A Chronic Diseases Clinic Model (Diabetes, Hypertension) in Primary Health Care Units, Mueang District, Sing Buri Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2018;8(1):24-36. (in Thai)
13. Jandeeprayom C, Chanthanuy K. Development of Diabetes Care System in a Network of Primary Care Unit Under the Context Rural District, Yangsisurat District, Mahasarakham Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2017;7(2):168-178. (in Thai)
14. Nisapanun A. A Comparative Study on Effectiveness in the Treatments for Diabetes Mellitus Provided by Sateuk Hospital and Nikhom Primary Care Unit. *MEDICAL JOURNAL OF SRISAKET SURIN BURIRAM HOSPITALS*. 2013;28(1):43-51. (in Thai)
15. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson IL, Kjellgren K, Lidén E. Person-centered care—ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*. 2011 Dec;10(4):248-51.
16. Miles A, Asbridge JE. The chronic illness problem. The person-centered solution. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2016 Jun 24;4(1):1-5.
17. Srithamrongsawas S, Suggestions for Primary Health Care Development Under Ministry of Public Health. Health Systems Research Institute; 2009. (in Thai)

Received: 18 Jun 2020, Revised: 29 Jul 2020,

Accepted: 3 Aug 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

โมเดลความสัมพันธ์ของคุณภาพระบบต่อการใช้งาน ความพึงพอใจ และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

วรกมล อยู่ยาค^{1,*}

บทคัดย่อ

การศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ของคุณภาพระบบต่อการใช้งาน ความพึงพอใจ และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ประกอบด้วย ความง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัยในการใช้งาน ความรวดเร็วในการตอบสนอง และความมีเสถียรภาพ กับการใช้งานระบบ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ กับความพึงพอใจของผู้ใช้งาน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้งาน ความพึงพอใจ และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ และเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุอิทธิพลของคุณภาพของระบบต่อการใช้งาน ความพึงพอใจ และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใช้งานระบบตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ที่เข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพผู้ปฏิบัติงานระบบการควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1,100 คน และผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยาคโมว์ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อคุณภาพของระบบ การใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น และข้อมูลเบื้องต้นใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า (1) คุณภาพของระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งาน (2) คุณภาพของระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (3) การใช้งานระบบมีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (4) การใช้งานระบบมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งานการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ และ (5) ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน มีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ข้อเสนอแนะควรมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ให้มีความชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจของผู้ใช้งาน และไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดอื่นสามารถไม่ยอมข้อมูลในระบบไปใช้ได้ รวมถึงให้ระบบสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อคำสั่งการต่าง ๆ และจัดเก็บข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถใช้งานระบบได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น จึงจะเกิดความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

คำสำคัญ คุณภาพของระบบ การใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ประโยชน์ของผู้ใช้งาน ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

¹ นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

* Corresponding author: wanon2512@hotmail.com

*Original Article***The relationship of system quality to use, satisfaction and benefit of users of the 5-dimensional automated internal audit system**Worakamon Yunak^{1,*}**Abstract**

The study of 5 dimensions of the relationship of system quality to the use, satisfaction and benefit of the internal audit system users was quantitative research. Objective To study the relationship between the quality of the 5-dimensional automated internal audit system, including ease of use. Safety in use Quick response And stability With the use of the system To study the relationship between the quality of the 5-dimensional automatic internal audit system and the satisfaction of the users. To study the relationship between the use, satisfaction and benefits of users of the 5-dimensional automated internal audit system and to verify the consistency of the causal model, the influence of system quality on use, satisfaction and benefits of the system. The users of the 5-dimensional automatic internal audit system, the population and the sample were the users of the 5-dimensional automatic internal audit system who participated in the workshop on enhancing the efficiency of internal control system operators, 1,100 people and The researcher determined the sample using the drug formula. Pune has a sample size of 400 was used in this study was a questionnaire on the quality of the system. System usage User satisfaction And the benefits of users of the internal 5-dimensional automatic inspection system and analyzed data by using a program to analyze the linear structure relationship model. The preliminary data were used descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation. The research results showed that (1) the quality of the 5-dimensional automated internal audit system had a positive influence on the use (2) the quality of the 5-dimensional automated internal audit system positively influenced the user satisfaction. (3) the use of the system positively on user satisfaction (4) the use of the system positively on the benefits of the user, the 5 dimensions of automated internal audit and (5) satisfaction. User satisfaction Have a positive influence on the benefits of the 5-dimensional automated internal inspection system users. Suggestions should focus on the development of a 5-dimensional automated internal audit system that is clear and easy to understand by the users. And not allowing other people to steal information in the system to use Including allowing the system to operate with stability Responding to various commands and storing information quickly. So that users can use the system more easily and quickly. Therefore, the satisfaction of the users and is most beneficial to users of the 5-dimensional automatic internal audit system

Keywords: quality of the system, Operating the system, User satisfaction, User benefits, 5-dimensional automatic internal inspection system

¹ Internal Auditor, Senior Professional Level, Ministry of Public Health

* Corresponding author: wanon2512@hotmail.com

บทนำ

กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนานวัตกรรมเพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตรวจสอบภายใน ซึ่งเป็นเครื่องมือตรวจสอบด้วยอิเล็กทรอนิกส์ เรียกว่า “ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ (electronics internal audit : EIA)” เพื่อตรวจประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 มิติ ประกอบด้วย (1) มิติการเงิน (2) มิติการจัดเก็บรายได้ (3) มิติงบการเงิน (4) มิติพัสดุ และ (5) มิติระบบการควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งสามารถนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการจัดเก็บข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (electronic data storage) โดยจัดส่งเอกสารเข้าสู่ฐานข้อมูลกลางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านอินเทอร์เน็ตและทำการประมวลผลภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นคะแนนการประเมินผลการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์แทนการใช้เอกสาร เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมความเสี่ยง ลดขั้นตอนระยะเวลาการทำงาน สนับสนุนองค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามพันธกิจของหน่วยงาน ประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการกำกับดูแลการดำเนินงาน ทำให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการและประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยงของส่วนราชการที่ดียิ่งขึ้น และเพื่อให้หน่วยบริการได้รับ การตรวจสอบภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ในปัจจุบันระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เข้ามามีบทบาทในงานตรวจสอบภายในของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้บริหารระดับสูงเห็นถึงความสำคัญของงานตรวจสอบภายใน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จึง

ได้กำหนดให้ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข^[1] และกลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดลิขสิทธิ์เรียบร้อยแล้วในประเภทงานวรรณกรรม ในชื่อ อิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์นอล ออดิท (electronics internal audit : EIA) ซึ่งระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เป็นเครื่องมือในการประเมินการควบคุมภายในและประเมินความเสี่ยงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ จึงควรเป็นระบบที่มีคุณภาพที่ประกอบไปด้วยความง่ายและความสะดวกใน การเข้าถึง โดยมีรูปแบบการทำงานที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน มีความปลอดภัย รวมไปถึงการตอบสนองต่อผู้ใช้งานเป็นอย่างดี รวดเร็ว สม่ำเสมอ และสมเหตุสมผล จากนั้นผู้ใช้งานก็จะเกิดความสนใจที่จะเรียนรู้ระบบ เพื่อการใช้งานที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้งานอันจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้งานในที่สุด เนื่องในปัจจุบันหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เป็นจำนวนมาก ดังนั้น ผู้พัฒนาระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ จึงต้องพัฒนาให้ระบบให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ และปรับปรุงคุณภาพระบบให้ดียิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ที่เพิ่มมากขึ้น อันเป็นการเพิ่มความพึงพอใจและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไป

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น แสดงให้เห็นแล้วว่าระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่องานตรวจสอบภายในของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเครื่องมือทางการบริหารและ

ส่งเสริมการปฏิบัติงานในองค์การให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษางานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ จึงเป็นสาเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา เรื่อง โมเดลความสัมพันธ์ของคุณภาพระบบต่อการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของระบบ ประกอบด้วย ความง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัยในการใช้งาน ความรวดเร็วในการตอบสนอง และความมีเสถียรภาพของระบบ กับการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของระบบ ประกอบด้วย ความง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัยในการใช้งาน ความรวดเร็วในการตอบสนอง และความมีเสถียรภาพของระบบ กับความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

4. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุอิทธิพลของคุณภาพของระบบต่อการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพของระบบ ประกอบด้วย ความง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัยในการใช้งาน ความรวดเร็วในการตอบสนอง และความมีเสถียรภาพของระบบ มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

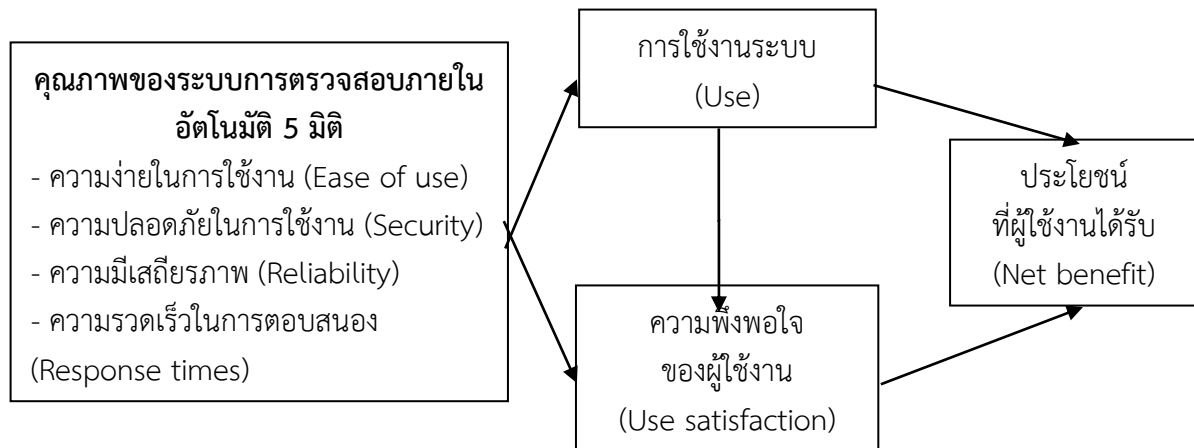
2. คุณภาพของระบบ ประกอบด้วย ความง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัยในการใช้งาน ความรวดเร็วในการตอบสนอง และความมีเสถียรภาพของระบบ มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

3. การใช้งานระบบ มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

4. การใช้งานระบบ มีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ มีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากกรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนากรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยในรูปแบบโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นแบบมีตัวแปรแฝง (Latent Variables) โดยแสดงโมเดลเชิงเส้นของคุณภาพของระบบต่อการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ โดยสัญลักษณ์ที่ใช้ในภาพมีความหมาย ดังนี้

EOU หมายถึง คุณภาพของระบบในด้านความง่ายในการใช้งาน

SEC หมายถึง คุณภาพของระบบในด้านความปลอดภัยในการทำงาน

REL หมายถึง คุณภาพของระบบในด้านความมีเสถียรภาพของระบบ

RES หมายถึง คุณภาพของระบบในด้านความเร็วในการตอบสนอง

USE หมายถึง การใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

SAT หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

NET หมายถึง ประโยชน์ที่ผู้ใช้งานจะได้รับจากระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

→ หมายถึง สัมประสิทธิ์ถดถอยจากตัวแปรสาเหตุที่มีผลต่อตัวแปรผล

EOU1 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ใช้งานง่าย

EOU2 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีความชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจ

EOU3 หมายถึง ท่านสามารถใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ได้อย่างราบรื่น

EOU4 หมายถึง ท่านสามารถใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ได้อย่างคล่องแคล่ว

EOU5 หมายถึง โดยภาพรวมระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เป็นระบบที่ใช้งานง่าย

SEC1 หมายถึง บุคคลอื่นไม่สามารถขโมยข้อมูลของท่านในระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

SEC2 หมายถึง การรักษาความถูกต้องของข้อมูลและไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของท่านในระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

SEC3 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ไม่ทำให้ข้อมูลของท่านก่อให้เกิดความเสียหาย

SEC4 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีการปกป้องข้อมูลของท่านไม่ให้ถูกเปิดเผยต่อบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาต

SEC5 หมายถึง โดยภาพรวมระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เป็นระบบที่มีความปลอดภัย

REL1 หมายถึง ท่านสามารถใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ได้ทุกเวลาที่ต้องการ

REL2 หมายถึง ท่านสามารถใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ได้อย่างต่อเนื่อง

REL3 หมายถึง ท่านสามารถใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ได้โดยไม่จำกัดช่วงเวลา

REL4 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ สามารถปฏิบัติการได้อย่างต่อเนื่อง

REL5 หมายถึง โดยภาพรวมระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

RES1 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ตอบสนองคำสั่งการต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว

RES2 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ตอบสนองการแสดงผลลัพธ์ได้รวดเร็ว

RES3 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ตอบสนองการจัดเก็บข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว

RES4 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ตอบสนองการประมวลผลข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว

RES5 หมายถึง โดยภาพรวมระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีความรวดเร็วในการตอบสนอง

USE1 หมายถึง ท่านใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เป็นประจำ

USE2 หมายถึง ท่านใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ทุกช่วงเวลา

USE3 หมายถึง ท่านใช้ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ได้อย่างรวดเร็ว

USE4 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีประโยชน์ต่อการใช้งานของท่าน

USE5 หมายถึง ท่านตั้งใจใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

SAT1 หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อความง่ายในการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

SAT2 หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อความปลอดภัยในการทำงานของระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

SAT3 หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อความเร็วในการตอบสนองของระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

SAT4 หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อความมีประสิทธิภาพในการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

SAT5 หมายถึง โดยภาพรวมท่านพึงพอใจต่อการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

NET1 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ สามารถทำให้หน่วยงานของท่านปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

NET2 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ช่วยให้การดำเนินงานของท่านรวดเร็วยิ่งขึ้น

NET3 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ช่วยให้การดำเนินงานของท่านง่ายขึ้น

NET4 หมายถึง ระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ช่วยลดขั้นตอนการทำงานของ ท่าน

NET5 หมายถึง โดยภาพรวมแล้วท่านได้รับประโยชน์จากการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง โมเดลความสัมพันธ์ของคุณภาพระบบต่อการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยทำการวิจัยเชิงประจักษ์ (empirical research) และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้ คือ ผู้ใช้งานระบบตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพผู้ปฏิบัติงานระบบการควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1,100 คน และผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่จากประชากรจำนวน 1,100 คน จึงได้ขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 398.55 คน ซึ่งผู้วิจัยอยากให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนเต็มร้อย จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อคุณภาพของระบบการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ลักษณะข้อคำถามเป็นทั้งคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 5 ระดับ นำมาวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.97 เนื้อหาของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน และตำแหน่งปัจจุบันของท่าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อคุณภาพของระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ

โดยข้อคำถามของแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 5 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4

หมายถึง เห็นด้วยมาก , ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง , ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย² ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	แปลความหมาย
1.00 - 1.80	ระดับต่ำมาก
1.81 - 2.60	ระดับต่ำ
2.61 - 3.40	ระดับปานกลาง
3.41 - 4.20	ระดับสูง
4.21 - 5.00	ระดับสูงมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยทำการวิจัยเชิงประจักษ์ (empirical research) ใช้การบรรยายโดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และการวิเคราะห์สถิติโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) มีชนิดของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์แต่ละข้อแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ คือ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับโมเดลเชิงสาเหตุคุณภาพของระบบ ต่อการใช้งาน ความพึงพอใจ และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ส่วนที่ 3 ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปร ประกอบด้วย คุณภาพของระบบ ต่อการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และ

ประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ โดยวิเคราะห์อิทธิพลและเส้นทางของตัวแปร สถิติที่ใช้ คือ โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) และใช้โปรแกรมลิสเรล เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ทางสถิติ

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และใช้สถิติแบบพหุตัวแปร (multivariate statistics) ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลต้องสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ คือ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 65.25 มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี มากที่สุด จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 36.75 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี มากที่สุด จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 มีระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 5 - 15 ปี มากที่สุด จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 58.50 และตำแหน่งปัจจุบันคือนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ มากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.00 สามารถแจกแจงรายละเอียดได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ คือ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	261	65.25
	ชาย	139	34.75
อายุ	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	6	1.50
	21 - 30 ปี	147	36.75
	31 - 40 ปี	136	34.00
	41 - 50 ปี	87	21.75
	51 ปีขึ้นไป	24	6.00
ระดับการศึกษา	อนุปริญญา/ ปวส.	32	8.00
	ปริญญาตรี	304	76.00
	ปริญญาโท	62	15.50
	ปริญญาเอก	2	0.50
ระยะเวลาในการทำงาน	น้อยกว่า 5 ปี	98	24.50
	5 - 15 ปี	234	58.50
	16 - 25 ปี	56	14.00
	มากกว่า 25 ปี	12	3.00
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	24	6.00
	เจ้าพนักงานธุรการ	23	5.75
	นักวิชาการเงินและบัญชี	21	5.25
	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส	18	4.50
	เจ้าพนักงานธุรการ	16	4.00
	เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน	16	4.00
	นักวิชาการพัสดุนาญการ	16	4.00
	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	14	3.50
	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	14	3.50
	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน	13	3.25
	เจ้าพนักงานพัสดุนาญงาน	13	3.25
	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	13	3.25

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับโมเดลเชิงสาเหตุคุณภาพของระบบต่อการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นต่อคุณภาพของระบบด้านความง่ายในการใช้งาน อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความมีเสถียรภาพของระบบ อยู่ใน

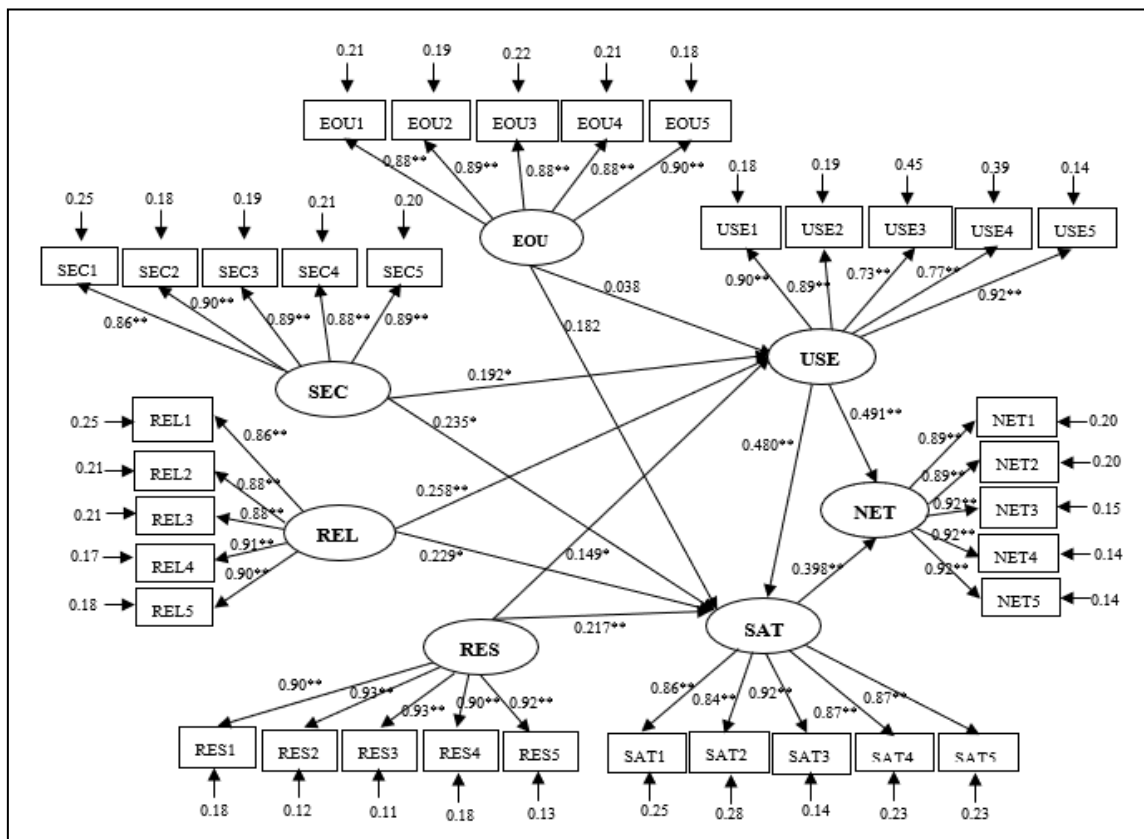
ระดับปานกลาง และด้านความเร็วในการตอบสนอง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ อยู่ในระดับปานกลาง ความคิดเห็นต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ อยู่ในระดับสูง และความคิดเห็นต่อด้านประโยชน์ที่ได้รับ อยู่ในระดับปานกลาง แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นพิจารณา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็น

ประเด็นพิจารณา	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านความง่ายในการใช้งาน (EOU)	3.16	0.81	เห็นด้วยปานกลาง
ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน (SEC)	3.29	0.79	เห็นด้วยปานกลาง
ด้านความรวดเร็วในการตอบสนอง (REL)	3.25	0.82	เห็นด้วยปานกลาง
ด้านความง่ายในการเข้าถึง (RES)	3.25	0.74	เห็นด้วยปานกลาง
ด้านความมีเสถียรภาพของระบบ (COA)	3.15	0.75	เห็นด้วยปานกลาง
การใช้งานระบบ (USE)	3.12	0.75	เห็นด้วยปานกลาง
ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (SAT)	3.46	0.81	เห็นด้วยปานกลาง
ประโยชน์ของผู้ใช้งาน (NET)	3.30	0.87	เห็นด้วยปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.25	0.79	เห็นด้วยปานกลาง

ส่วนที่ 3 ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปร ประกอบด้วย คุณภาพของระบบ ต่อการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบ

ภายในอัตโนมัติ 5 มิติ โดยวิเคราะห์อิทธิพลและเส้นทางของตัวแปร สถิติที่ใช้ คือ โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation model : SEM) และใช้โปรแกรมลิซเรล เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ทางสถิติ รายละเอียดดังภาพ 2



ภาพที่ 2 โมเดลสมการโครงสร้างที่ได้รับการปรับแสดงโมเดลเชิงสาเหตุอิทธิพลของคุณภาพของระบบต่อการใช้งาน ความพึงพอใจ และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป

หมายเหตุ : * หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($1.960 \leq t\text{-value} < 2.576$)

** หมายถึง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t\text{-value} \geq 2.576$)

สมมติฐานที่ 1 พบว่า คุณภาพของระบบด้านความง่ายในการใช้งาน (EOU) มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งาน (USE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.038 คุณภาพของระบบด้านความปลอดภัยในการใช้งาน (SEC) มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งาน (USE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.192 คุณภาพของระบบด้านความมีเสถียรภาพของระบบ (REL) มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งาน (USE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.258 และคุณภาพของระบบด้าน

ความเร็วในการตอบสนอง (RES) มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งาน (USE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.149 ดังนั้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 2 พบว่า คุณภาพของระบบด้านความง่ายในการใช้งาน (EOU) มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (SAT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.182 คุณภาพของระบบด้านความปลอดภัยในการใช้งาน (SEC) มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (SAT)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.235 คุณภาพของระบบด้านความมีเสถียรภาพของระบบ (REL) มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (SAT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.229 และคุณภาพของระบบด้านความเร็วในการตอบสนอง (RES) มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (SAT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.217 ดังนั้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 3 พบว่า การใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ (USE) มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (SAT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.480 ดังนั้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 4 พบว่า การใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ (USE) มีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ (NET) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.491 ดังนั้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 5 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (SAT) มีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ (NET) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.398 ดังนั้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอการตีความและประเมินข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย เพื่ออธิบายและยืนยันความสอดคล้องระหว่างข้อค้นพบกับสมมติฐาน

การวิจัย ผู้วิจัยจึงนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คุณภาพของระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ประกอบด้วย ความง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัยในการใช้งาน ความรวดเร็วในการตอบสนอง และความมีเสถียรภาพของระบบ มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งาน มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศศิณีภา ทิวาลัยและวศิน เหลี่ยมปรีชา³ ศึกษาความสัมพันธ์ทางด้านคุณภาพระบบคุณภาพสารสนเทศ และคุณภาพการบริการที่มีผลต่อการใช้งานของนักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการระบบการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ออนไลน์ของธุรกิจโรงแรม พบว่า คุณภาพสารสนเทศในมิติเนื้อหา มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งานของนักท่องเที่ยวที่ใช้บริการระบบการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ออนไลน์ของธุรกิจโรงแรม สอดคล้องกับ Chen, Chen และ Capistrano⁴ ศึกษาคุณภาพของกระบวนการและการทำงานร่วมกันบนระบบการค้าทางอิเล็กทรอนิกส์แบบ B2B พบว่า คุณภาพของสารสนเทศมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศ สอดคล้องกับ Lee และ Yu⁵ ศึกษาเกี่ยวกับโมเดลแห่งความสำเร็จของระบบสารสนเทศการบริหารโครงการทางด้านการก่อสร้าง พบว่า คุณภาพสารสนเทศในมิติเนื้อหา ความสมบูรณ์ความถูกต้อง รูปแบบ และความทันเวลา มีอิทธิพลทางบวกต่อการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารโครงการทางด้านการก่อสร้าง และสอดคล้องกับ Wang และ Chao-Yu⁶ ศึกษาคุณภาพระบบความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับของการให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ กล่าวถึงความตั้งใจที่จะใช้งานเครือข่ายระบบโทรศัพท์มือถือ 3.5G ในประเทศไต้หวัน พบว่า คุณภาพระบบมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังนั้น

หากระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีคุณภาพของระบบด้านความง่ายในการใช้งาน ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน ด้านความรวดเร็วในการตอบสนอง และด้านความมีเสถียรภาพของระบบมากขึ้น จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

สมมติฐานที่ 2 คุณภาพของระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ประกอบด้วย ความง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัยในการใช้งาน ความรวดเร็วในการตอบสนอง และความมีเสถียรภาพของระบบ มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศศิณีภา ทิวาลัย และวศิน เหลี่ยมปรีชา³ ศึกษาความสัมพันธ์ทางด้านคุณภาพระบบคุณภาพสารสนเทศ และคุณภาพการบริการที่มีผลต่อการใช้งานของนักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการระบบการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ออนไลน์ของธุรกิจโรงแรม พบว่า คุณภาพสารสนเทศในมิติเนื้อหา มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวที่ใช้บริการระบบการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ออนไลน์ของธุรกิจโรงแรม สอดคล้องกับ Dong และคณะ⁷ ศึกษาเรื่อง การบริการของเว็บไซต์เครือข่ายสังคมออนไลน์ในอุตสาหกรรมสื่อดิจิทัล (Digital Content) พบว่า คุณภาพสารสนเทศในมิติความสมบูรณ์ความถูกต้องรูปแบบ และความทันเวลามีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานเว็บไซต์ Chen Chen และ Capistrano⁴ ศึกษาคุณภาพของกระบวนการและการทำงานร่วมกันบนระบบการค้าทางอิเล็กทรอนิกส์แบบ B2B พบว่า คุณภาพระบบมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน Choi และคณะ⁸ ศึกษาโมเดลความสำเร็จต่อระบบการบริหารความสัมพันธ์กับลูกค้าในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า คุณภาพ

สารสนเทศในมิติเนื้อหา ความถูกต้องรูปแบบ และความทันเวลา มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับ Elliot Li และ Choi⁹ ศึกษาความเข้าใจคุณภาพบริการในสภาพแวดล้อมของกลุ่มการท่องเที่ยวเสมือนจริงของบริษัทตัวแทนการท่องเที่ยว C-Trip ในประเทศจีน พบว่า คุณภาพระบบมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ Jalal และ Al-Debei¹⁰ ศึกษาการวัดความสำเร็จของเว็บพอร์ทัล: รายละเอียดและการตรวจสอบความเหมาะสมทฤษฎีโมเดลความสำเร็จในการใช้งานระบบสารสนเทศ พบว่า คุณภาพระบบมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับ Lwoga¹¹ ศึกษาการวัดความสำเร็จของเทคโนโลยี Library 2.0 ในบริบทแอฟริกัน พบว่า คุณภาพระบบมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับ Lee และ Yu⁵ ศึกษาเกี่ยวกับโมเดลแห่งความสำเร็จของระบบสารสนเทศการบริหารโครงการทางด้านการก่อสร้าง พบว่า คุณภาพสารสนเทศในมิติเนื้อหา ความสมบูรณ์ความถูกต้อง รูปแบบและความทันเวลา มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารโครงการทางด้านการก่อสร้าง สอดคล้องกับ Park และคณะ¹² ศึกษาเกี่ยวกับการทดสอบปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปรับใช้ระบบกำหนดตัวตนแบบดิจิทัล พบว่า คุณภาพระบบสารสนเทศในมิติความสมบูรณ์รูปแบบ และความทันเวลา มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับ Petter และ Fruhling¹³ ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความสำเร็จของระบบสารสนเทศการตอบสนองทางการแพทย์ฉุกเฉิน STAT Pack พบว่า คุณภาพของระบบสารสนเทศในมิติเนื้อหาความถูกต้อง และรูปแบบมีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ

สารสนเทศ STAT Pack และสอดคล้องกับ Wang และ Chao-Yu⁶ ศึกษาคุณภาพระบบความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับของการให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ พบว่าคุณภาพระบบมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ดังนั้น หากระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีคุณของระบบด้านความง่ายในการใช้งาน ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน ด้านความรวดเร็วในการตอบสนอง และด้านความมีเสถียรภาพของระบบมากขึ้น จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

สมมติฐานที่ 3 การใช้งานมีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศศินิภา ทิวาลัย และวศิน เหลี่ยมปรีชา³ ศึกษาความสัมพันธ์ทางด้านคุณภาพระบบคุณภาพสารสนเทศ และคุณภาพการบริการที่มีผลต่อการใช้งานของนักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการระบบการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ออนไลน์ของธุรกิจโรงแรม พบว่า การใช้งานมีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวที่ใช้บริการระบบการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ออนไลน์ของธุรกิจโรงแรม สอดคล้องกับ Balaban และ Divjak¹⁴ ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโมเดลความสำเร็จของระบบของแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์ (e-Portfolio) พบว่า การใช้งานแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจในการใช้งานแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์ สอดคล้องกับ Baraka และ Gamily¹⁵ ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลสำเร็จของศูนย์บริการทางโทรศัพท์ พบว่า การใช้งานมีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับ Chen Chen และ Capistrano⁴ ศึกษาคุณภาพของกระบวนการและการทำงานร่วมกันบนระบบการค้าทางอิเล็กทรอนิกส์แบบ B2B พบว่า การใช้

งานเทคโนโลยีสารสนเทศมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับ Jalal และ Al-Debei¹⁰ ศึกษาการวัดความสำเร็จของเว็บไซต์ พบว่า การใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และสอดคล้องกับ Hou¹⁶ ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่อการใช้งานระบบ และศักยภาพส่วนบุคคลของระบบอัจฉริยะทางธุรกิจ (Business Intelligence Systems) ในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ของประเทศไต้หวัน พบว่า การใช้งานระบบอัจฉริยะทางธุรกิจมีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ดังนั้น หากมีการใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เป็นประจำและทุกช่วงเวลา ผู้ใช้งานสามารถใช้งานระบบได้อย่างรวดเร็ว และระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีประโยชน์ต่อการใช้งาน และมีการใช้งานระบบมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

สมมติฐานที่ 4 การใช้งานมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศศินิภา ทิวาลัย และวศิน เหลี่ยมปรีชา³ ศึกษาความสัมพันธ์ทางด้านคุณภาพระบบคุณภาพสารสนเทศ และคุณภาพการบริการที่มีผลต่อการใช้งานของนักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการระบบการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ออนไลน์ของธุรกิจโรงแรม พบว่า การใช้งานมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับ สอดคล้องกับ Hou¹⁶ ศึกษาเกี่ยวกับ ผลกระทบความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่อการใช้งานระบบ และศักยภาพส่วนบุคคลของระบบอัจฉริยะทางธุรกิจ (Business Intelligence Systems) ใน อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ของประเทศไต้หวัน พบว่า การใช้งานระบบอัจฉริยะทางธุรกิจมีอิทธิพลทางบวกต่อ

ประโยชน์ที่ได้รับของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับ Lee และ Yu⁵ ศึกษาเกี่ยวกับโมเดลแห่งความสำเร็จของระบบสารสนเทศการบริหารโครงการทางด้านการก่อสร้าง พบว่า การใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารโครงการทางด้านการก่อสร้างมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ที่ได้รับของผู้ใช้งาน และสอดคล้องกับ Wang และ Chao-Yu⁶ ศึกษาคุณภาพระบบความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับของการให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ พบว่า การใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับ ดังนั้น หากมีการใช้งานระบบระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติเป็นประจำ ทุกช่วงเวลา ผู้ใช้งานสามารถใช้งานระบบได้อย่างรวดเร็ว และมีการใช้งานมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้งานระบบปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดขั้นตอนการทำงาน ทำให้การทำงานรวดเร็วและง่ายยิ่งขึ้น

สมมติฐานที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ใช้งานมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศศินิภา ทิวาลัย และวศิน เหลี่ยมปรีชา³ ศึกษาความสัมพันธ์ทางด้านคุณภาพระบบคุณภาพสารสนเทศ และคุณภาพการบริการที่มีผลต่อการใช้งานของนักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการระบบการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ออนไลน์ของธุรกิจโรงแรม พบว่า ความพึงพอใจมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับ สอดคล้องกับ Balaban และ Divjak¹⁴ ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโมเดลความสำเร็จของระบบของแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์ (e-Portfolio) พบว่า ความพึงพอใจในการใช้งานแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์มีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ที่ได้รับในการใช้งาน สอดคล้องกับ Baraka และ

Gamily¹⁵ ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลสำเร็จของศูนย์บริการทางโทรศัพท์ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้งานมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับ Choi และคณะ^{8]} ศึกษาโมเดลความสำเร็จต่อระบบการบริหารความสัมพันธ์กับลูกค้าในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้งานมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับ Hou¹⁶ ศึกษาเกี่ยวกับ ผลกระทบความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่อการใช้งานระบบ และศักยภาพส่วนบุคคลของระบบอัจฉริยะทางธุรกิจ (Business Intelligence Systems) อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ของประเทศไต้หวัน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบอัจฉริยะทางธุรกิจมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับ สอดคล้องกับ Lee และ Yu⁵ ศึกษาเกี่ยวกับโมเดลแห่งความสำเร็จของระบบสารสนเทศการบริหารโครงการทางด้านการก่อสร้าง พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารโครงการทางด้านการก่อสร้างมีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับ สอดคล้องกับ Petter และ Fruhling¹³ ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความสำเร็จของระบบสารสนเทศการตอบสนองทางการแพทย์ฉุกเฉิน STAT Pack พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศ STAT Pack มีอิทธิพลทางบวกต่อประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับ และสอดคล้องกับ Wang และ Chao-Yu⁶ ศึกษาคุณภาพระบบความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับของการให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้งานมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประโยชน์ที่ผู้ใช้งานได้รับ ดังนั้น หากผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ มีความพึงพอใจต่อความง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัยในการทำงาน ความรวดเร็วในการตอบสนอง และความมีเสถียรภาพในการใช้งานระบบที่เพิ่มมาก

ขึ้น จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้งานระบบปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดขั้นตอนการทำงาน ทำให้การทำงานรวดเร็วและง่ายยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยเสนอแนะให้มุ่งเน้นและพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ในข้อคำถามที่มีระดับความคิดเห็นและค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด จากผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นในที่เกี่ยวข้องกับโมเดลเชิงสาเหตุคุณภาพของระบบต่อการใช้งานระบบ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ (1) ระดับความคิดเห็นต่อคุณภาพของระบบ ประกอบด้วย ด้านความง่ายในการใช้งาน ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน ด้านความมีประสิทธิภาพของระบบ และความเร็วในการตอบสนอง (2) การใช้งานระบบ (3) ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และ (4) ประโยชน์ของผู้ใช้งาน ดังนี้

1. ด้านความง่ายในการใช้งาน ควรมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ให้มีความชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจของผู้ใช้งาน

2. ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน ควรมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ เพื่อไม่ให้เกิดผู้อื่นสามารถขโมยข้อมูลในระบบไปใช้ได้

3. ด้านความมีประสิทธิภาพของระบบ ควรมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านความเร็วในการตอบสนอง ควรมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายใน

อัตโนมัติ 5 มิติ ให้ตอบสนองต่อคำสั่งการต่าง ๆ และการตอบสนองในการจัดเก็บข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว

5. การใช้งานระบบ ควรมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ให้ผู้ใช้งานสามารถใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

6. ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ควรมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ในด้านความมีประสิทธิภาพใน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

7. ประโยชน์ของผู้ใช้งาน ควรมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ ให้ผู้ใช้งานระบบสามารถใช้งานได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานการวิจัย เรื่อง “โมเดลความสัมพันธ์ของคุณภาพระบบต่อการใช้งาน ความพึงพอใจ และประโยชน์ของผู้ใช้งานระบบการตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ” สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความเมตตากรุณา จากหลายท่านที่อนุเคราะห์ให้คำแนะนำปรึกษา และแนวทางปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจน ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงจึงขอขอบพระคุณ ดร.ชุมพล นุชผ่อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะความสมบูรณ์ของข้อคำถามและตรวจสอบความเหมาะสมของแบบสอบถาม ซึ่งได้ให้ความรู้ การชี้แนะแนวทาง และตรวจทานข้อบกพร่อง ตลอดจนการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นประโยชน์ในการวิจัย และสามารถนำวิชาการมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนสำเร็จไปด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้เอื้อนามและไม่ได้เอื้อนามในที่นี้ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เสียสละเวลาให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี หากมีข้อบกพร่องประการใดในเอกสารการวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร. คำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: 2562.
2. ชูศรี วงศ์รัตน์. การวิจัยเพื่อการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: ทิพย์ลิเคชั่น; 2544.
3. ศศินิภา ทิวาลัย และวศิน เหลี่ยมปรีชา. การวัดประสิทธิผลด้านการให้บริการของระบบการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ออนไลน์ของธุรกิจโรงแรม โดยการใช้แบบจำลองของดีลออนแอนด์แม็คคลินและอีเมตริก. วารสารวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 7 [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 สิงหาคม 2562] ; 1 : [89-101]. เข้าถึงได้จาก <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/BECJournal/article/view/54664/45371>
4. Chen, J. V., Chen, Y., & Capistrano, E. P. S. Process quality and collaboration quality on B2B e-commerce. *Industrial Management & Data Systems* 2013; 6 : 908 - 26.
5. Lee, S. K., & Yu, J. H. Success model of project management information system in construction. *Automation in Construction* 2012; 25 : 82 – 93.
6. Wang, E. H. H., & Chao-Yu, C. System quality, user satisfaction, and perceived net benefits of mobile broadband services. In 8th Asia-Pacific Regional ITS Conference. Taipei: International Telecommunications Society; 2011.
7. Dong, T. P., Cheng, N. C., & Wu, Y. C. J. A study of the social networking website service in digital content industries: The Facebook case in Taiwan. *Computers in Human Behavior* 2014; 30 : 708 – 14.
8. Choi, W., Rho, M. J., Park, J., Kim, K. J., Kwon, Y. D., & Choi, I. Y. Information system success model for customer relationship management system in health promotion centers. *Healthcare Informatics Research* 2013; 2 : 110 - 20.
9. Elliot, S., Li, G., & Choi, C. Understanding service quality in a virtual travel community environment. *Journal of Business Research* 2013; 8 : 1153 – 1160.
10. Jalal, D., & Al-Debei, D. J. Developing and implementing a web portal success model. *Jordan Journal of Business Administration* 2013; 9 : 161 - 90.
11. Lwoga, E. T. Measuring the success of library 2.0 technologies in the African context: The suitability of the DeLone and McLean's model. *Campus-Wide*

- Information Systems 2013; 4 : 288 – 307.
12. Park, S., Zo, H., Ciganeck, A., & Lim, G. G. Examining success factors in the adoption of digital object identifier systems. *Electronic Commerce Research and Applications* 2011; 6 : 626 – 36.
13. Petter, S., & Fruhling, A. Evaluating the success of an emergency response medical information system. *International Journal of Medical Informatics* 2011; 7 : 480 – 89.
14. Balaban, I., Mu, E., & Divjak, B.. Development of an electronic portfolio System success model An information systems approach. *Computers & Education* 2013; 1 : 396 - 411.
15. Baraka, H. A., Baraka, H. A., & El-Gamily, I. H.. Assessing call centers' success: A validation of the DeLone and Mclean model for information system. *Egyptian Informatics Journal* 2013; 2 : 99 - 108.
16. Hou, C. K. Examining the effect of user satisfaction on system usage and individual performance with business intelligence systems: An empirical study of Taiwan's electronics industry. *International Journal of Information Management* 2012; 32 : 560 – 73.

Received: 17 Jul 2020, Revised: 16 Aug 2020,

Accepted: 7 Sep 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

**การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)
ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา**สุดา แวหะยี^{1,*}**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่น ในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิจากประชากรกลุ่มอายุ 18-21 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 สถิติที่ใช้คือใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.5 ศาสนาอิสลามร้อยละ 78.5 อาชีพรับจ้างร้อยละ 29.1 รองลงมาเป็นนักศึกษา 27.2 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ร้อยละ 42.7 กิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่กินข้าวนอกบ้านร้อยละ 45.9 รองลงมาเรียนพบปะเพื่อนฝูงร้อยละ 32.8 ปัจจุบันกิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่อยู่บ้านลดเชื้อ ร้อยละ 68.2 รองลงมา ออกไปทำงาน 26.7 วัยรุ่นมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากร้อยละ 87.1 ความถี่ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากร้อยละ 91.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ การรับรู้ความรุนแรง พฤติกรรมการป้องกัน โควิด-19 เยาวชน¹ อาจารย์ สาขาวิทยาการธุรกิจสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

* Corresponding author: E-mail: dadeennan@yahoo.co.th

*Original Article***Severity Perception and Preventive Behavior on the Coronavirus disease -
2019 among Youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District,
Yala Province**Hooda Waehayi^{1,*}**Abstract**

This descriptive study was aimed to describe the severity perception and preventative behaviors for coronavirus disease-2019 (COVID-19) and the relation between the perception and behavior among Youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District, Yala Province. The 302 samples were selected by stratified random sampling technique from 1,345 in group of aged 18-21 years. Data was collected by the online questionnaires including the personal characteristics, severity perception and preventive behaviors with IOC at 0.89 and cronbach alpha at 0.95. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation coefficient. The relevant results shown that, 75.5 % were female, 42.7% for Islamic, 21.9% were employed, and students for 27.2%, they stay with parents, 78.5%. For the past 2 weeks outdoor activities, 45.9% for eating out, study and meet friends for 32.8%, At the present time, they stay at home for 68.27% and go out home for works for 26.7%, Mostly perceived severity of COVID-19 at a high level for 91.4 % and have high level of preventive behaviors on COVID-19 for 91.4%. There was a positive and very weak relationship between severity perception and preventive behaviors at a significant level of .01

Keyword: Severity perception, Preventive behaviors, COVID-19, Youth

¹ Lecturer, Department of Health Science business, Faculty of Science Technology and Agriculture, Yala Rajabhat University

* Corresponding author: dadeennan@yahoo.co.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดจากโคโรนาไวรัสพันธุ์ใหม่ ที่ไม่เคยพบในมนุษย์มาก่อน พบไวรัสนี้เป็นครั้งแรกที่หูฮาน จังหวัดฮูเป่ ในประเทศจีน ซึ่งเป็นแหล่งเกิดการระบาดใหญ่และยังดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง นับแต่นั้นไวรัสนี้ได้แพร่ขยายออกอย่างกว้างขวางในประเทศจีน และพบว่าผู้ป่วยด้วยไวรัสนี้ในประเทศอื่นด้วยหลายประเทศ¹ รัฐบาลจีนได้รายงานผู้ป่วยให้องค์การอนามัยโลกประจำประเทศจีนทราบวันที่ 31 ธันวาคม 2562 และประกาศให้เป็น ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขวันที่ 30 มกราคม 2563 และยกระดับเป็นการระบาดทั่วโลก เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 เพราะมีรายงานผู้ติดเชื้อ 125,260 ราย ตาย 4,613 ราย จาก 118 ประเทศ² เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2563 รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่ายอดผู้ป่วยสะสมจาก 210 ประเทศทั่วโลก ขณะนี้อยู่ที่ 2,407,340 ราย เสียชีวิต 165,069 รายและประเทศไทยพบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นหญิงอายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานครโดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น ล่าสุดเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2563 มีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้นจำนวน 2,765 ผู้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว 47 คน³ จากรายงานสถานการณ์ โควิด-19⁴ พบว่าภาคใต้มีผู้ป่วยโควิดสูงเป็นอันดับ 2 รองจากกรุงเทพ และยังพบว่าจังหวัดในชายแดนภาคใต้ เป็นพื้นที่เสี่ยงที่ต้องควบคุมการระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะในจังหวัดยะลาที่พบผู้ป่วยสูงสุดในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้และจัดอยู่ใน 5 อันดับแรกของประเทศที่มีผู้ป่วยสูงสุด นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มคนจำนวนหนึ่งที่เดินทางกลับจากประเทศเพื่อนบ้านเดินทางเข้าจังหวัดเพื่อทำกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง วันที่ 21 เมษายนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา⁵ ได้

รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดยะลา ยอดผู้ป่วยโควิด-19 สะสมรวม 101 สองอำเภอในจังหวัดยะลาที่เป็นพื้นที่สีแดง ได้แก่ อำเภอบันนังสตา และอำเภอเมืองยะลา โดยพบผู้ติดเชื้อเพิ่มอีก 2 รายมาจาก อำเภอเยหา และ อำเภอบันนังสตา ซึ่งพื้นที่หมู่ 3 บ้านเปาะยานิ ตำบลสะเตงนอก ยังเสี่ยงต่อการระบาด เนื่องจากสัมผัสผู้ป่วยก่อนหน้านี้หลายคน นอกจากนี้จากการที่บุคลากรสาธารณสุขลงพื้นที่ตรวจหาผู้ติดเชื้อ มีการพบผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ ตำบลสะเตงนอกเพิ่มอีกหลายราย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวไว้ว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม⁶ นอกจากนี้จากการศึกษางานวิจัยของซารีฟห์ เจ๊ะแว⁷ ชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ และชินฤติ คงศักดิ์ตระกูล⁸ ชัญญานุช ไพรวงษ์ วรรณฤณ สัตยวงศ์ ทิพย์ ภูรินทร์ สีกุดม⁹ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วัยรุ่นเป็นเป็นอีกหนึ่งกลุ่มเสี่ยงที่จะนำเชื้อสู่คนในครอบครัว ด้วยพัฒนาการทางอารมณ์และทางสังคมของวัยรุ่น ต้องการความเป็นอิสระ ความเป็นส่วนตัว ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน และสังคม ชอบความท้าทาย และชอบอยู่กันเป็นกลุ่มก้อนและมักมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสัมผัส

เชื้อโควิด ไม่ว่าจะเป็นการรวมตัวกันเพื่อความบันเทิง สนุกสนาน ดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เหมือนกันในกลุ่มเพื่อนสนิท ที่สำคัญวัยกลุ่มนี้เป็นวัยที่ขาดความตระหนักและมักจะรู้เท่าไม่ถึงการณ์¹⁰ จึงอาจจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะนำพาหะของโรค โควิด-19 ไปสู่ผู้สูงอายุ เด็ก และคนรอบข้างในครอบครัวได้ จากข้อมูลข้างต้นเพื่อผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มเยาวชนเพื่อให้ปลอดภัยจากโรคดังกล่าวต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นวัยรุ่นอายุ 18-21 ปี¹¹ ที่อาศัยและมีชื่อในทะเบียนราษฎรของตำบลสะเตงนอก อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา จำนวน 1,345 คน สำหรับการกำหนดขนาดตัวอย่างใช้แนวทางของตารางเครซี่ & มอร์แกน¹² ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 302 คน และกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ให้เป็นไปตามสัดส่วนของขนาดจำนวนวัยรุ่นและใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญโดยการส่งต่อแบบสอบถามในระบบ google form ผ่านทางไลน์กลุ่มของผู้นำชุมชนและแกนนำเยาวชนจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

1. สามารถอ่านออกเขียนได้
2. อาศัยอยู่ในตำบลสะเตงนอก
3. วัยรุ่นอายุ 18-21 ปี
4. ยินยอมเข้าร่วมและตอบ

แบบสอบถามโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม
2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วนประกอบไปด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ที่พักอาศัย ศาสนา อาชีพ กิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมักจะอยู่ในสถานที่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด -19 มีจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ การรับรู้ความรุนแรงระดับมาก การรับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง และการรับรู้ความรุนแรงระดับน้อย

3) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 9 ข้อ โดยคำถามเป็นการปฏิบัติตนในด้านบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การแปลผลความหมายโดยรวมของค่าคะแนน

ใช้หลักการหาค่าสัมบูรณ์ของคะแนน (Absolutely Method)¹³ โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมี 2 ขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญในด้าน สาธารณสุขศาสตร์ 3 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) = .89 และ 2) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทดลองใช้กับวัยรุ่นอายุ 18-21 ปี ในตำบลสะเตง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามการรับรู้ ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการใช้รหัสของข้อมูลแทนการระบุตัวตน รวมถึงในส่วนของการตอบแบบสอบถาม หากอาสาสมัครไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ และได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดยะลา เอกสารรับรองเลขที่ 137/2563 และได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ด้วยสถานการณ์โรค Covid-19 มีความรุนแรงในพื้นที่ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2563 โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยทำการติดต่อสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยในครั้งนี้ 2) ทำการเก็บข้อมูลโดยแนบบแบบชี้แจง ขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม และส่ง

ลิงค์แบบสอบถามในระบบ google form ผ่านผู้นำชุมชนของทั้ง 13 หมู่บ้าน 3) ผู้นำชุมชนส่งต่อลิงค์แบบสอบถามให้วัยรุ่นในแต่ละหมู่บ้านตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านลิงค์ในกลุ่มแกนนำเยาวชนต่อไป 4) เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5) ผู้วิจัยก็นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และทำการการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลการแจกแจงไม่ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.5 ศาสนาอิสลามร้อยละ 78.5 อาชีพรับจ้างร้อยละ 29.1 รองลงมาเป็นนักศึกษา ร้อยละ 27.2 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ร้อยละ 42.7 กิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ออกกำลังกายร้อยละ 45.9 รองลงมาเรียน พบปะเพื่อนฝูงร้อยละ 32.8 ปัจจุบันส่วนใหญ่ออกกำลังกายอยู่บ้านลดเชื้อ ร้อยละ 68.2 รองลงมา ออกไปทำงาน 26.7 จำนวนสมาชิกในครอบครัววัยรุ่นอายุอาศัยอยู่ โดยเฉลี่ย 6 คนต่อครอบครัว แสดงดังตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	74	24.5
- หญิง	228	75.5
ศาสนา		
- พุทธ	65	21.5
- อิสลาม	237	78.5
อาชีพ		
- ธุรกิจส่วนตัว	43	14.2
- นักศึกษา	82	27.2
- รับจ้าง	88	29.1
- ทำสวน/เกษตรกร	59	19.6
- ลูกจ้างเอกชน/ รัฐบาล	30	9.9
บุคคลที่พักอาศัย		
- ป่วยตายาย	42	13.6
- พ่อแม่	129	42.7
- พ่อ	52	17.9
- แม่	49	16.2
- เพื่อน	30	9.6
กิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
- กินข้าวนอกบ้าน	139	46.0
- พบปะเพื่อนฝูง	99	32.8
- กิจกรรมอื่นๆ	64	21.2
กิจวัตรช่วงมีการระบาด		
- อยู่บ้าน	206	68.2
- ออกไปทำงาน	81	26.8
- อื่นๆ	15	5
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
Min= 3 , Max= 10, X= 6 คน		

การรับรู้ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรม
การป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมี
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 สูงสุด 3
อันดับแรกในเรื่อง ผู้ป่วย 1 คนสามารถแพร่เชื้อให้
คนอื่นได้เฉลี่ย 2 - 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 91.7 รองลงมา

กลุ่มคนที่มีโรคหัวใจมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตหาก
ติดเชื้อไวรัส Covid-19 ร้อยละ 85.1 และผู้ป่วยที่ติด
เชื้อไวรัส Covid-19 มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูก
ไหล คัดจมูก หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก และถึงขั้น
เสียชีวิตได้ ร้อยละ 84.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 สูงสุด 3 อันดับแรก คือ วัคซีนสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 96.0 รองลงมาวัคซีนหลักเลี่ยงการทำกิจกรรมในสถานที่แออัด ร้อยละ 94.0 และ วัคซีนไม่เดินทางเข้า-ออก พื้นที่เสี่ยงตามประกาศของผู้ว่าราชการจังหวัด ร้อยละ 92.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ภาพรวมพบว่า วัคซีนกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค Covid-19 อยู่ในระดับมากร้อยละ 87.1 ความถี่ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค Covid-19 อยู่ระดับมากร้อยละ 91.4 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19

ข้อความ	การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
	น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วย 1 คนสามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นได้เฉลี่ย 2 - 4 คนขึ้นไป	8	2.6	17	5.6	277	91.7
2. เชื้อไวรัส ตามเสื้อผ้าหรือของใช้สามารถอยู่ได้ 7-8 ชั่วโมงและสามารถแพร่เชื้อต่อให้ผู้สัมผัสได้	27	8.9	40	13.2	235	77.8
3. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส Covid-19 มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล คัดจมูก หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก และถึงขั้นเสียชีวิตได้	10	3.3	36	11.9	256	84.8
4. กลุ่มคนที่มีโรคหัวใจมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตหากติดเชื้อไวรัส Covid-19	18	6.0	27	8.9	257	85.1
5. ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัส Covid-19	8	2.6	48	15.9	246	81.5
6. ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เมื่อได้รับเชื้อ มีโอกาสเป็นโรคปอดบวม ถ้าไม่รักษาอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจวายและอวัยวะล้มเหลวได้	11	3.6	52	17.2	239	79.1
7. ผู้สูงอายุเมื่อได้รับเชื้อไวรัส เชื้อสามารถทำอันตรายกับระบบต่าง ๆ ในร่างกายอย่างรวดเร็ว	9	3	40	13.2	253	83.8

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อความ	การปฏิบัติตน					
	ไม่ปฏิบัติเลย		ปฏิบัติบางครั้ง		ปฏิบัติเป็นประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ทานสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน	2	0.7	10	3.3	290	96.0
2. ทานมักจะสั่งอาหารกลับมาทานที่บ้านเสมอ	32	10.6	28	9.3	242	80.1
3. ทานล้างมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งเมื่อสัมผัสกับสิ่งของและสถานที่นอกบ้าน	14	4.6	22	7.3	266	88.1
4. ทานรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร เมื่อจำเป็นต้องพบปะและพูดคุยกับบุคคลอื่น	6	2.0	81	26.8	215	71.2
5. ทานหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมในสถานที่แออัด	-	-	18	6.0	284	94.0
6. ทานงดออกจากบ้านเพื่อลดการติดต่อของเชื้อไวรัส	9	3.0	29	9.6	264	86.4
7. ทานไม่ใช้สิ่งของ ของใช้ ร่วมกับคนอื่น	9	3.0	29	9.6	261	87.4
8. ทานไม่เดินทางเข้า-ออก พื้นที่เสี่ยงตามประกาศของผู้ว่าราชการจังหวัด	5	1.7	18	6.0	279	92.4
9. เมื่อทานมีไข้ ไอ เจ็บคอ ไปหาหมอทันที	16	5.3	58	19.2	228	75.5

ตารางที่ 4 แสดงระดับ จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรง		
-มาก	263	87.1
-ปานกลาง	35	11.6
-น้อย	4	1.3
พฤติกรรมป้องกันโรค		
-มาก	276	91.4
-ปานกลาง	26	8.6
-น้อย	0	0.0

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกัน ของโรค Covid -19

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการ
รับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติ Spearman rank
correlation coefficient พบว่า การรับรู้ความ
รุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับ
น้อยมากกับและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-
19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s =$
0.19, $p < .01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันของโรค
Covid -19

ตัวแปร	r_s	P-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกัน ของโรค Covid -19	0.19	.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่บ้าน
ร้อยละ 68.2 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่
เพิ่มขึ้น ทางคณะกรรมการศูนย์บริหาร
สถานการณ์โควิด -19 จังหวัดยะลา¹⁴ ได้กำหนด
มาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโค
วิด-19 โดย 1) ห้ามมีผู้ใดเข้า-ออก ในพื้นที่ระบาด
และพื้นที่เสี่ยง และหากมีความจำเป็นต้องเข้า-
ออก ต้องได้รับอนุญาตเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อ
ในพื้นที่นั้น และมีการขอความร่วมมือประชาชน
ในพื้นที่อยู่บ้าน หากไม่มีเหตุจำเป็นก็ไม่ต้องออก
จากบ้าน รวมถึงสถานศึกษา มหาวิทยาลัย สถาน
ประกอบการ ปิดทำการชั่วคราว และยังห้ามมี
รวมกลุ่มกัน แต่ก็ยังพบว่าวัยรุ่นร้อยละ 27.6
ออกไปทำงาน เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นเสาหลักในการ
หารายได้และหาอาหารให้กับครอบครัว จึงมีความ
จำเป็นที่ต้องออกไปทำงาน ถึงแม้รายได้ที่ได้จะ
ลดลงแต่ก็สามารถนำมาใช้จ่ายในบ้านได้บ้าง
จำนวนสมาชิกในครอบครัววัยรุ่นอาศัยอยู่ โดย
เฉลี่ย 6 คนต่อครอบครัว และเป็นอีกหนึ่งเหตุผลที่
วัยรุ่นกลุ่มนี้เลือกที่จะป้องกันตนเองจาก Covid-

19 เพื่อป้องกันสมาชิกในครอบครัวอีก 6 ชีวิตมี
ความเสี่ยงติดโรคไปด้วย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
กับผลการศึกษาที่พบว่าความถี่ในการปฏิบัติ
เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค Covid-19
อยู่ระดับมากร้อยละ 91.4

วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรง
ของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ
ป้องกันของโรค Covid-19 อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 5 แสดงว่า วัยรุ่นที่มี
ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก จะมี
พฤติกรรมการป้องกันโรค Covid-19 มากขึ้นด้วย
ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Saud A.
Alsulaiman and Terry Lynn Rentner ที่ศึกษา
เรื่องแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและ
มาตรการป้องกัน: การศึกษาของกระทรวง
สาธารณสุขเกี่ยวกับ Coronavirus ใน
ซาอุดีอาระเบีย ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของ
การติดเชื้อไวรัสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคได้แก่ การ
ล้างมือบ่อย ๆ การรับประทานอาหารที่ดีต่อ
สุขภาพ¹⁵ และ การศึกษาของ Marcelo
Fernandes Costa ที่ศึกษาเรื่อง แบบจำลอง

ความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด19 ว่าความรุนแรงในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงในระบบและโรคที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยกลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการสัมผัส และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพและเข้ารับการตรวจโรคโควิด19 มากขึ้น¹⁶

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการให้สุศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยในลักษณะของการวิจัยเชิงทดลองเพื่อต่อยอดในการประยุกต์ใช้การรับรู้ความรุนแรงของโรคในการให้สุศึกษาเพื่อรณรงค์และป้องกันโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. New South Wales Ministry of Health. NSW COVID-19 case statistics. [Internet]. 2020: Retrieved 24 March 2020 Available from : <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/diseases/Pages/covid-19-latest.aspx>
2. ศุภสิทธิ์ พรธมนารุณทัย. จะผ่านพ้นวิกฤตโลกโควิด 19 ระบาด ด้วยฐานความรู้และ การปฏิบัติ Surviving Covid 19 Pandemic with Knowledge and Action, 2563. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2563 : 3
3. Worldometer.COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC. [Internet]. 2020 Retrieved 26 March 2020 from <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข . รายงานสถานการณ์ โควิด-19 [ออนไลน์] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/th>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. สถานการณ์โควิด-19 รายวัน สสจ.ยะลา. [ออนไลน์] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://sites.google.com/view/epiyala/>
- 6.พรสุข หุ่นรัตน์. พฤติกรรมศาสตร์ทางสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่4 ภาควิชาสุศึกษาพลศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพมหานคร;2545 : 160-161.
7. ชารีพะห์ เจ๊ะแว.ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัย ในการป้องกันอุบัติเหตุของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตยะลา. ปริญญานิพนธ์ (ศศ.ม.) สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
8. ชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก. รามาธิบดีพยาบาลสาร. ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2555 : 389-403

9. ชัญญานุช ไพรวงษ์, วรณัฐ สัตยวงศ์ทิพย์, ภู
นรินทร์ สีกุดม. การศึกษาความเชื่อด้าน
สุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัด
นครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา. ปี
ที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม- เมษายน 2560 :
107-116
10. อวาทิพย์ แว. ปัจจัยด้านครอบครัวและ
สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของ
นักเรียนระดับอาชีวศึกษาในเขตเทศบาลนคร
ยะลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;
2550
11. รสวันต์ อาริมิตร, สุภิญญา อินอิ้ว, บุญยิ่ง
มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี, สมจิตร
จารุรัตน์ศิริกุล. ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น. นนทบุรี
: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2559
12. อีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทาง
พฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.
อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
2543
13. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2545. ระเบียบ
วิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย :
304-305
14. จังหวัดยะลา. มาตรการการป้องกันการแพร่
ระบาดของเชื้อไวรัสCOVID-19 [ออนไลน์]
2563. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2563] เข้าถึง
ได้จาก
<http://www.yala.go.th/covid.php?page=8>
15. Saud A. Alsulaiman and Terry Lynn
Rentner. The Health Belief Model and
Preventive Measures: A Study of the
Ministry of Health Campaign on
Coronavirus in Saudi Arabia. 2018.
JOURNAL OF INTERNATIONAL CRISIS
AND RISK COMMUNICATION RESEARCH
2018, VOL. 1, NO1: 27–56
16. Marcelo Fernandes Costal. Health
belief model for coronavirus infection
risk determinants. Revista de Saude
Publica. [Internet]. VOL.24 (2020)
Retrieved 26 August 2020 from
<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/169519>

Received: 20 Feb 2020, Revised: 23 Mar 2020,

Accepted: 10 Apr 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพานอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

นพนพิชญ ศรีรัตนประชากุล^{1*} วรพจน์ พรหมสัถยพรต² ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์³

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลปอพานอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน กลุ่มภาคการเมือง และกลุ่มวิชาการด้านสาธารณสุข จำนวน 262 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนากระบวนการที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ (2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ (3) กำหนดโครงการ 2 โครงการ คือ โครงการพัฒนาศักยภาพกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล กิจกรรมที่ 3 การติดตามประเมินผลและการรายงานผลการดำเนินงาน (4) ดำเนินงานตามโครงการที่ได้วางแผนไว้ (5) ติดตามนิเทศ สนับสนุนการปฏิบัติตามโครงการ (6) สรุปผลและประเมินผล ข้อเสนอแนะกลับไปสู่การพัฒนาซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุน และญาติ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ พร้อมทั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้รับการพัฒนาที่ดีขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการแก้ไขกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความกระตือรือร้นตั้งแต่เริ่มต้น ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบอย่างมุ่งมั่น ออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

คำสำคัญ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

* Corresponding author: Nopnaphit5082@gmail.com

Original Article

The Development of Elderly Care Process with Dependence under Long-Term Care Fund of PoPhan Sub district Administrative Organization, Na Chueak District, Maha Sarakham Province

Nopnaphit Srirattanaprachakul^{1,*},Vorapoj Promasatayaprot², Phadoongsit Chumanaborirak³

Abstract

This study was a participatory action research (Participatory Action Research: PAR) to develop the process of caring for the elderly under the long-term elderly care fund of Por Phan Subdistrict Administrative Organization, Na Chueak District, Mahasarakham Province. Participants were from three operational sectors including public sector, political sector and public health sector, group with 262 participants in total. Data were collected by using questionnaires. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation. The results showed that with operation in the area is 6 steps 1) studying and analyze the context 2) organizing a workshop plan 3) Establishing 2 projects, namely the potential development project for long-term public health care fund for dependent elderly and the long-term public health care program for dependent elderly. These projects consisted of 3 activities, such as activity 1: workshop, activity 2: caring for the elderly who were dependent on individualized care plans, activity 3: monitoring, evaluation, and performance reporting 4) performing tasks as planned 5) following up on supervision and supporting for project implementation 6) summary and evaluation suggestions back to development. To do this, the dependent elderly was received care from the fund and related parties satisfied with the fund's operations, in addition to fund for long-term care to the elderly had been improved. The success factors were that the target group was involved in the process of caring for the dependent elderly, enthusiasm from the start, performing duty responsibly, following up and evaluate the work done together until achieving the set target.

Keywords: Elderly dependency, Long-term Elderly Care Fund, Caregiver

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

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Registered Nurse (Professional Level), Sri Maha Sarakham College of Nursing

* Corresponding author: Nopnaphit5082@gmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุ คือบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พบว่าประเทศไทย กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ใน พ.ศ.2563 และจังหวัดเกือบครึ่งหนึ่งของประเทศเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด พ.ศ. 2573¹ ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.00 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.00² ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงและทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาว³

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดังกล่าวเป็นการเคลื่อนงบประมาณผ่านกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งมีเป้าหมายดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งประเทศใน พ.ศ. 2561⁴ โดยการทำงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน พ.ศ. 2560 ระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคามที่เข้าร่วมดำเนินงานมี 13 อำเภอ มีจำนวนทั้งหมด 144 ตำบล แต่มีตำบลที่เข้าร่วมการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 133 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 92.36 ซึ่งจากข้อมูลการเข้าร่วมการดำเนินงานกองทุนดูแล

ผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า ยังมีกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอีกหลายตำบลในแต่ละอำเภอที่ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลายสาเหตุขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของแต่ละตำบล ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ไม่ได้รับการดูแลตามวัตถุประสงค์ของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁵

ปัจจุบันตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในของแต่ละปี โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน และกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพานยังไม่ได้มีการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการดูแล และผลการประเมินกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพานยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอาจมีหลายสาเหตุที่ทำให้ไม่มีการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งอาจแยกได้หลายสาเหตุ ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพานอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกระบวนการวิจัยเชิงแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ (Kemmis and McTaggart, 1988)⁶ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection)

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มประชาชน ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 78 คน 2) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 78 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มภาคการเมือง ในเขตพื้นที่ตำบลปอพาน ได้แก่ 1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน 2) รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน 3) เลขานายองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน 4) สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 30 คน 5) ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 16 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มวิชาการด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 3 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Caregiver) จำนวน 40 คน 3) นักวิชาการสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน จำนวน 1 คน 4. นักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน 5) ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน 6) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน จำนวน 1 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 262 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถาม ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด (Closed - ended Question) ที่กำหนดคำถามไว้ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เรื่องการทำงานและการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรง (Validity) ของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 ท่าน โดยตรวจสอบความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.05 ความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน จังหวัดมหาสารคาม ทั้ง 4 ขั้นตอน ตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน

(Plan) (2) การปฏิบัติตามแผน (Act) (3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observe) และ (4) การสะท้อนผลต่อการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน (Reflect) โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดมาและทำการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับอนุมัติจริยธรรม เลขที่การรับรอง 162/2562 วันที่รับรอง 18 กันยายน 2562 วันหมดอายุ 19 กันยายน 2563

ผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม สามารถสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

บริบททั่วไป พบว่า ประชากรในตำบลปอพาน มีทั้งสิ้น 8,037 คน ประกอบด้วย เพศชาย

จำนวน 3,987 คน เพศหญิง 4,050 คน หมู่บ้านที่มีประชากรหนาแน่นมากที่สุดคือ หมู่ที่ 1 บ้านปอพาน มีจำนวนประชากร 1,005 คน และหมู่บ้านที่มีประชากรหนาแน่นน้อยที่สุด คือ หมู่ที่ 10 บ้านหลุบเปื่อย มีจำนวนประชากร 109 คน ส่วนจำนวนครัวเรือนโดยรวมทั้งตำบลมีทั้งสิ้น 2,038 ครัวเรือน สมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4 คนต่อครัวเรือน โดยผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่จะได้รับการตรวจคัดกรอง การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวนทั้งหมด 1,075 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนการประเมิน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ มีจำนวน 997 คน หรือร้อยละ 92.7 ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมิน 5-11 คะแนนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสามารถดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จำนวน 71 คนหรือร้อยละ 6.6 และผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมิน 0-4 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง พึ่งตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ จำนวน 7 คน หรือร้อยละ 0.7

บริบทการดำเนินงานของกองทุนดูแล

ผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพานได้เข้าร่วมการดำเนินงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559 หรือในปีงบประมาณ 2560 ได้ดำเนินการขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 515,000 บาท และขอสนับสนุนงบประมาณในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 430,000 บาท คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟังจำนวน 14 คน ประกอบด้วยคณะทำงาน 3 ชุด ดังนี้ ชุดแรกเป็นคณะทำงานด้านการพิจารณาแผนการดูแลรายบุคคล จำนวน 5 คน ทำหน้าที่ ตรวจสอบและพิจารณากลับกรองแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ซึ่งเป็นไปตามประกาศหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและตามระเบียบหลักเกณฑ์หรือวัตถุประสงค์ของกองทุนฯและนำเสนอแผนการดูแลรายบุคคลต่อคณะอนุกรรมการเพื่อการพิจารณาอนุมัติ การตรวจเยี่ยม กำกับติดตามและประเมินผล คณะทำงานชุดที่สองเป็นคณะทำงานด้านการเงิน การบัญชี การจัดซื้อจัดจ้างและพัสดุ จำนวน 5 คน ทำหน้าที่ รับผิดชอบการรับเงิน - จ่ายเงิน ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระเบียบกองทุนที่กำหนด คณะทำงานชุดที่สามเป็นคณะทำงานด้านการดำเนินงานกองทุนและงานอื่น ๆ จำนวน 4 คน ทำหน้าที่ ดำเนินการจัดประชุม คณะอนุกรรมการและคณะทำงาน ให้เป็นไปตามที่ระเบียบที่กำหนด

กิจกรรมที่ 2 จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ แต่งตั้งคณะทำงาน และจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การจัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน จำนวน 52 คน ประกอบด้วย นายก อบต. 1 คน รองนายก อบต. 2 คน รองปลัด อบต. 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข อบต. 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว 3 คน และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 40 คน โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อการคัดเลือกแต่งตั้งคณะทำงาน และการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงานของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ สภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสร้างความเข้าใจร่วมกันในการศึกษาค้นคว้าปัญหาและแนวทางการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและสรุปแนวทางเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 กำหนดโครงการ 2 โครงการ

การดำเนินการจัดกิจกรรมโครงการตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการสรุปประเด็นปัญหาสำหรับการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อพัฒนากระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ 2 โครงการ ดังนี้ โครงการที่ 1 โครงการพัฒนาศักยภาพกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และโครงการที่ 2 โครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ (Action)

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินงานตามโครงการที่ได้วางแผนไว้ อธิบายได้ดังนี้

โครงการพัฒนาศักยภาพกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การขออนุมัติโครงการ การสนับสนุนงบประมาณให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคล การติดตามผล การประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล การดำเนินการเบิกจ่ายค่าตอบแทน และการรายงานผลการดูแลต่อคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้กับ ภาควิชาการและการเมือง ประกอบด้วย รองปลัด อบต. 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขของ อบต. 1 คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 40 คน นายก อบต. 1 คน รองนายก อบต. 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน

โครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ดำเนินโครงการตามแนวทางกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นงานขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ซึ่งการจัดกิจกรรมของโครงการสามารถแบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละกลุ่ม มีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมในการประชุม จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 คน และนักวิชาการสาธารณสุข อบต. 1 คน ผลการดำเนินการประชุม คือ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นการสรุปแผนการดูแลเฉพาะราย สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กิจกรรม 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล เป็นการดำเนินกิจกรรมโดยกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 40 คน ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวน 78 คน ตามแผนการ

ดูแลรายบุคคลที่ได้รับการมอบหมาย ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวน 78 ราย ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล และมีความพึงพอใจที่ดีต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

กิจกรรมที่ 3 การติดตาม ประเมินผลและการรายงานผลการดำเนินงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อการรายงานผลการดำเนินงาน และการขอเบิกจ่ายงบประมาณค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดำเนินการจัดกิจกรรมการประเมินและรายงานผลช่วงปลายเดือนตุลาคม 2562 วันที่ 31 ตุลาคม 2562 ซึ่งเป็นไปตามกำหนดการของแผนการดูแลเฉพาะรายเป็นรายเดือน ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 คน และนักวิชาการสาธารณสุข อบต. 1 คน ผลการดำเนินการพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 78 คน ได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลเฉพาะรายบุคคลจริง มีการจดบันทึกการปฏิบัติงาน และมีการรายงานผลการปฏิบัติงานต่อคณะกรรมการเพื่อทำการเบิกจ่ายค่าตอบแทน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation)

กิจกรรมที่ 4 สรุปผลและประเมินผล ข้อเสนอแนะกลับไปสู่การพัฒนา รายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลกลุ่มภาคการเมืองและกลุ่มวิชาการด้านสาธารณสุข พบว่าระดับความรู้แต่ละด้านเกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ก่อนการพัฒนา พบว่า ด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับ

มาก ร้อยละ 94.1 ด้านการบริการด้านสาธารณสุข 100.0 รองลงมาคือด้านการบริการด้าน
อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.3 และภาพรวมอยู่ใน
ระดับมาก ร้อยละ 86.3 หลังการพัฒนา พบว่า
ด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ

ตารางที่ 1 ระดับความรู้แต่ละด้านเกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาว

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว	ก่อนพัฒนา (n=102 คน)		หลังพัฒนา (n=102 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการบริหารจัดการ				
ความรู้ระดับมาก	96	94.1	102	100.0
ความรู้ระดับปานกลาง	6	5.9	0	0.0
ด้านการบริการด้านสาธารณสุข				
ความรู้ระดับมาก	86	84.3	99	99.71
ความรู้ระดับปานกลาง	16	15.7	3	2.9
ภาพรวม				
ความรู้ระดับมาก	88	86.3	102	100.0
ความรู้ระดับปานกลาง	13	12.7	0	0.0
ความรู้ระดับน้อย	1	1.0	0	0.0

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหาร
ส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัด
มหาสารคาม พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่การ
มีส่วนร่วมอยู่ในด้านที่ 5 การมีส่วนร่วมในระดับ
เสริมอำนาจ (Mean = 1.49) รองลงมาคือ ด้านที่
3 การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท (Mean
= 1.47) และการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดอยู่ในด้านที่

1 การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร (Mean
= 1.38) หลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่การมี
ส่วนร่วมอยู่ในด้านที่ 5 การมีส่วนร่วมในระดับ
เสริมอำนาจ (Mean = 1.54) รองลงมาคือด้านที่
3 การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท (Mean
= 1.53) และการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือด้านด้านที่
1 การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร (Mean
= 1.42) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลโปพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา (n=102 คน)		หลังพัฒนา (n=102 คน)	
	Mean (SD)	ระดับ	Mean (SD)	ระดับ
ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร	1.38 (0.65)	ต่ำ	1.42 (0.61)	ต่ำ
ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมในระดับการปรึกษาหารือ	1.45 (0.71)	ต่ำ	1.48 (0.60)	ต่ำ
ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท	1.47 (0.74)	ต่ำ	1.53 (0.62)	ต่ำ
ด้านที่ 4 การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ	1.42 (0.67)	ต่ำ	1.46 (0.58)	ต่ำ
ด้านที่ 5 การมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจ	1.49 (0.77)	ต่ำ	1.54 (0.62)	ต่ำ

2) ข้อมูลกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา ด้านการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 97.4 ด้านการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรู้ระดับมาก ร้อย

ละ 82.1 ภาพรวมอยู่ในระดับความรู้มาก ร้อยละ 87.2 และหลังการพัฒนา ด้านการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 100.0 ด้านการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 89.7 และภาพรวม มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	ก่อนพัฒนา (n=78 คน)		หลังพัฒนา (n=78 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว				
ความรู้ระดับมาก	76	97.4	78	100.0
ความรู้ระดับปานกลาง	2	2.6	0	0.0

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว	ก่อนพัฒนา (n=78 คน)		หลังพัฒนา (n=78 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
ความรู้ระดับมาก	64	82.1	70	89.7
ความรู้ระดับปานกลาง	14	17.9	8	10.3
ภาพรวม				
ความรู้ระดับมาก	68	87.2	78	100.0
ความรู้ระดับปานกลาง	10	12.8	0	0.0
ความรู้ระดับน้อย	0	0	0	0

ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านที่ 5 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Mean = 2.91) รองลงมาคือด้านที่ 3 ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Mean = 2.90) และน้อยที่สุดคือ ด้านที่

6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Mean = 2.68) หลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ด้านที่ 3 ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Mean = 2.86) รองลงมาคือด้านที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Mean = 2.81) และน้อยที่สุดคือ ด้านที่ 6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Mean = 2.73) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา (n=78 คน)		หลังพัฒนา (n=78 คน)	
	Mean (SD)	ระดับ	Mean (SD)	ระดับ
ด้านที่ 1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ	2.81 (0.43)	มาก	2.77 (0.40)	มาก
ด้านที่ 2 ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ	2.87 (0.37)	มาก	2.79 (0.40)	มาก
ด้านที่ 3 ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ	2.90 (0.35)	มาก	2.86 (0.29)	มาก
ด้านที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ	2.86 (0.39)	มาก	2.81 (0.37)	มาก
ด้านที่ 5 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ	2.91 (0.29)	มาก	2.77 (0.41)	มาก

ความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา (n=78 คน)		หลังพัฒนา (n=78 คน)	
	Mean (SD)	ระดับ	Mean (SD)	ระดับ
ด้านที่ 6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ	2.68 (0.41)	มาก	2.73 (0.47)	มาก

ปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

1) กลุ่มข้อมูลกลุ่มภาคการเมืองและกลุ่มวิชาการด้านสาธารณสุข มีความสนใจที่จะแก้ไขกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความกระตือรือร้นในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อมเพียงปฏิบัติงานที่รับผิดชอบอย่างมุ่งมั่น ออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ อีกทั้งยังคอยให้คำปรึกษาอำนวยความสะดวก ติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชนและร่วมประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความกระตือรือร้นที่จะอยากให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งมีการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังทำงานที่ตนเองได้รับมอบหมายได้เป็นอย่างดี และมีการแสดงความคิดเห็น ในกระบวนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครั้งนี้ตั้งแต่ต้นจนจบโครงการวิจัย

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วยกระบวนการของ Kemmis & McTaggart ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผลจากการดำเนินงานวิจัยได้ ดังนี้

1. การดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม จะเห็นได้ว่าทุกภาคส่วนทั้งภาคการเมือง กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นตั้งแต่การค้นหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน การจัดแผนปฏิบัติการ ซึ่งพบว่า ได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากทุกฝ่ายเป็นอย่างดี มีความเห็นพร้อมต้องกันว่า สิ่งที่เป็นอยู่นั้นเป็นปัญหาของชุมชนที่ทุกคนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยสอดคล้อง

กันกับ ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ⁷ ที่ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ภาวะพึ่งพิงระยะยาวเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและยังมีความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต และสามารถอธิบายได้เป็นขั้นตอน ดังนี้

1) การรวบรวมข้อมูลโดยชุมชน ดำเนินการคือการสำรวจข้อมูลตามรายชื่อผู้สูงอายุตามทะเบียนผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพในชุมชน และการเข้าเยี่ยมตามรายที่ ได้รับ การ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือ ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 เป็นการเข้าเยี่ยมบางครั้ง ปัญหาที่พบคือ ผู้นำชุมชนไม่ทราบปัญหาที่แท้จริง ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และไม่เข้าใจแนวทางในการดำเนินงานของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลพอนาน

2) การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน เป็นความร่วมมือหลังจากที่ชุมชนรับทราบปัญหา และมีความเห็นพร้อมต้องกันว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นเป็นปัญหาของชุมชนที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นพบว่า ผลการวิเคราะห์ปัญหาทำให้ทราบถึงรากเหง้าของปัญหาเพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไขนั้นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในชุมชน เนื่องจากปัญหาบางอย่างมีความซับซ้อน

และละเอียดอ่อนเกินกว่าที่บุคคลภายนอกชุมชนจะรับรู้และเข้าถึงปัญหาได้

3) การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน หลังจากชุมชนรับทราบผลการวิเคราะห์ปัญหาแล้วว่า ปัญหาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร บริบทชุมชนเป็นอย่างไร ควรเข้าไปมีบทบาทอะไรบ้างในการพัฒนาให้ดีขึ้น ซึ่งพบว่า ภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามบริบทและศักยภาพของชุมชน ณ เวลาและสถานการณ์ทั้งเป็นแนวทางที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน และนำไปสู่การไปเป็นแนวทางการจัดแผนปฏิบัติต่อไป

4) การวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่เกิดต่อเนื่องจากการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา พบว่า ภาคีเครือข่ายสามารถเข้ามามีบทบาทร่วมในการกำหนดกิจกรรมหรือโครงการเนื่องจากหากเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับการเสนอหรือมีส่วนร่วมในการอภิปรายหรือสนับสนุนจากชุมชนแล้วจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมด้วย แต่ถ้าตรงกันข้ามหากไม่ได้รับรู้หรือมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนนี้แล้วนอกจากจะไม่ให้ความร่วมมือแล้วอาจจะเกิดการขัดขวางในภายหลังได้

5) การปฏิบัติการตามแผนร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินกิจกรรมและผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเข้ามาร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในขั้นจัดทำแผนและการบริหารจัดการแผน พบว่า ภาคีเครือข่ายสามารถปฏิบัติตามแผนได้เป็นอย่างดี

6) การติดตามและประเมินผลร่วมกัน เป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องจะต้องมีส่วนร่วมในการกำกับติดตาม เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อจะได้

ร่วมกันแก้ไขไปพร้อมกันโดยไม่ต้องเก็บปัญหาไว้พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับแต่งตั้งจะทำหน้าที่ติดตามผลการดำเนินงานของกิจกรรม แล้วรายงานผลการดำเนินงานเป็นระยะ

7) การสรุปผลและการวิเคราะห์ผลงานร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่จะต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลสำเร็จของงานร่วมกัน เพราะเป็นผลผลิตของกระบวนการพัฒนา ซึ่งเป็นความต้องการของผู้มีส่วนร่วมกิจกรรมที่จะรับรู้ว่าสิ่งที่ดำเนินการมานั้นมีผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไร พบว่า ภาศิเครือข่ายได้ประชุมกลุ่มเพื่อสรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและถอดบทเรียน ไปพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ทศนีย์ อนันท์วัน^๑ ศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ 5) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน 6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนและถอดบทเรียน ผลการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนเพิ่มขึ้น

จากการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลบ่อพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มี 8 ขั้นตอน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้มีภาศิเครือข่าย ทั้งกลุ่มภาคการเมือง ภาควิชาการสาธารณสุข กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้ามามีบทบาทร่วมในทุก

ขั้นตอน ได้เป็นกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลบ่อพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม จากเดิมที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นไปตามกระบวนการแก้ไขปัญหามาโดยตลอด โดยแท้จริง อีกทั้งการวิจัยในครั้งนี้ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นได้มีบทบาทเข้ามาดูแลกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ของการพัฒนาคำนี้เป็นไปได้ด้วยดี ซึ่งสอดคล้องกับ ระเบียบ เทียมมณี และคณะ^๑ ศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การดำเนินนโยบายให้การช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคมกับผู้สูงอายุ มีบริการรถรับส่งกรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินแต่ไม่ครอบคลุมการไปตรวจตามนัด ปกติในภาคสาธารณสุข มีการจัดระบบบริการที่เอื้อและสะดวกต่อการมารับการรักษาต่อเนื่องอยู่แล้ว

ปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลบ่อพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม จากการวิจัยครั้งนี้ที่สำคัญ ได้แก่

1) กลุ่มข้อมูลกลุ่มภาคการเมืองและกลุ่มวิชาการด้านสาธารณสุข มีความสนใจที่อยากจะแก้ไขกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความกระตือรือร้นในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อมเพียงปฏิบัติงานที่รับผิดชอบอย่างมุ่งมั่น ออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ อีกทั้งยังคอยให้คำปรึกษาอำนวยความสะดวก ติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ

และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน และร่วมประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความกระตือรือร้นที่จะอยากให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งมีการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังทำงานที่ตนเองได้รับมอบหมายได้เป็นอย่างดี และมีการแสดงความคิดเห็น ในกระบวนการกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครั้งนี้ตั้งแต่ต้นจนจบ โครงการวิจัย สอดคล้องกับ ขวลิขิต สวัสดิ์ผล และคณะ¹⁰ ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ได้อธิบายว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวเป็นการดูแลเชิงใน เป็นบทบาทที่สำคัญที่สุด

ปัจจัยทั้ง 2 อย่างดังกล่าวที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลโปพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ซึ่ง พนมวิมลน์ แก้วหิ็ด และคณะ¹¹ ศึกษาการบริหารโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้อธิบายไว้ว่า การเพิ่มศักยภาพและทักษะให้กับท้องถิ่น การจัดการงบประมาณ การจัดทำแผน การควบคุมกำกับ การจัดทำลัทธิบุคลากร การเสริมสร้างพลังของภาคีเครือข่ายให้ตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของผู้สูงอายุและส่งเสริมการดูแลแบบครอบครัวและเพื่อนบ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีส่วนร่วมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดีจนงานวิจัยสำเร็จร่ำรวยล้นไปด้วยดี และขอบขอบคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำวิทยานิพนธ์นี้แก่ทุกท่านที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของผู้วิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและความมั่นคงของมนุษย์: กรุงเทพฯ; 2557.
2. สุธเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กลุ่มงานอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. Lafortune G. and Balestat G., Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implication. OECD Employment, Labour and Social Affairs Committee. Health Working Papers, 0-1; 2007.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. สรุปการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2560. มหาสารคาม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2560.
6. Kemmis, S. and McTaggart, R. The Action Research Reader. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1990.
7. ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ. รูปแบบการพัฒนา นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561.
8. ทศนีย์ อนันทวัน. รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม; 2559.
9. ระเบียบ เทียมมณี และคณะ. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. รามาธิบดีพยาบาลสาร, ตุลาคม-ธันวาคม; 2554.
10. ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทัศน์ มจร ปีที่ 5 ฉบับพิเศษ; 2559.
11. พนมวัลณ์ แก้วหืด และคณะ. การบริหารโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบลท่าช้าง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม; 2559.

Received: 23 Feb 2020, Revised: 29 Apr 2020,

Accepted: 11 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู
อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

จักรพงษ์ พระสุรัตน์^{1,*} วิรติ ปานศิลา² วรพจน์ พรหมสัตยพรต³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 36 คน ประกอบด้วยกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย การจดบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม นำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มี 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ 2) คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยและแต่งตั้งคณะทำงาน 3) เก็บรวบรวมข้อมูล 4) การวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ตามหลักเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม 5) นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 6) ติดตามผลการดำเนินงาน 7) สรุปผล ถอดบทเรียน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน หลังดำเนินการพบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ร่วมรับฟัง แสดงความคิดเห็น เสนอตัวรับผิดชอบงาน ร่วมปฏิบัติ และร่วมสรุปและประเมินผล ทั้งกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มสุขภาพจิตชุมชน มีระดับทัศนคติ ระดับความรู้ และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มากกว่าก่อนดำเนินการ ซึ่งทำให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมในป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลักเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม ไปประยุกต์ใช้ในทุกกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม รูปแบบการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: jprasurat@yahoo.com

Original Article

Community Participation Model for Preventing Recurrent Symptoms of Schizophrenic Patients in Nongkhu Community Senangkhanikhom District, Amnat Charoen Province

Jackrapong Prasurat^{1,*}, Wirat Pansila², Vorapoj Promasatayaprot³

Abstract

This action research aimed to study the pattern of community participation in relapse prevention of schizophrenic patients in Ban Nong Khu Community, Na Wiang Sub-district, Senang Nikom District Amnat Charoen Province. The sample was 36; caregivers 12, community mental health network groups 24, collected data using interview forms. The results showed that the model of community participation in prevention of relapses of schizophrenic patients in the community has 7 activities; 1) study the context of the area 2) select participants and appoint a working group 3) collect data 4) Planning and making plans by using the Technology of Participation technique 5) Implement training program to increase the potential of care for schizophrenic patients in the community. and monitoring 6) Follow up 7) Conclusion of lessons learned, organizing learning exchanges to reflect problems. After, the sample had participated in all activities, Research suggestion Participatory learning processes with technology for participation should be applied to all networks in the community. Including studying more than 1 cycle to strengthen the community in the prevention and relapse of schizophrenia patients continuously and sustainably.

Keyword: schizophrenic, preventing recurrent symptoms

¹ Student (Master of Public Health), Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Association Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author: jprasurat@yahoo.com

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีลักษณะการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีผลกระทบต่อจิตใจที่แปลกแยกชัดเจน มีความแปรปรวนของการรู้คิด (Cognition) ภาวะทางอารมณ์ (Emotion) รวมถึงด้านการรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior)¹ จะมีอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน² พบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น³ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยหรือกำเริบซ้ำ มี 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยาหรือปรับยาเอง ปัจจัยที่สองคือด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลเท่าที่ควรเนื่องจากการประกอบอาชีพ ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล รวมไปถึงมีทัศนคติด้านลบต่อการรักษาของผู้ป่วย คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และปัจจัยสุดท้ายคือด้านชุมชน ได้แก่ คนในชุมชนมีทัศนคติด้านลบกับผู้ป่วย เพิกเฉย คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น จึงมีความหวาดระแวงต่อการป่วยซ้ำ⁴

รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช กรมสุขภาพจิต ภาพรวมทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2558 – 2559 พบผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 455,118 ราย และ 580,181 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากรายงานดังกล่าว พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2558 – 2560 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ

อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร มีจำนวน 6,578, 6,745 และ 6,883 ราย และคิดเป็นอัตรา 1.85, 1.88 และ 1.89 ต่อประชากร 1,000 ราย จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ⁵

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 19 คน การวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD -10 (F20.0-F20.9) โดยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเสนาณรงค์ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้วจะถูกตัวส่งกลับคืนสู่ชุมชน และนัดผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับยาทุก 2 เดือน บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดจำนวน 12 คน ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดเกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2559-2561 จำนวน 2, 3 และ 5 คน ซึ่งมีอาการกำเริบ ได้แก่ โวยวายส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น ชู่ออาฆาตจะทำร้ายผู้อื่น ลักขโมย ทำลายสิ่งของ ทารุณสัตว์เลี้ยง สร้างความเดือดร้อนรำคาญให้แก่เพื่อนบ้านและชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องยั่งยืน ด้วยการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของและอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการต่าง ๆ ตามแนวทาง และขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ ก.พ.ร. ได้เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วมตรวจสอบและประเมินผล⁶ จึงสนใจศึกษารูปแบบ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากทุกคนในชุมชน เพื่อดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งไม่ได้ดูแลแค่สุขภาพจิตเท่านั้น ควรดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา⁷ เพื่อให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน แต่เนื่องด้วยกลุ่มญาติ/ผู้ดูแล และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เป็นคนในชุมชนเดียวกันที่มีความใกล้ชิดคุ้นเคยกับผู้ป่วย และมีประสบการณ์ในการดูแลมาแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการศึกษากลุ่มดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็นวงจร P-A-O-R spiral Cycle ร่วมกับการใช้แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้ ทฤษฎีเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP)

ประชากร ผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วย คือ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคูซึ่งรับผิดชอบพื้นที่บ้านหนองคู พยาบาลจิตเวช

โรงพยาบาลเสนางนิคม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) และรับการรักษาที่โรงพยาบาลเสนางนิคม หรือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี

2. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนางนิคม อาศัยอยู่ในพื้นที่ หรือปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชแบบอื่น

2. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ แต่ระยะเวลา ไม่ถึง 1 ปี

3. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีได้อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือปฏิบัติงานในพื้นที่

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จากหน่วยงานอื่น

5. ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาวิจัยตามขั้นตอนกระบวนการมีส่วนร่วมอาศัยเทคนิคเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of

Participation) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไรต่อ) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) ดำเนินการเป็นวงรอบ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุญาตทำการศึกษาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 161/2562

ผลการวิจัย

ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอนาคู จังหวัดอำนาจเจริญ

ขั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา

1) **ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งสิ้นจำนวน 12 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.0 อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาอายุระหว่าง 60 - 69 ปี และอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 25.0 และ 25.0 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 61.08 ปี (SD=12.31) อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 78 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 91.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 2,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 50.0 รองลงมา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 33.3 ฐานะทางการเงินของครอบครัวมีพอกินพอใช้ ร้อยละ 66.7 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท พบมากที่สุด คือ บิดา มารดา หรือ พี่น้อง ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ คู่สมรส ร้อยละ 25.1 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่า 21 ปี ร้อยละ 58.4 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 24.83 ปี (SD=15.96) ระยะเวลาดูแลต่ำสุด 2 ปี ระยะเวลาดูแลสูงสุด 49 ปี

ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน เป็นเพศชายร้อยละ 58.3 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 41.7 รองลงมาอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 33.3 และอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 51.33 ปี (SD=14.36) อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 68 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 58.3 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ป่วยมากที่สุด คือ ความเครียดในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 46.7 รองลงมาเนื่องมาจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น เสพยาเสพติด ดื่มสุรา และป่วยเป็นไข้หนัก และมีระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ 21 ปี ร้อย

ละ 41.7 มีระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 20.17 ปี (SD=14.36) ระยะเวลาป่วยต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาป่วยสูงสุด 45 ปี

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ทั้งสิ้นจำนวน 24 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.3 อายุระหว่าง 40-49 ปี พบมากที่สุดร้อยละ 54.2 รองลงมาอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3. และอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 45.58 ปี (SD=5.71) อายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 55 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 91.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.6 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท ร้อยละ 29.2 รองลงมา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-4,000 บาท ร้อยละ 25.0 และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 20.8 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท พบมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 70.8 รองลงมา ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 16.6 รู้จักกับผู้ป่วยจิตเภตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 54.2 รองลงมาอยู่ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 33.3 และตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.5 เวลาที่รู้จักผู้ป่วยจิตเภทต่ำสุด 3 ปี และเวลาที่รู้จักผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด 46 ปี

กิจกรรมที่ 2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน ได้คณะทำงานและ

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 36 คน ผลของการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย เนื่องจากมีการประสานงานด้วยวาจา และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการทำวิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย แก่กลุ่มเป้าหมายก่อนสมัครเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนางคนิคม ผู้อำนวยการ รพ.สต. หนองคู กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล ได้ใช้แบบสัมภาษณ์สำหรับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ทำให้ทราบข้อมูล ระดับทัศนคติ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.58 (SD=2.02) คะแนนต่ำสุด 13 คะแนนและคะแนนสูงสุด 19 คะแนน รายละเอียดดังแสดงใน ที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)

ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับดี	16-20 คะแนน	7 (58.3)
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน	5 (41.7)
(Mean=15.58, SD=2.02, Min=13, Max=19)		

ระดับทัศนคติ กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
คะแนนทัศนคติโดยรวมต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 ราย ร้อยละ 58.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD=0.46) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.60 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 10 ราย ร้อยละ 83.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (SD=0.29) คะแนนต่ำสุด 1.43 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2.38 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
มากที่สุด	3.27-4.00	5 (41.7)
มาก	2.52-3.26	7 (58.3)
(Mean=3.10, SD=0.46, Min = 2.60 , Max = 4.00)		

ตารางที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	2.34-3.00	1 (8.3)
ปานกลาง	1.67-2.33	10 (83.4)
น้อย	1.00-1.66	1 (8.3)
(Mean=1.96, SD=0.29, Min = 1.43 , Max = 2.38)		

2) กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ เท่ากับ 13.96 (SD=1.48) คะแนนต่ำสุด 11 กลุ่มเครือข่ายในชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนและคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 17 คะแนน พบว่า กลุ่มเครือข่ายในชุมชนมีความรู้โดยรวมอยู่ รายละเอียดแสดงในที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับดี	16-20 คะแนน	4 (16.7)
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน	19 (79.2)
ระดับน้อย	0-11 คะแนน	1 (4.2)
(Mean=13.96, SD=1.48, Min=11, Max=17)		

ทัศนคติ ต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (SD=0.20) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.50 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.30 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

การมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 13 ราย ร้อยละ 54.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 (SD=0.40) คะแนนต่ำสุด 1.50 และคะแนนสูงสุด 3.00 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
มากที่สุด	3.27-4.00	1 (4.2)
มาก	2.52-3.26	21 (87.5)
ปานกลาง	1.76-2.51	2 (8.3)
(Mean=2.82, SD=0.20, Min = 2.50 , Max = 3.30)		

ตารางที่ 6 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	2.34-3.00	9 (37.5)
ปานกลาง	1.67-2.33	13 (54.2)
น้อย	1.00-1.66	2 (8.3)
(Mean=2.25, SD=0.40, Min = 1.50 , Max = 3.00)		

กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน มีวิธีดำเนินการ โดยการจัดประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไร ต่อ) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) เพื่อให้ได้แผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผลการประชุมวางแผนและจัดทำแผน ทำให้ได้ 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สิ่งที่เกิดขึ้นจริงจากการดำเนินการกิจกรรมนี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วม (Technology of participation : TOP) ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา มีส่วนร่วมคอยกระตุ้น และกำกับให้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนกระบวนการ จึงส่งเสริมให้ทุกคนในกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ได้แสดงความคิดเห็น สะท้อนปัญหา เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ รู้สึกเป็นเจ้าของแผน เสนอตัวเข้ามาทำหน้าที่ในโครงการ บทเรียน/ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จากกิจกรรมนี้ คือ

การประชุมวางแผนและจัดทำแผนไม่อาจทำสำเร็จในครั้งเดียว ควรนัดหมายทำกิจกรรมต่อเนื่อง จนกว่าจะครบตามกระบวนการภายใต้บริบทพื้นที่

ขั้นปฏิบัติ (Action)

กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีโครงการดังต่อไปนี้

1. โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ โดยเชิญวิทยากรพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลเสนาณรงค์ม อบรมให้ความรู้ในประเด็น โรคจิตเภทคืออะไร ทศนคตที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการทุกคน บรรยายภาคอบรมเป็นกันเอง วิทยากรใช้คำพูดภาษาท้องถิ่นเข้าใจง่าย ผู้เข้าอบรมซักถามแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลดีจากการดำเนินงานกิจกรรมนี้ พบว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ จากพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผู้ดูแลงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อำเภอเสนาณรงค์โดยตรง ส่วนข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือ ด้วยเวลาการอบรมที่มีจำกัดประกอบกับเป็นฤดูหนาว ผู้เข้าอบรมไม่

อยากให้จัดการอบรมติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน

2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ โดยผู้วิจัยและกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ โดยผู้วิจัยและกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากกลุ่มเครือข่ายไม่สามารถออกติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ เนื่องจากพื้นที่บ้านหนองคู ได้รับการดูแลรักษาจากอุทกภัยครั้งใหญ่จากพายุน้ำท่วมบ้านเรือน ไร่นาน้ำท่วมเป็นเวลานาน 3 สัปดาห์ ระดับน้ำจึงเข้าสู่ภาวะปกติ กลุ่มเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมบ้านอีกครั้ง ผู้ป่วยจิตเภททุกคนได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านจากเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน มีการลงชื่อกำกับการเยี่ยมบ้าน และการกินยาของญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตครบทุกครั้ง ผลการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้าน กำกับกำกับการทานยา ทำให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผลดีจากการทำกิจกรรมนี้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ จากพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ดูแลงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อำเภอเสนาณรงค์โดยตรง ทำให้ผู้รับการอบรมให้ความสนใจตั้งใจเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือด้วยเวลาการอบรมที่มีจำกัดประกอบกับเป็นช่วงทำนา ผู้เข้าอบรมไม่

คือ สังเกตผลการดำเนินงานโดยรวมข้อมูลการดำเนินงานจากกิจกรรมที่ 1-5 สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การร่วมกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายจำนวน 36 คน สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรม มีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอน กิจกรรมมีความคล่องตัว สนุกสนาน บรรยากาศการประชุมเป็นกันเองส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วม กล้าแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ ทุกคนร่วมรับฟัง แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหา สรุปประเด็นสำคัญได้ ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอตัวรับผิดชอบ ทั้งในกลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่ภาพรวม ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล โดยญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลงชื่อกำกับ การทานยา และการเยี่ยมบ้าน การดำเนินงานทุกกิจกรรมสำเร็จได้ จากการใช้สัมพันธภาพที่ดีของผู้วิจัย การชี้แจงขั้นตอนการวิจัย สิทธิผู้ร่วมวิจัย ทำให้ผู้ร่วมวิจัยให้ความร่วมมือทุกกิจกรรม จากใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิด เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ทำให้เกิดการร่วมคิดสะท้อนปัญหา เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือผู้วิจัยต้องเป็นที่ปรึกษา คอยกระตุ้นและควบคุมผู้ร่วมวิจัยดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จ ตามแผนปฏิบัติการทั้ง 7 กิจกรรม บางกิจกรรมต้องปรับตามสถานการณ์จริง ได้แก่โครงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งตรงกับช่วงน้ำท่วม ต้องรอให้ระดับน้ำลดลงเข้าสู่สภาวะปกติ จึงสามารถดำเนินการตามโครงการได้

สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย เริ่มต้นจากกิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแนวคิด (Technology of participation

ขั้นสังเกต (Observation)

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการสังเกตผลการดำเนินงาน มีวัตถุประสงค์/เป้าหมายเพื่อติดตามผลการดำเนินงานทุกกิจกรรม มีวิธีการดำเนินงาน

: TOP) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอะไรต่อไป) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมแสดงความคิดเห็น มีการสะท้อนปัญหา เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เกิดความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของแผน เสนอตัวเข้ามาแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง จนได้ 2 โครงการ คือ โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แล้วนำแผนไปสู่การปฏิบัติในกิจกรรมที่ 5 บทเรียน/การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยต้องเป็นที่ปรึกษาคอยกระตุ้น และกำกับให้เป็นไปตามแผนการดำเนินการ ควรให้กำลังใจชื่นชมผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

1. หลังให้กิจกรรม ทดสอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ผลการทดสอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลจากการศึกษาด้านทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (SD=0.46) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD=0.46) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

ผลจากการศึกษาด้านความรู้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.67 (SD=1.07) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.58 (SD=2.02) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เพิ่มขึ้น

ผลจากการศึกษาด้านทัศนคติกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน พบว่า ระดับทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (SD=0.21) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (SD=0.21) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มเครือข่ายในชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

ผลจากการศึกษาด้านการมีส่วนร่วมกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 (SD=0.08) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 (SD=0.40) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มเครือข่าย

สุขภาพจิตในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดจากผู้ร่วมวิจัยสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนจนครบตามกระบวนการ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ และกระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) ซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าว ผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นจนครบกระบวนการทั้งหมด จึงเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เสนอตัวรับผิดชอบตามหน้าที่ที่แต่งตั้งขึ้น และทำให้เกิดการเรียนรู้ขั้นสูงสุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 มีผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2559-2561 จำนวน 2, 3 และ 5 คน ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 12 คน สาเหตุของการเกิดอาการกำเริบซ้ำในชุมชน ซึ่งได้จากกาสอบถามและสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยที่สำคัญ ด้านตัวผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทานยาหรือการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ด้านผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คิดว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ควรอยู่ในชุมชน ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีอาการกำเริบค่อยประสานและรอการส่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโอกาส

เกิดอาการกำเริบซ้ำขึ้น จนต้องส่งกลับไปรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวภา ไตรพรพฤษชาติ⁸ ศึกษาเกี่ยวกับผลการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่ตึกเฟื่องฟ้า ด้วยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทแบบรายบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า หลังการบำบัดและในระยะติดตามผล ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรับประทายามากขึ้น มีความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะรับประทายาจิตเวชมากขึ้น และมีพฤติกรรมมารับประทายาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องในระดับสูง และมีอาการทางจิตลดลง ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจกับการบำบัดในระดับมาก สอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชัย³ กล่าวว่า การรักษาด้วยยาถือว่าเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากจะควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบหรือป่วยซ้ำของโรคได้ โดยผู้ป่วย สามารถกลับมากำเริบหรือป่วยซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่เนื่องมาจากปัญหาการขาดยาสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต⁹ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำและอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทายสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และ

สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทรีภรณ์ ทองไสย¹⁰ ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทย อย่างยั่งยืน เนื่องจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังกลับเข้าสู่ชุมชน บุคลากรทางสุขภาพจิตและ ครอบครัวยังคงมีข้อจำกัดในการดูแลหลายด้าน จำเป็นต้องมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยในบริบทของ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องภายใต้ การวางแผนการดำเนินงานโดย ทีมสหสาขา วิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล มาสู่สังคมเดิมของผู้ป่วย โดยผู้ให้การดูแลต้อง ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เป็น การลดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น เพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทของสังคมไทย เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพ ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล นั่นคือ การ ส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการให้การดูแล ผู้ป่วย เกิดเป็น พฤติกรรมกลุ่มเครือข่ายของ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่ รู้สึกถึงการเป็นภาระในการดูแล แต่กลับรู้สึกถึง ความมั่นคงและปลอดภัย ญาติได้รับคำปรึกษา และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ภายหลังจากการ รับผู้ป่วยกลับมารักษาที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ไม่รู้สึก เป็นภาระของครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น ภายใต้บริบทการดูแลของสังคมไทย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน บ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ จากการดำเนินงานตาม วงรอบ PAOR กิจกรรมประชุมวางแผนและจัดทำ แผน และกิจกรรมนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยการ

จัดประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้ เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วิธีการ ถกปัญหา (ORID) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (WORK SHOP Method) และวิธีการวางแผน ปฏิบัติการ (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วม วิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตาม ผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) จน ได้แผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน อาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแล ผู้ป่วย และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน โดยกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วน ร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมี ส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นจนครบ กระบวนการทั้งหมด จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ชั้น สูงสุด ตามแนวคิดเกี่ยวกับกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ของเอ็ดการ์ เดลีย์¹¹ ซึ่ง สอดคล้องกับแนวทางและขั้นตอนการสร้างการมี ส่วนร่วมของชุมชนที่ ก.พ.ร. ได้เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การ ร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วม ตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วม ตรวจสอบและประเมินผล เทคโนโลยีเพื่อการมี ส่วนร่วม (Technology Of Participatory: TOP) เป็นเทคนิคหนึ่งที่สถาบันพระปกเกล้า ได้ทำการ พัฒนาขึ้นและแนะนำให้ใช้ในการสร้างเสริม กระบวนการกลุ่ม ที่ผ่านการทดสอบและปรับปรุง ให้ดีขึ้นจากวิธีการเดิม ๆ มีผู้นำมาใช้ในการสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน จนประสบผลสำเร็จ มาแล้วหลายพื้นที่ เนื่องจากเป็นเทคนิคที่มีวิธีการ

หรือขั้นตอนในการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึก มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นใน มุมมองที่หลากหลาย ได้อย่างอิสระ โดยไม่เป็นการเผชิญหน้ากัน ทำให้เกิดปัญญารู้แจ้งโดยองค์ รวมของชุมชนอย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้มติ หรือข้อสรุป เกี่ยวกับการกระทำที่ชัดเจน ซึ่งผ่านการตีความ กระบวนการไตร่ตรอง และการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งน่าจะมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ของ ปานชีวา ณ หนองคาย¹² ที่ทำการศึกษา พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด อุดรธานี โดยใช้กระบวนการตามเทคโนโลยีเพื่อ การมีส่วนร่วม (TOP) ได้แก่ การถกปัญหา การ ประชุมเชิงปฏิบัติการ และการจัดทำแผนปฏิบัติ ผลการ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมใน กระบวนการระดมสมอง และมีความคิดริเริ่ม เพื่อ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างแท้จริง ก่อให้เกิด แนวทางและร่วมการดำเนินงานตามที่กำหนด รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และมี ส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในทาง ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศักรินทร์ ทอง ภูธร¹³ ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ของ สถาบันพระปกเกล้า มาใช้ในการศึกษาร่วมกับ กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ผล จากการวิจัยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนามาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ ประโยชน์ในการตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบายหรือ

แนวทางในการดำเนินการพัฒนาศูนย์สุขภาพ ชุมชน ที่เป็นต้นแบบของการบริการด้านสุขภาพที่ ได้มาตรฐานแก่ประชาชน สามารถนำไปใช้กับ พื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้ง เป็นการ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนกับศูนย์ สุขภาพชุมชน อันจะนำไปสู่การจัดการความรู้เพื่อ การพัฒนาการบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่มี มาตรฐานอย่างยั่งยืนร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนทำให้ การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอบขอบคุณค่า และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยในครั้งนี้แก่ ทุกท่านที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของผู้วิจัยในครั้ง นี้

เอกสารอ้างอิง

1. วัฒนะ แก้วมะไฟ. การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วย รับประทานยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ใน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. การศึกษาอิสระปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
2. นาถนภา วงษ์ศีล. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนก กลุ่มผู้ป่วยและไม่ป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
3. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์; 2548.

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
5. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี; 2561.
6. วิรัตน์ ปานศิลา และคณะ. (2551). รูปแบบการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการบริโภคอาหารของชาวอีสาน. มหาวิทยาลัยสารคาม, 2551.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักงาน, 2550.
6. เยาวภา ไตรพลุกษชาติ. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554
7. อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล, 2556: 40(1),67-83.
8. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล, 2558: 42(3), 159-165.
9. Dale, Edgar. Audio-Visual Methods in Teaching. 3 Ed. New York: The Dryden Press Holt, Rineheart and Winston. Inc; 1996.
10. ปานชีวา ณ หนองคาย. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี. หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
11. ศักรินทร์ ทองภูธรณ์. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.