

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

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

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุขสำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

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

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี	รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ
นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ
นพ.ชูชัย ศรชำนิ	ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา อุดมยานนท์	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศาสตราจารย์ ดร.สฤทธกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติปัญญาชัย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีจรัสกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล	มหาวิทยาลัยชินวัตร
รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยบูรพา
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายประพัทธ์ ธรรมวงศา	ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
นายธาดา วรวิชัยกุล	ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย
นายมงคล เงินแจ้	นายกสมาคมหมออนามัย
นายปิ่น นันทะเสน	นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวน	มหาวิทยาลัยทักษิณ
นายปริญญา ระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

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

กองบรรณาธิการวิชาการ

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

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นายสมบัติ ชัดโพธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
นายขจร อินธิเสน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่านวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) ซึ่งจัดอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ก็ยังคงดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่ตามกำหนด ซึ่งวารสารปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2564) นี้ ได้ตีพิมพ์ บทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขที่หลากหลาย อาทิเช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเตียง ระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นจึงขอเชิญทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขได้ โดยส่งเข้ามาได้ที่ Thai Journals Online (ThaiJO)

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา พบกันฉบับหน้า ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิชาการ		Review article
● ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับหลักสูตร เพศศึกษาครบด้าน นิตยา เพ็ญศิริินภา	1	■ Teenage Pregnancy Problems and Comprehensive Sexuality Education Nittaya Pensirinapa
บทความวิจัย		Research articles
● เปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณา การและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ อำเภอ หาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา นวพร ดำแสงสวัสดิ์ พนัสยา วรรณวิไล อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง มาลี คำคง	17	■ Comparison of an Integrated People-Centered Health Services for Patients with Diabetes and Hypertension as Perceived by health care Providers, Hatyai and Nathawee District, Songkhla Province Nawaporn Damsangsawat, Panassaya Wanwilai, Apisit Chuakompeng, Malee Khamkong
● การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอ บุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี นวพร ทุมแถว วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์	32	■ The Development of Health Care for Patient Diabetes Types 2 in the Area Responsibility of Health Khon Paen Health Promoting Buntharik District Ubonratchthani Province Nawaporn Thumthaew, Vorapoj Promasatayaprot, Phadoongsit Chumnanborirak

Vol. 7 No. 3, July – September 2021

สารบัญ	หน้า Page	Contents
กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ พุฒิธร มาลาทอง เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ สมศักดิ์ ศรีภักดี	73	■ Process of Developing Standards for Expanded Program on Immunization in Primary Health Care Stage of The Contracting Unit of Primary Health Care in Chamni District, Buriram Province Puttition Malatong, Terdak Promarak, Somsak Sripugdee
รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอลำสนธิ จังหวัดเลย ธนະสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์ สงครามชัย ลีทองดีสกุล กฤษณ์ ขุนลี้	86	■ The Quality Management Model of Primary Care Custer by Community Participation Mechanism for Primary Care Custer Standard Non Sawang Health Promoting Hospital Si Songkhram Sub-District, Wang Saphung District, Loei Province. Thanasit Rungsirarattaphong, Songkramchai Leethongdeesakul, Kris Khunluek
การศึกษาสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราษฎร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี อำพล บุญเพียร ปฐมา จันทพล อริศรา ธนานุศักดิ์ ณัฏฐา เชิดชูธีรกุล ปัทมา ทองธรรมชาติ	101	■ A Study of Situation and Health Needs of People in the Area of Ratiyom Sub-district Health Promoting Hospital, Sai Noi District, Nonthaburi Province Aumpol Bunpean, Patama Chantarapon, Arisara Tananusak, Natta Choedchutirakul, Patama Thongtommachat

สารบัญ	หน้า Page	Contents
● สถานการณ์และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย: มุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จังหวัดเลย ประเทศไทย กายสิทธิ์ แก้วยาศรี บุญมา สุนทราวิรัตน์ นิตยาภรณ์ โคตรแก้ว	112	■ Situation and Guideline for Suicide Prevention: Stakeholder Perspectives Loei Province, Thailand Kayasir Kaewyasri, Boonma Soontaraviratana, Nittayaporn Kotkeaw
● ศึกษาประสิทธิผลการนวดหน้าเพื่อลดริ้วรอยบนใบหน้าของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา นุรีย์ยะ ลำตะเกะ	127	■ The Study of the Effectiveness of Anti-Wrinkle Facial Massage among People in Yala City Municipality Nuriya Latekeh
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี สมโภช บุญวัน	139	■ Factors Correlated with Happiness in Work of Health Personnel of Kanchanaburi Province Somphote Boonwan

Received: 4 May 2021, Revised: 14 Jun 2021

Accepted: 16 Jun 2021

บทความวิชาการ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กับหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน

นิตยา เพ็ญศิริินา^{1,*}

บทคัดย่อ

วัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของชีวิตในหลาย ๆ ด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีความอยากรู้อยากลอง มีพัฒนาการทางเพศ ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัววัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สังคม และ เศรษฐกิจในภาพรวม ประเทศไทยได้มีการออกกฎหมายและแผนยุทธศาสตร์สำหรับการป้องกันและ การแก้ปัญหาในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ที่ต้องอาศัยการบูรณาการและความร่วมมือในการดำเนินงาน ของทุกฝ่าย การพัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ ให้แก่เด็กและเยาวชนนับเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญ เพศศึกษารอบด้าน เป็นหลักสูตรที่เน้น กระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ ที่ช่วยให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ทักษะ ทศนคติ และค่านิยม เพื่อนำไปสู่การเสริมพลังในการเลือกที่จะกระทำในเรื่องเกี่ยวกับการ สร้างความสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ และการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยมีความรับผิดชอบในสิ่งที่ตน เลือก หลักสูตรเพศศึกษารอบด้านเน้นความสอดคล้องกับอายุและพัฒนาการของผู้เรียน วัฒนธรรม และบริบทของแต่ละพื้นที่ สิทธิของบุคคล พัฒนาทักษะที่จำเป็นและเสริมพลัง ให้ผู้เรียนเป็น ศูนย์กลาง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ อันจะเป็นประโยชน์ในการ ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่นต่อไป บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอข้อมูลปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กฎหมายใน การป้องกันและการแก้ไขปัญหาในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น แนวคิดเกี่ยวกับเพศศึกษารอบด้าน และ การประยุกต์หลักสูตรเพศศึกษารอบด้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

คำสำคัญ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพศศึกษา ทักษะชีวิต หลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน

¹สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Corresponding author: pensirinapa@gmail.com

*Review Article***Teenage Pregnancy Problems and Comprehensive Sexuality
Education**Nittaya Pensirinapa^{1,*}**Abstract**

Teenage is a dramatic turning point in life; facing physical, mental, emotional and social changes. Curiosity and maturity of adolescents' reproductive system lead to their sex drive, sexual behavior and pregnant. These problems affect to teenagers, families, communities, and a whole economic. Thailand has passed legislation and formulated a national strategic plan for the prevention and solution of teenage pregnancy, these operations requires integration and cooperation of all stakeholders. One of those key strategies is developing an educational system that promotes quality sex education and life skills for children and young people. Comprehensive sexuality education is a curriculum focusing on various aspect of sexuality, helping young people to gain knowledge, skills, attitude and values, in order to empower them to make responsible choices concerning relationships sexuality and reproductive health. The program's key considerations are age-, developmentally, culturally relevant and context-appropriate curriculum, right-based, develop life skills needed and empowerment, and learner-centered. It could be applied in accordance with the context of each area that will be useful in promoting quality sex education and life skills to prevent and solve teenage pregnancy problems. This article is intended to present the problem of teenage pregnancy, law for prevention and solution of teenage pregnancy, concept of comprehensive sexuality education, and the program application for preventing teenage pregnancy.

Keywords: Teenage pregnancy, Sex education, Life skills, Comprehensive sexuality education

¹ School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*Corresponding author: pensirinapa@gmail.com

บทนำ

วัยรุ่น เป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีความอยากรู้อยากลอง มีพัฒนาการทางเพศ มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดแรงขับทางเพศ (Sex Drive) จึงก่อให้เกิดความต้องการทางเพศ และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็วเข้าถึงง่าย ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็ละเลยการป้องกันปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ นำมาสู่ปัญหาการทำแท้ง การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และปัญหาอื่น ๆ ตามมา¹ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราการมีบุตรของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ในภาพรวมทั้งประเทศเป็น 23 ต่อ 1,000 โดยในภาคเหนือ พบอัตราสูงสุดถึง 42 รองลงมา คือ ภาคใต้ 35 และภาคกลาง 21 ต่อ 1,000² การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ปัญหาการทำแท้ง การต้องพักการเรียน ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการทำแท้งประเทศไทย พ.ศ.2562 ของสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในจำนวนสตรีที่มาทำแท้ง อายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 1.4 และอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 36.3 โดยเหตุผลของการทำแท้ง เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 27.7 และการตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ร้อยละ 21.5³

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยเป็นปัญหาที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจในภาพรวม เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงาน มีความเชื่อมโยงสอดคล้องสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างมีประสิทธิภาพ⁴ ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติสำหรับการป้องกันและการแก้ปัญหาในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ปีงบประมาณ 2558-2567 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ได้แก่ พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม เป้าประสงค์ที่ 1 คือ วัยรุ่นได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะ⁵ การที่จะบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว จำเป็นต้องมีการจัดหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านที่ครอบคลุมการเรียนรู้ด้านเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และทักษะชีวิตที่จำเป็น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 แนวคิดเกี่ยวกับเพศศึกษารอบด้าน และการประยุกต์หลักสูตรเพศศึกษารอบด้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งจะเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

1. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ในเรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะกล่าวถึงความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และผลกระทบของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในมิติต่าง ๆ

1.1 ความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage Pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ของผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี บริบูรณ์ เมื่อนับถึงกำหนดวันคลอด⁴ ทั้งนี้ ตามมาตรา 1 ของพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้ “วัยรุ่น” หมายความว่า “บุคคลอายุ เกินสิบปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปีบริบูรณ์”⁴ โดยทั่วไปช่วงอายุของหญิงที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ขึ้นอยู่กับการมีประจำเดือนครั้งแรกของผู้หญิงในแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน ในประเทศไทยเฉลี่ยแล้ว เป็นการตั้งครรภ์ของผู้หญิงตั้งแต่อายุ 14 ปี ถึง 19 ปี⁶

1.2 สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย ปัจจุบันกรมอนามัยใช้ข้อมูล 3 ตัวชี้วัดสำคัญ คือ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี

โดยข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (ฐานทะเบียนราษฎร) พ.ศ. 2559-2562 พบว่า อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน เท่ากับ 1.4, 1.3, 1.2 และ 1.1 ตามลำดับ ส่วนอัตราการคลอด

ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน เท่ากับ 41.5, 30.5, 35.0, และ 30.2 ตามลำดับ ในขณะที่ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ต่อ 1,000 คน เท่ากับ 18, 17, 15 และ 14 ตามลำดับ⁷ ซึ่งข้อมูลในภาพรวมมีแนวโน้มลดลงทั้ง 3 ตัวชี้วัด แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลสาเหตุของการตั้งครรภ์ ในปี 2561-2562 กลับพบว่า แม่วัยรุ่นที่คลอดเหล่านี้ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 27.1 สำหรับแม่วัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และมีการคุมกำเนิด แต่มีปัญหาการคุมกำเนิดล้มเหลว เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.5 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 33.5 ในปี พ.ศ. 2562 สะท้อนถึงการขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา และขาดทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำมาสู่ผลกระทบตามมา เช่น อาชีพก่อนตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ส่วนใหญ่ร้อยละ 39.5 เป็นนักเรียน/นักศึกษาในระบบโรงเรียน และร้อยละ 25.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ วัยรุ่นที่กำลังเรียนอยู่ตั้งครรภ์ ทำให้ต้องหยุดเรียน/ลาออก ร้อยละ 44 มีเพียงร้อยละ 25 ที่ยังได้เรียนในสถานศึกษาเดิม แต่ร้อยละ 50.1 ต้องออกจากระบบการศึกษามาอยู่บ้านเลี้ยงลูก และมีเพียงร้อยละ 23.0 ที่ได้กลับไปเรียนที่เดิม จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการมาตรการต่างๆ ทั้งการจัดหลักสูตรเพศศึกษาให้แก่วัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม เพื่อรักษาโอกาสทางการศึกษาของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์⁸

1.3 ปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีทั้งปัจจัยด้านตัววัยรุ่น ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านโรงเรียนและปัจจัยด้านสังคม

1.3.1 ปัจจัยด้านตัววัยรุ่น ปัจจัยหลักด้านตัววัยรุ่นที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและฮอร์โมนเพศที่เพิ่มขึ้น การปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการขาดความรู้และการได้รับข้อมูลผิด ๆ เกี่ยวกับเพศ อนาถาการเจริญพันธุ์ และวิธีการคุมกำเนิด การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการคุมกำเนิด การขาดความเข้าใจและไม่มีการสื่อสารเรื่องเพศ การติเตียนทางวัฒนธรรม เหล่านี้มีผลต่อการคุมกำเนิดและเพศวิถีของวัยรุ่น⁹ โดยเพศวิถี (sexuality) ของวัยรุ่นไทยมีความเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพื่อนหรือแฟน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและการอยู่ก่อนแต่งมีแนวโน้มจะเป็นบรรทัดฐานของหนุ่มสาวในวัยเรียนหนังสือ¹⁰

1.3.2 ปัจจัยด้านครอบครัว โครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมีปู่ย่าตายายช่วยอบรมเลี้ยงดู มาเป็นครอบครัวเดี่ยวที่พ่อแม่ต้องออกทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาอบรมสั่งสอนลูก รวมทั้งเมื่อวัยรุ่นมีปัญหาไม่สามารถปรึกษาพ่อแม่ได้ จึงหันไปหาความรู้จากสื่อ หรือเพื่อนที่อาจด้อยประสิทธิภาพ ประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัยอยากรู้อยากลองตามพัฒนาการของวัย การเรียนรู้จากสื่อที่เป็นสื่อสารทางเดียว อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ค่านิยมของครอบครัวที่ต้องการให้บุตรหลานเรียนในโรงเรียนที่มีชื่อเสียง ซึ่งอาจอยู่ไกล

บ้าน ทำให้เด็กวัยรุ่นมีโอกาสอยู่กันตามลำพังกับเพื่อนและมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายขึ้น⁷

1.3.3 ปัจจัยด้านโรงเรียน การที่เด็กวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษาไม่ได้รับการเอาใจใส่ใกล้ชิดจากครูในการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยง ให้คำปรึกษาแนะนำแก่นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง¹¹ ขาดครูที่มีทักษะในการสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านที่เน้นการมีส่วนร่วมและพัฒนาทักษะของผู้เรียน ผลการศึกษาพบว่าสถานศึกษาไทยแทบทุกแห่งมีการสอนเพศศึกษาที่ยังไม่รอบด้าน โดยมักเน้นย้ำเพียงหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับสรีระ พัฒนาการทางเพศ การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ ยังพบว่าครูคนหนึ่งหนึ่งไม่ได้รับการอบรมในการสอนเพศศึกษา¹² ครูและนักเรียนต้องการให้ครูที่มีความรู้เรื่องเพศศึกษาเป็นผู้สอนอันดับแรก รองลงมา คือ ให้เชิญวิทยากรพิเศษที่เชี่ยวชาญด้านเพศศึกษามาสอน¹³ รวมถึงปัญหาการได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ขาดการประสานงานและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตร ขาดระบบการติดตามและประเมินผลทั้งด้านครูและนักเรียน หากนำเพศศึกษารอบด้านไปบูรณาการกับวิชาอื่นในหลักสูตร มักจะถูกให้ความสำคัญน้อย¹⁴

1.3.4 ปัจจัยทางด้านสังคม คนในสังคมรวมทั้งพ่อแม่มีทัศนคติว่าการพูดเรื่องเพศเป็นเรื่องสกปรกที่อาย ทำให้วัยรุ่นแสวงหาข้อมูลเรื่องเพศจากสื่อ การมีค่านิยมในเรื่องการอยู่ด้วยกันก่อนสมรสมีมากขึ้น การรักนวลสงวนตัวมีน้อยลง⁶ การเลียนแบบวัฒนธรรมตะวันตก รวมทั้งสังคมแบบวัตถุนิยมที่ทำให้วัยรุ่นต้องการซื้อวัตถุตามแฟชั่นที่มีราคาแพง เช่น โทรศัพท์มือถือ สินค้า

แบรนด์เนม ทำให้วัยรุ่นบางรายอาจยอมแลกการมีเพศสัมพันธ์ด้วยเพื่อให้ได้เงินมาใช้จ่ายซื้อในสิ่งที่ต้องการเพื่อสร้างการยอมรับจากเพื่อนๆ และคนในสังคม ปัญหาการเข้าถึงสื่อข้อมูลทางเพศได้ง่าย โดยพบว่า การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่สำคัญของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น¹⁵

1.4 ผลกระทบของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในมิติต่าง ๆ วัยรุ่นเป็นวัยสดใส มีหน้าที่เรียนหนังสือ แต่ถ้าหากวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนมาก่อน จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัววัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจในภาพรวมดังนี้^{6,16,17}

1.4.1 ผลกระทบต่อตัวสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เช่น มีภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด การคลอดยาก การตกเลือดหลังคลอด ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่จะเกิดอารมณ์แปรปรวนง่าย มีความกลัว ความอาย บางครั้งหาทางออกด้วยการไปทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังมีผลกระทบต่อการศึกษา ต้องหยุดเรียนหรือลาออก ทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา กระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่อไปในอนาคต

1.4.2 ผลกระทบต่อตัวทารกที่เกิดมา เด็กทารกที่คลอดจากแม่วัยรุ่นมีโอกาสน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด อาจเกิดภาวะตายปริกำเนิด และตายคลอดได้ รวมทั้งเมื่อคลอดออกมามักไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่ดี เพราะมารดาวัยรุ่นไม่สามารถ

ปรับตัวกับบทบาทความเป็นแม่ได้ ทำให้กลายเป็นเด็กที่มีปัญหาต่อไปในอนาคต

1.4.3 ผลกระทบต่อครอบครัว การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่มีความพร้อมโดยเฉพาะที่อยู่ในวัยเรียน จะทำให้ครอบครัววัยรุ่นรู้สึกอับอาย ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ บางรายอาจส่งเสริมให้ไปทำแท้ง หรือส่งไปอยู่กับญาติระหว่างรอคลอด และเป็นภาระกับครอบครัวที่ต้องดูแลทั้งแม่วัยรุ่นและทารกที่เกิดมา เนื่องจากแม่วัยรุ่นยังไม่สามารถพึ่งตนเองได้

1.4.4 ผลกระทบต่อสังคม การเปลี่ยนบทบาทจากวัยรุ่นมาเป็นแม่วัยใส ล้วนทำให้ “โอกาส” ของตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว และสังคมสูญเสียไป ไม่สามารถประเมินมูลค่าผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นต่อวิถีการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิต สุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจได้ ผลกระทบทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ต้นทุนค่าเสียโอกาสที่แม่วัยรุ่นและพ่อจะมีความสามารถในการจ่ายภาษีอากรให้กับประเทศชาติลดลงตลอดช่วงชีวิตของคนทั้งสอง รวมทั้งต้นทุนที่รัฐต้องจัดสวัสดิการทางสังคมให้กับแม่วัยรุ่นและผลกระทบที่เกิดกับเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น

สรุปแล้วการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีทั้งปัจจัยด้านตัววัยรุ่น ด้านครอบครัว ด้านโรงเรียนและด้านสังคม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบทั้งกับตัววัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ตัวทารกที่เกิดมา ครอบครัวของวัยรุ่น และสังคมโดยรวม

2. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศ
ไทยส่งผลกระทบในทุกระดับ และปัญหาดังกล่าว
มีความซับซ้อน ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่
ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงจำเป็นต้อง
สร้างกลไกในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์
และการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานของ
เอกชนและประชาสังคม จึงได้มีการตรา
พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดการบูรณา
การทำงานให้มีความเชื่อมโยงสอดคล้อง
สนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างมีประสิทธิภาพ
สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ คือ การกำหนดให้
มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมี
นายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ มีอำนาจ
หน้าที่เสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้ง
แนวทางแก้ไขปรับปรุงกฎหมายและมาตรการ
เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่นต่อคณะรัฐมนตรี^{4,17}

พระราชบัญญัตินี้ กำหนดไว้ในมาตรา 5 ว่า
“วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับ
ข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัย
การเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความ
เป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคม อย่าง
เสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่น
ใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ ตามพระราชบัญญัตินี้
อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเพียงพอ” และกำหนด
บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่สำคัญคือ
“สถานศึกษา” ให้ดำเนินการป้องกันและแก้ไข

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้วยการ 1) จัดให้มี
การเรียนการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาให้เหมาะสม
กับช่วงวัยของนักเรียนหรือนักศึกษา 2) จัดหาและ
พัฒนาผู้สอนให้สามารถสอนเพศวิถีศึกษาและให้
คำปรึกษา 3) จัดให้มีระบบการดูแล ช่วยเหลือ
และคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครรภ์ให้
ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและ
ต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับ
บริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการ
สังคมอย่างเหมาะสม ส่วน “สถานบริการสุขภาพ”
ให้ดำเนินการ 1) ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้
เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นวัยรุ่นอย่างถูกต้อง
ครบถ้วน และเพียงพอ 2) จัดให้มีบริการให้
คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้
มาตรฐานและสอดคล้องกับสิทธิตามมาตรา 5
รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับการจัด
สวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม “สถานประกอบ
กิจการ” ที่มีลูกจ้างวัยรุ่น ดำเนินการป้องกันและ
แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยให้ข้อมูล
ข่าวสารและความรู้ จัดหรือสนับสนุนให้ลูกจ้างซึ่ง
เป็นวัยรุ่นเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและบริการ
อนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่ง
ต่อให้ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม
และ “ราชการส่วนท้องถิ่น” มีอำนาจหน้าที่
ดำเนินการให้วัยรุ่นในเขตราชการส่วนท้องถิ่น
ได้รับสิทธิตามมาตรา 5⁴

จะเห็นได้ว่าพระราชบัญญัติการป้องกัน
และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
กำหนดสิทธิของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับการได้รับ
ข้อมูลความรู้และบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการตาม

กฎหมาย ซึ่งจะช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างบูรณาการ

3. หลักสูตรเพศศึกษารอบด้านเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 โดยในแผนฯ ระยะ 3 ปี (ปีงบประมาณ 2562 - 2564) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ได้แก่ พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยมีเป้าประสงค์ที่ 1 วัยรุ่นได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต มีตัวชี้วัด คือ ร้อยละของสถานศึกษามีการจัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต (ในปี 2564 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) และ ร้อยละของครู/ผู้สอนเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สามารถให้คำปรึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ในปี 2564 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) โดยกำหนดมาตรการสำคัญ คือ 1) สนับสนุนให้มีการจัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในการศึกษาทุกระดับ 2) พัฒนาศักยภาพของครูผู้สอน/บุคลากรทางการศึกษา ในการสอนเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สามารถให้คำปรึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) พัฒนาคู่มือ สื่อการเรียนรู้ เพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต⁵

การจัดการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตตามแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสอดคล้องกับหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน ที่เผยแพร่โดยองค์การยูนิเซฟ¹⁸ ซึ่งคำว่าเพศรอบด้าน อาจเป็นคำที่ไม่คุ้นชิน ส่วนใหญ่นิยมใช้คำว่าเพศศึกษา ในที่นี้จะกล่าวถึงความหมายและที่มา รวมทั้งหลักการของหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน เพื่อเข้าใจถึงความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3.1 ความหมายและความเป็นมาของหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน เพศศึกษารอบด้าน (Comprehensive Sexuality Education) หมายถึง หลักสูตรที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ในมิติของความรู้ อารมณ์ความรู้สึก ร่างกายและสังคมที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยมีจุดประสงค์ที่จะช่วยให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ทักษะ ทศนคติ และค่านิยม ที่นำไปสู่การเสริมพลังให้เกิดความเข้าใจในสุขภาพ สุขภาวะและศักดิ์ศรีของตน มีความเคารพต่อเรื่องความสัมพันธ์ทางสังคมและทางเพศ การพิจารณาถึงผลกระทบที่จะเกิดจากการตัดสินใจที่มีต่อตนเองและผู้อื่น มีความเข้าใจและมั่นใจในการปกป้องสิทธิของตนเองตลอดช่วงชีวิต¹⁸

ที่มาของเพศศึกษารอบด้าน สืบเนื่องจากประชากรวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี ของโลกมีสัดส่วนมากในทวีปเอเชียและทวีปแอฟริกา ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีอัตราเพิ่มมากขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก การดำเนินงานเพศศึกษารอบด้านให้เข้าถึงเด็ก ๆ จะช่วยให้เด็กและเยาวชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับร่างกายและวิถีเพศ (Sexuality) ของตนเอง ลดความเข้าใจที่ผิด ๆ และเพิ่มความสามารถในการทำให้ตนเองปลอดภัยและเข้าถึงข้อมูลทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเอง

ได้ การได้รับเพศศึกษารอบด้านช่วยลดปัญหาการตั้งครมในวัยรุ่น การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ความรุนแรงทางเพศ และการป่วยด้วยโรคทางเพศสัมพันธ์ ในขณะที่เดียวกันสามารถช่วยเพิ่มความเท่าเทียมกันของเพศสภาพ (Gender) และคุ้มครองสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่งผลให้วัยรุ่นเหล่านี้มีการเติบโตอย่างปลอดภัยสู่ผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพในด้านสำเร็จการศึกษา การประกอบอาชีพสร้างรายได้ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมโดยรวม อาจกล่าวได้ว่าการเข้าถึงเพศศึกษารอบด้านของเด็กและเยาวชนมีส่วนช่วยพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ¹⁹

หลักสูตรเพศศึกษารอบด้านได้ริเริ่มดำเนินการในรูปของโปรแกรมชื่อ “The World Starts With Me” ในประเทศยูกันดา ในปี ค.ศ. 2003 โดยใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ต่อมาในปี ค.ศ. 2005 ประเทศเคนยา นำโปรแกรมไปดำเนินการโดยปรับโปรแกรมให้เข้ากับสภาพสังคมและวัฒนธรรม ในปี ค.ศ. 2007 โปรแกรมได้ถูกปรับให้สอดคล้องกับบริบทแต่ละพื้นที่และนำไปทดลองใช้ในประเทศอินโดนีเซีย อินโดนีเซีย-ปาปัว ไทย เวียดนาม ปากีสถานและเอธิโอเปีย หลังจากนั้นมีการนำไปปรับและใช้ในประเทศอื่นๆ อีกหลายแห่งที่เป็นประเทศกำลังพัฒนา และในปี ค.ศ. 2010 องค์การยูเนสโก ได้ให้การยอมรับและกำหนดให้โปรแกรกดังกล่าวเป็นโปรแกรมเพศศึกษารอบด้านต้นแบบที่ใช้เป็นแนวทางดำเนินงานเพศศึกษานานาชาติ¹⁹

สำหรับประเทศไทย สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมาย เพศศึกษารอบด้านว่า เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับพัฒนาการทางสรีรวิทยา

และอารมณ์ของวัยรุ่น การส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกาย การเรียนรู้เรื่องเพศ ความแตกต่างระหว่างเพศ ทักษะการตัดสินใจและต่อรองเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง การดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นและความหลากหลายทางเพศ²⁰

3.2 หลักการของหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน หลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน มีหลักการดังนี้²¹

3.2.1 ใช้กระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง โดยสามารถเริ่มเรียนรู้ตั้งแต่อายุน้อย ๆ และเพิ่มเติมข้อมูลใหม่เชื่อมต่อจากสิ่งที่เรียนรู้เดิมในวัยต่อมา

3.2.2 มีความเหมาะสมกับอายุและพัฒนาการของผู้เรียน รวมทั้งวัฒนธรรมและบริบทของพื้นที่ โดยเนื้อหาต้องสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการและศักยภาพในการเรียนรู้ของเยาวชนในแต่ละช่วงวัย และคำนึงถึงวัฒนธรรมและบริบทของพื้นที่

3.2.3 มีลักษณะเป็นหลักสูตร ที่มีเอกสารหลักสูตรใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้สอน มีวัตถุประสงค์ แนวคิด และประเด็นสำคัญที่ต้องเรียนรู้ โดยมีโครงสร้างหลักสูตรชัดเจน สามารถจัดการเรียนรู้ได้ทั้งในและนอกสถานศึกษา

3.2.4 มีการเรียนรู้รอบด้านและสามารถพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อสุขภาพที่ดี การเรียนรู้ครอบคลุมประเด็นเรื่องเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์ พัฒนาการในวัยรุ่น การคุมกำเนิด การตั้งครม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง การเสริมพลัง

ผู้เรียนให้มีทักษะในการวิเคราะห์ การสื่อสาร และทักษะอื่น ๆ ที่ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2.5 **เน้นสิทธิของบุคคล** หลักสูตรมุ่งสร้างและส่งเสริมความเข้าใจเรื่องสิทธิของมนุษย์ชน รวมถึงสิทธิของเด็กและเยาวชนที่มีต่อสุขภาพ การได้รับการศึกษา การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างเท่าเทียมกัน ส่งเสริมให้เด็กตระหนักในสิทธิของตน

3.2.6 **เน้นความเท่าเทียมกันของเพศสภาพ** การย้ำเรื่องความเท่าเทียมกันของเพศสภาพ (gender) ในเด็กและเยาวชน การสร้างการยอมรับนับถือ และความเท่าเทียมกันของเพศที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และปัญหาการใช้ความรุนแรงทางเพศ

3.2.7 **เน้นการสร้างความปลอดภัยในสังคม** หลักสูตรมุ่งผลักดันให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม เสริมพลังให้บุคคล ชุมชนมีทักษะในการคิดเชิงวิพากษ์และเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งในการสร้างค่านิยมและทัศนคติที่ดี และมีพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

3.2.8 **เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง** โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ กระตุ้นให้ผู้เรียนได้ฝึกการสะท้อนกลับความคิดจากสิ่งที่เรียนรู้ไปสู่สิ่งที่จะนำไปใช้ในชีวิตจริงของตน

3.3 **เนื้อหาของหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน** การถอดบทเรียนที่ได้จากการดำเนินโครงการเพศศึกษารอบด้านในทวีปเอเชียและแอฟริกา มีประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับเนื้อหาของหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน สรุปได้ดังนี้

เนื้อหาของหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน จะมีการเรียงลำดับให้เหมาะสมตามเหตุการณ์ในชีวิต 14-17 บทเรียน โดยแบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness) การตัดสินใจ (Decision-making) 2)เอกลักษณ์ของตนเองและพัฒนาการทางเพศ (Identity and sexual development) บทบาทของสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Role of social environment) เพศสภาพและสิทธิ (Gender and right) 3) เพศสัมพันธ์และความรัก (Sex and love) ปัญหาสุขภาพทางเพศ (Sexual health problems) และ 4) ทักษะชีวิต (Life skills) ในระหว่างการจัดโปรแกรมจะให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยอาจให้มีการทำการบ้านโดยให้เด็กและเยาวชนนำประเด็นไปพูดคุยกับผู้ปกครองและชุมชน ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีบทบาทในการขับเคลื่อนหรือผลักดันสังคมให้การสนับสนุนสุขภาพทางเพศและสิทธิของเยาวชนในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ทั้งนี้ เนื้อหาการเรียนรู้อาจเพิ่มเติมตามประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้เรียน เช่น โปรแกรมในประเทศไทยจะเพิ่มเรื่องความหลากหลายทางเพศ ส่วนอินโดนีเซียเพิ่มเรื่องการจัดการความเครียด เป็นต้น ในช่วงท้ายของโปรแกรมจะจบโดยการให้ผู้เรียนจัดนิทรรศการโดยเชิญชวนเพื่อนนักเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน เข้ามาร่วมชม มีการนำเสนอ คำขวัญ โปสเตอร์ บทบาทสมมติ และแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป โดยปกติโปรแกรมที่ออกแบบจะใช้ในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ซึ่งครูผู้สอนจะต้องได้รับการฝึกอบรมวิธีการเรียนการสอนในรูปแบบที่ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง อย่างไรก็ตามในการนำเพศศึกษารอบด้านไปใช้ในบางพื้นที่อาจมีการปรับโปรแกรมจาก

ต้นฉบับโดยตัดบางหัวข้อที่มองว่ามีความซ้ำซ้อนกัน¹⁹

สำหรับแนวทางดำเนินการหลักสูตรเพศศึกษานานาชาติที่เผยแพร่โดยยูเนสโก ทำการปรับเนื้อหาของโปรแกรมให้ครอบคลุมสุขภาวะและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 8 แนวคิดสำคัญ ได้แก่ 1) สัมพันธภาพ (ในครอบครัว เพื่อน ความรักและกามารมณ์ การให้เกียรติ ความมั่นคงในระยะยาวและการเป็นพ่อแม่) 2) ค่านิยม สิทธิ วัฒนธรรม สังคมและวิถีเพศ 3) เพศสภาพ (โครงสร้างและบรรทัดฐานทางสังคม ความเท่าเทียมกัน อคติที่เกี่ยวกับเพศสภาพ) 4) ความรุนแรงและการใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย (รวมถึงการใช้สื่ออย่างปลอดภัย) 5) ทักษะด้านสุขภาพ (ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ การตัดสินใจ การสื่อสารต่อรอง ปฏิเสธ การรู้เท่าทันสื่อ การแสวงหาการสนับสนุน/ช่วยเหลือ 6) ร่างกาย มนุษย์และพัฒนาการ 7) พฤติกรรมทางเพศ และ 8) อนามัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์²¹

4. การประยุกต์หลักสูตรเพศศึกษารอบด้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เนื่องจากการนำแนวทางการจัดหลักสูตรหรือโปรแกรมเพศศึกษารอบด้านไปใช้ในชื่อที่แตกต่างกันไปในประเทศต่างๆ บางครั้งใช้คำว่า เพศศึกษาอย่างเดียว โปรแกรมเพศศึกษาที่เน้นทักษะชีวิต เป็นต้น การทบทวนวรรณกรรมการดำเนินงานเพศศึกษารอบด้านในกลุ่มเด็กและเยาวชน พบข้อเสนอแนะว่าควรดำเนินการกับเด็กวัยรุ่นในช่วงมัธยมศึกษาก่อนอายุ 18 ปี ก่อนที่จะเข้าเรียนระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย

เนื่องจากการศึกษาที่พบว่าการศึกษาที่นักเรียนได้รับเพศศึกษาที่ให้ความรู้ทักษะการปฏิเสธ เป็นปัจจัยปกป้องการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นระดับวิทยาลัยได้²² การศึกษาเชิงทดลองกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในประเทศเกาหลี โดยใช้โปรแกรมเพศศึกษาที่เน้นทักษะชีวิต ที่ใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จัดกิจกรรมการเรียนรู้ 16 ครั้ง ๆ ละ 40 นาที ประเมินผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมนาน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมีความรู้ และทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³ การติดตามประเมินผลลัพธ์ของการเคยได้รับเพศศึกษารอบด้านในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประเทศเม็กซิโก พบว่านักเรียนที่เคยได้รับเพศศึกษาจะมีโอกาสการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 20²⁴ สำหรับความท้าทายที่ได้จากการวิเคราะห์การบริหารจัดการโปรแกรมเพศศึกษารอบด้านในประเทศกานา เคนยา เปรู และกัวเตมาลา ซึ่งเป็นประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและปานกลาง ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องร่วมกับใช้ข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบปัญหาที่คล้ายกันในทุกประเทศ คือการได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานในส่วนกลางและท้องถิ่น รวมถึงองค์กรสาธารณประโยชน์ และหน่วยงานพัฒนาอื่น ๆ ขาดระบบการติดตามและประเมินผลทั้งด้านครูและนักเรียน หากนำเพศศึกษารอบด้านไปบูรณาการกับวิชาอื่นในหลักสูตร มักจะถูกให้ความสำคัญน้อย การจัดหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านโดยไม่ได้ปรับให้สอดคล้องบริบทของแต่ละ

พื้นที่ ตลอดจนการขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตร¹⁴

สำหรับการใช้โปรแกรมเพศศึกษาในประเทศไทย การศึกษาที่ตีพิมพ์ส่วนใหญ่มีการประยุกต์โปรแกรมเพศศึกษารอบด้าน โดยมุ่งพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านเพศ พัฒนาทักษะชีวิต และมีการใช้ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์มาเป็นกรอบในการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ มีการใช้สื่อเสริมที่เป็นสื่อดิจิทัลเพื่อช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ และวัดตัวแปรจิตวิทยาตามทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ดังกล่าว งานตีพิมพ์หลายชิ้นเป็นงานวิทยานิพนธ์ที่ใช้วิธีการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างเช่น การศึกษาผลของโปรแกรมเพศศึกษา ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคมในการออกแบบกิจกรรม ทำกิจกรรม 12 สัปดาห์ มีการบรรยายความรู้ กิจกรรมอภิปรายกลุ่ม ฝึกทักษะ และกิจกรรมส่งข้อมูลข่าวสารผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และความตั้งใจในการปฏิบัติป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ²⁵ ผลการใช้โปรแกรมเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะด้านพฤติกรรม เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ มีกิจกรรมการบรรยาย สาธิตการสวมถุงยางอนามัยและฝึกปฏิบัติ ฝึก

ทักษะการเจรจาต่อรองและการปฏิเสธ การเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านกลุ่มไลน์ การเรียนรู้จากตัวแบบทางบวก พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และเจตคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ²⁶ ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การจูงใจ ทักษะเชิงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จัดกิจกรรม 8 ครั้งๆ ละ 50 นาที รวม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ ปรับทัศนคติและการรับรู้ ฝึกทักษะการตัดสินใจ การประเมินปัญหาและเลือกปฏิบัติอย่างเหมาะสม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติแรงจูงใจทางสังคม ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ²⁷ อีกหนึ่งการศึกษาใช้โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ออกแบบกิจกรรมที่ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และฝึกทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การตัดสินใจในการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย และใช้ยาคุมกำเนิด จัดครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 4 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ประเมินผลหลังทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่าหลังทดลองนักเรียนมีความรู้ ทักษะ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์สูงขึ้น²⁸

5. สรุปและข้อเสนอแนะ

ในฐานะที่ผู้เขียนเป็นอาจารย์สอนวิชาส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต และมีบทบาทในการสนับสนุนด้านวิชาการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำโครงการเพศศึกษาเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตระหนักในความสำคัญของการทบทวน วิเคราะห์ และเสนอแนะแนวทางการประยุกต์หลักสูตรเพศศึกษารอบด้านแก่ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานและสนับสนุนโครงการเพศศึกษารอบด้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งในและต่างประเทศ มีความหลากหลายทั้งชื่อโปรแกรม ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ 7 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน และการวัดผลลัพธ์ที่มีทั้งความรู้ ทักษะ การรับรู้ ทักษะ ความตั้งใจ และพฤติกรรม ส่วนเนื้อหาส่วนใหญ่จะให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการในวัยรุ่น ความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทักษะต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และการปฏิบัติตัว อาจมีบางประเด็นที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา วิธีการมีทั้งการบรรยาย และกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในรูปแบบการอภิปราย การฝึกปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายมีทั้งวัยรุ่นชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งนี้ความหลากหลายดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบทของผู้วิจัย กลุ่มเป้าหมายและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ข้อเสนอแนะของผู้เขียนสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่มีบทบาทหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เช่น ครูที่ต้องจัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทในการสนับสนุนการจัดหลักสูตรฯ และบริการที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องพิจารณาบริบทของพื้นที่ และให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน ผู้ปกครอง ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานพัฒนาเยาวชน องค์กรสาธารณสุข ประโยชน์ ฯลฯ เข้ามามีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและความต้องการ ร่วมออกแบบหลักสูตรหรือโปรแกรม ร่วมดำเนินการและสนับสนุนทรัพยากร รวมทั้งร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งนี้ควรคำนึงถึงหลักการของหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านที่เน้นความสอดคล้องกับอายุและพัฒนาการของผู้เรียน วัฒนธรรมและบริบทของแต่ละพื้นที่ เน้นสิทธิของบุคคล มุ่งพัฒนาทักษะที่จำเป็นและเสริมพลัง ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เนื้อหาควรรอบด้านใน 8 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) สัมพันธภาพ 2) ค่านิยม สิทธิ วัฒนธรรม สังคม และวิถีเพศ 3) เพศสภาพ 4) ความรุนแรงและการใช้ชีวิตร่วมอย่างปลอดภัย 5) ทักษะด้านสุขภาพ 6) ร่างกายมนุษย์และพัฒนาการ 7) พฤติกรรมทางเพศ และ 8) อนามัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการออกแบบกิจกรรมในหลักสูตรควรมีการนำแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาสนับสนุนการเลือกใช้กิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถอธิบายความเชื่อมโยงของโปรแกรมตามหลักสูตรกับ

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม มีการติดตามวัดและประเมินหลักสูตรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้อาสาสมัครสามารถสรุปผลของโปรแกรมในด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม ตลอดจนมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริงในการป้องกันการตั้งครรภ์และสร้างสุขภาวะของวัยรุ่นในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. บุญฤทธิ สุรัตน์, กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, ประกายดาพรหมประพัฒน์. “สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น”. ใน คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์ แก้วเจ้าจอม, 2557.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย, 2563.
3. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2564 จาก https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/rh/n330_d1a80b22d8a4daa876f459095915af6d_Ebook_Abortion_62.pdf.
4. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เล่ม 133/ตอนที่ 30ก/หน้า 1/31 มีนาคม 2559, 2559.
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ระยะ 3 ปี (ปีงบประมาณ 2562 - 2564). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2562.
6. มาลี เกื้อนพกุล. Teenage Pregnancy ในการตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง. บุญศรี จันทร์รัชกุล และคณะ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น, 2554.
7. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2564 จาก https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi64/1_14/1_14_1-1.pdf.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2564 จาก https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi64/1_14/1_14_1-1.pdf.

9. องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย. รายงาน
สังเคราะห์การวิเคราะห์สถานการณ์การ
ตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย 2558.
กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย,
2558.
10. กฤตยา อาชวนิจกุล. เพศวิถีที่กำลังเปลี่ยนไป
ในสังคมไทย ใน จุดเปลี่ยนประชากร จุด
เปลี่ยนสังคมไทย. สุรีย์พร พันพืง และมาลี สัน
ภูวรรณ (บรรณาธิการ). นครปฐม: สำนักพิมพ์
ประชากรและสังคม, 2554: 43-66.
11. กุลกานต์ อภิวัฒน์ลังการ, บุญเสริม หุตะ
แพทย์, ประกายรัตน์ ภัทรธิตี. การพัฒนา
โปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาโดยบิดา
มารดาพร้อมกับวัยรุ่น. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช, 2555.
12. ประชาไทย. ผลวิจัยชี้ปัญหาการสอน 'เพศวิถี
ศึกษา' ในสถานศึกษายังไม่ครอบคลุมถึงการ
เคารพสิทธิซึ่งกันและกัน. [อินเทอร์เน็ต].
สืบค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2564 จาก
<https://prachatai.com/journal/2017/05/71728>.
13. วรณารถ สุจินต์. ความต้องการเนื้อหา
หลักสูตรและวิธีสอนเพศศึกษาของครูและ
นักเรียนในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ระดับช่วง
ชั้นที่ 3 และระดับช่วงชั้นที่ 4 สังกัดสำนักงาน
เขตพื้นที่การศึกษาจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ ค.ม.
(การบริหารการศึกษา). จันทบุรี: มหาวิทยาลัย
ราชภัฏรำไพพรรณี, 2552.
14. Keogh SC., et al. Challenges to
implementing national comprehensive
sexuality education curricula in low-
and middle-income countries: Case
studies of Ghana, Kenya, Peru and
Guatemala. PLoS ONE, 2018; 13(7): 1-
18.
15. นิชาภัทร ปูนมีกิจ, ชัญญิตาคุชฎี ทูลศิริ, พร
นภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง
ทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้น เมืองพัทยา. วารสารพยาบาล
สาธารณสุข, 2563; 34(1), 13-29.
16. สุภวรรณ เจตวงศ์ และคณะ. การตั้งครม. ใน
วัยรุ่น ใน การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์
คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. สำนัก
อนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข, 2556.
17. มนัญญา ภูแก้ว. พระราชบัญญัติการป้องกัน
และแก้ไขปัญหาคาการตั้งครม. ในวัยรุ่น พ.ศ.
2559. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน
2564 จาก
https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=1516.
18. UNESCO. International Technical
Guidance on Sexuality Education: An
Evidence-Informed Approach for
Schools, Teachers and Health
Educators. Paris: UNESCO with UNAIDS,
UNFPA, UNICEF and WHO, 2009.
19. Vanwesenbeeck I, Westeneng J, Boer,
TD, Reinders J, Zorge RV. Lessons
learned from a decade implementing
Comprehensive Sexuality Education in
resource poor settings: The World

- Starts With Me. Sex Education, 2016; 16(5), 471–486
20. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. องค์ความรู้การดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการ สำหรับทีมผู้จัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager). นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด, 2559.
21. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: UNESCO with UNAIDS, UNFPA, UNICEF and WHO, 2018.
22. Santelli JS, Grilo SA, Choo T-H, Diaz G, Walsh K, Wall M, et al. Does sex education before college protect students from sexual assault in college? PLoS ONE, 2018; 13(11): 1-18.
23. Lee GY, & Lee DY. Effects of a life skills-based sexuality education program on Korean early adolescents. Social Behavior and Personality: An international journal, 2019; 47(12), 1-11.
24. de Castro F, Rojas-Martínez R, Villalobos-Hernández A, Allen-Leigh B, Breverman-Bronstein A, Billings DL, et al. Sexual and reproductive health outcomes are positively associated with comprehensive sexual education exposure in Mexican high-school students. PLoS ONE, 2018; 13(3): 1-15.
25. จุฑารัตน์ หลักทรัพย์, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน LINE เพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขศึกษา, 2560; 40(2), 51-63.
26. อ่อนนุช หมวดคุณ, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นิรัตน์ อิมามี. ประสิทธิผลของโปรแกรมเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขศึกษา, 2561; 41(2), 181-192.
27. นัญญา สุวลักษณ์, สุปรียา ต้นสกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การจูงใจ ทักษะเชิงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. วารสารสุขศึกษา, 2562; 42(1), 29-42.
28. ปรีชญา อยู่คง, อาภาพร เผ่าวัฒนา, วันเพ็ญ แก้วปาน. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 2562; 33(2), 18-32.

Received: 27 Mar 2021, Revised: 6 May 2021

Accepted: 30 May 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

เปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ
อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

นภาพร ดำแสงสวัสดิ์^{1,*} พนัสยา วรรณวิไล¹ อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง¹ มาลี คำคง²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอหาดใหญ่ และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง อำเภอละ 60 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ จากหน่วยบริการ 4 ประเภท คือ 1) คลินิกหมอครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการวิจัยฯ 2) คลินิกหมอครอบครัวนอกโครงการวิจัยฯ 3) คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) ผลการศึกษา หน่วยบริการทั้ง 4 หน่วย ประเมินตนเองแตกต่างกันชัดเจนทุกด้าน ($p < 0.05$) คลินิกหมอครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการฯ อำเภอหาดใหญ่ ประเมินตนเองในระดับที่สูงกว่าหน่วยบริการอื่นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและระบบสนับสนุนขององค์กร ($p < 0.05$) อำเภอนาทวี ได้แก่ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ คลินิกหมอครอบครัวที่เป็นศูนย์แพทย์ชุมชน สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ ประเมินตนเองในระดับที่สูงกว่า คลินิกหมอครอบครัวที่เป็น รพ.สต. ($p < 0.05$) ด้านการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน และระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้ง 2 อำเภอ สอดรับกับกรอบแนวคิดการจัดบริการอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แต่ยังไม่ครอบคลุมรอบด้าน และยังไม่เกิดประสิทธิผลต่อผู้รับบริการตามที่คาดหวัง

คำสำคัญ การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

*Corresponding author: kob7712@gmail.com

*Original Article***Comparison of an Integrated People-Centered Health Services for Patients with Diabetes and Hypertension as Perceived by health care Providers, Hatyai and Nathawee District, Songkhla Province**

Nawaporn Damsangsawat^{1,*}, Panassaya Wanwilai¹, Apisit Chuakompeng¹,
Malee Khamkong²

Abstract

This Cross-sectional research aimed to compare an integrated people-centered health services for patients with diabetes and hypertension of service units in Hatyai and Nathawee District, Songkhla Province, which were pilot areas participating in research project of implementation of an integrated and people-centered primary service system development. Sample were selected by purposive sampling with 60 persons per district including multidisciplinary team from 4 types of service unit namely, Data were analysed using descriptive statistics Inferential statistics namely, Independent t-test and and ANOVA. The results reveal that, Multidisciplinary team from 4 types had self-evaluation was clearly different in all aspects. ($p<0.05$). Primary care clusters participating in the project of both districts had higher self-evaluation than other service units($p<0.05$). For Hatyai district, it included inter-relation between people and family doctors, shared care plan and supportive system of organization for management. For Nathawee district, it included shared care plan and supportive system of organization for management. Primary care clusters which were community medical unit under hospital had higher self-evaluation than those which were sub-district health promoting hospitals under district public health office($p<0.05$). In Health Information System, Continuity of Care and Coordination and Supportive system of organization aspects. In conclusion, the findings indicated that service provision for patients with diabetes and hypertension of both Hatyai and Natawee district was consistent with an integrated people-centered health services but not comprehensive and efficient to clients as expected.

Keywords: Integrated health services, People-centered, patients with diabetes and hypertension

¹Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Faculty of Nursing, Thaksin University

*Corresponding author: kob7712@gmail.com

บทนำ

การศึกษานี้อยู่ภายใต้โครงการวิจัย ดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี โดยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข¹ สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) เพื่อปรับเปลี่ยนให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม² ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงบริบทของสังคมอันส่งผลให้ปัญหาสุขภาพยิ่งนับวันมีความซับซ้อน และทวีความรุนแรงมากขึ้น³ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease; NCD) เป็นโรคที่มีความซับซ้อนของปัจจัยเชิงสาเหตุมีผลกระทบต่อบุคคลครอบครัวชุมชน สังคมและประเทศชาติ⁴ ภาระที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังต้องใช้ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นด้วยการดูแลแบบบูรณาการ⁵ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง

บริการสุขภาพในปัจจุบันไม่เหมาะสมสำหรับความท้าทายต่อภาระโรคในศตวรรษที่ 21 ประชากรประมาณครึ่งหนึ่งของโลกขาดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำเป็น กรอบการทำงานของบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางเป็นข้อเสนอให้มีการเปลี่ยนการออกแบบระบบสุขภาพไปสู่ระบบสุขภาพเพื่อประชาชน การให้บริการแบบบูรณาการและใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated people-centered health services) ช่วยให้ประชาชนมีบทบาทมาก

ขึ้นในสุขภาพของตนเอง⁶ และประสิทธิผลของการดูแลนั้นขึ้นอยู่กับความสำเร็จของการบูรณาการ⁷ การทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบบูรณาการ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลและทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในแผนการรักษามากขึ้น การให้ผู้ป่วยได้บันทึกข้อมูลผลการตรวจ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการจัดการด้านสุขภาพของตนเอง⁸ การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไม่ใช่แค่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ แต่เป็นความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว บนพื้นฐานของการยอมรับ นับถือซึ่งกันและกัน⁹ ผลการศึกษา ของ ฌักทรี พลอานวย และคณะ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อำเภอวารินชำราบ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 66.67⁹ และการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Yiu, Rohwer และ Young พบว่าการดูแลแบบบูรณาการสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (DM/HT)¹⁰ ระบบบริการแบบบูรณาการ นับว่ามีความสำคัญจึงเป็นหนึ่งในลักษณะของระบบสุขภาพในอนาคต¹¹

แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ขับเคลื่อนด้วยค่านิยมองค์กรซึ่งหนึ่งในนั้นคือ ใส่ใจประชาชน People Centered Approach¹² สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการและเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ค.ศ. 2016-2026 ขององค์การอนามัยโลกที่เรียกร้องให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์การให้บริการด้านสุขภาพที่ต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายของโรค

เรื่องในระยะยาว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อวิกฤตการณ์ด้านสุขภาพดังกล่าว¹³

โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชน เป็นศูนย์กลาง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้พัฒนารอบแนวคิด รูปแบบ และแนวทางการการจัดบริการขึ้น พร้อมกับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้รับผิดชอบในพื้นที่นำร่อง รูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและมุ่งเน้นคุณค่า มีองค์ประกอบสำคัญคือ 1) การขึ้นทะเบียนร่วมกับการสร้างสัมพันธ์ภาพและความเชื่อมั่น First contact and engagement 2) จัดทำแผนดูแลเฉพาะบุคคล Individual care plan 3) ประชาชนได้รับข้อมูลสุขภาพของตนเอง Personal health record 4) ความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง Health literacy and self-management support 5) มีการจัดการให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงและบูรณาการ Care continuity and coordination¹

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา และเปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของคลินิกหมอครอบครัวที่ร่วมโครงการวิจัยฯ กับหน่วยบริการอื่น อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional study design) ภายใต้โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี¹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่นำร่องโครงการวิจัยฯ อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง อำเภอละ 60 คน รวม 120 คน จาก 4 หน่วยบริการ อำเภอหาดใหญ่ ได้แก่ 1) ศูนย์แพทย์ชุมชนเทศบาลตำบลพะตง (PCCร่วมโครงการวิจัย) จำนวน 17 คน 2) คลินิกหมอครอบครัวนอกโครงการวิจัยฯ จำนวน 17 คน 3) คลินิก DM/HT รพ.หาดใหญ่ จำนวน 11 คน 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน อำเภอนาทวี ได้แก่ 1) คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่ง (PCCร่วมโครงการวิจัย) จำนวน 18 คน 2) คลินิกหมอครอบครัวนอกโครงการวิจัยฯ จำนวน 15 คน 3) คลินิก DM/HT รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนาทวี จำนวน 12 คน 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด สสอ. จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิ แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐม

ภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล¹ ประกอบด้วย 4 ตอน 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล 2) ความเห็นต่อกระบวนการจัดบริการ 3) ความเห็นต่อระบบสนับสนุน 4) ความเห็นเพื่อปรับปรุงงาน โดยระดับของความเห็นข้อ 2) และ 3) จะเรียงตั้งแต่ 1-10 คะแนน และแบ่งระดับคุณภาพ เป็น 4 ระดับ

1) ระดับต่ำสุด เท่ากับ 1 คะแนน มีการดำเนินการหรือสนับสนุนน้อยมากถึงไม่มีเลย

2) ระดับพื้นฐาน เท่ากับ 2-4 คะแนน มีการดำเนินการครั้งคราวไม่สม่ำเสมอหรือบริการแบบตั้งรับ

3) ระดับดี เท่ากับ 5-7 คะแนน มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทำงานเป็นทีมและบริการมีการเชื่อมประสานดี มีระบบการสนับสนุนดี

4) ระดับดีมาก เท่ากับ 8-10 คะแนน มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบรอบด้านครอบคลุม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีความน่าเชื่อถือ(Reliability) ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ ANOVA และ independent t-test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หนังสือรับรองเลขที่ MURA2019/1018 เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 อำเภอ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่าง อำเภอนาหวี ส่วนใหญ่มีอายุ 21-40 ปี ร้อยละ 70.00 อำเภอหาดใหญ่ ส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 71.67 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน อำเภอหาดใหญ่ประกอบด้วยแพทย์ ร้อยละ 10.00 เภสัชกร ร้อยละ 8.33 ทันตแพทย์ ร้อยละ 1.67 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 53.34 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 18.83 และพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 5.00 และแพทย์แผนไทย ร้อยละ 3.33 อำเภอนาหวี ประกอบด้วย แพทย์ ร้อยละ 3.33 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 45.00 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 33.33 และพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 11.67 เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย ร้อยละ 1.67

2. ผลการประเมินการจัดบริการภายใต้แนวคิดบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ทั้ง 2 อำเภอ พบว่า โดยรวมประเมินตนเองระดับพื้นฐาน-ระดับดี การดำเนินงานที่ผู้ให้บริการทั้ง 4 หน่วยบริการของทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเอง ระดับดี ได้แก่ การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ ส่วนด้านปฏิสัมพันธ์

ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม พบว่า คลินิก NCD ของ รพ. อำเภอลาดใหญ่ ประเมินตนเองสูงกว่าทุกหน่วยบริการ และประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนฯ ใน

ระดับต่ำสุด สำหรับระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD พบว่า รพ.สต.ของทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเอง ในระดับพื้นฐาน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพการจัดการบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ

การจัดการบริการ	ระดับคุณภาพของการจัดการบริการ ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ (คะแนน)							
	อำเภอหาดใหญ่				อำเภอนาทวี			
	PCC ใน โครงการวิจัย	PCC นอก โครงการวิจัย	คลินิก DM/HTรพ.	รพ.สต. ทั่วไป	PCC ใน โครงการวิจัย	PCC นอก โครงการวิจัย	คลินิก DM/HTรพ.	รพ.สต. ทั่วไป
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ประชาชนและแพทย์ ครอบครัวหรือหมอ ครอบครัว*	ดี (6)	ดี (5)	ต่ำสุด (1)	พื้นฐาน (3)	ดี (7)	ดี (7)	พื้นฐาน (2)	พื้นฐาน (4)
2) การจัดทำแผนการดูแล รายบุคคล อย่างมีส่วนร่วม	ดี (5)	พื้นฐาน (4)	ดี (6)	พื้นฐาน (4)	ดี (5)	ดี (5)	ดี (5)	พื้นฐาน (4)
3) การจัดทำระบบข้อมูลการ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย	ดี (7)	ดี (7)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (7)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (5)
4) ระบบสนับสนุนการ บริหารจัดการตนเองของ ผู้ป่วย NCD	ดี (7)	ดี (5)	ดี (5)	พื้นฐาน (4)	ดี (5)	ดี (6)	ดี (6)	พื้นฐาน (4)
5) ความต่อเนื่องของการ ดูแล	ดี (7)	ดี (5)	ดี (6)	พื้นฐาน (4)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (5)	ดี (5)
6) และการเชื่อมประสาน								
7) ระบบสนับสนุนของ องค์กร	ดี (7)	ดี (6)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (6)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (5)

* แพทย์ครอบครัว หมายถึง แพทย์ที่ให้บริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ

หมอครอบครัว หมายถึง ทีมบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขา ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. เปรียบเทียบผลการประเมินการจัดการบริการ ทั้ง 4 หน่วย ของทั้ง 2 อำเภอ มีผลการประเมินแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แตกต่างกันชัดเจนทุกด้าน รายละเอียดดังตารางที่

1) เปรียบเทียบผลการประเมินการ
จัดการบริการระหว่างหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางระหว่างหน่วยบริการ

การจัดบริการ	Mean (SD)									
	อำเภอหาดใหญ่					อำเภอนาทวี				
	PCC ใน โครงการวิจัย	PCC นอก โครงการวิจัย	คลินิก NCDรพ.	รพ.สต.	p- value	PCC ใน โครงการวิจัย	PCC นอก โครงการวิจัย	คลินิก NCDรพ.	รพ.สต.	p- value
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ประชาชนและแพทย์ ครอบครัวหรือหมอ ครอบครัว*	5.56 (1.51)	4.26 (1.82)	1.09 (0.30)	2.73 (0.78)	<.001	6.22 (1.48)	6.3 (1.01)	1.83 (0.83)	3.43 (0.96)	<.001
2) การจัดทำแผนการ ดูแล	5.20 (1.40)	4.20 (1.94)	5.76 (1.61)	4.49 (0.78)	.001	5.63 (1.26)	4.69 (1.13)	4.72 (1.44)	4.49 (1.32)	<.001
3) รายบุคคล อย่างมี ส่วนร่วม										
4) การจัดทำระบบ ข้อมูลการให้	7.09 (1.04)	6.71 (1.56)	6.00 (1.70)	5.40 (1.65)	.043	6.28 (1.36)	5.7 (1.33)	5 (1.89)	4.33 (0.75)	<.001
5) การดูแลรักษาผู้ป่วย										
6) ระบบสนับสนุนการ บริหาร	5.71 (0.97)	4.32 (1.73)	6.05 (1.50)	4.20 (0.88)	<.001	5.22 (1.21)	5.73 (1.08)	5.21 (1.45)	4.73 (1.03)	.001
7) จัดการตนเองของ ผู้ป่วย										
8) ความต่อเนื่องของ การดูแล	6.35 (0.98)	5.38 (2.09)	6.25 (1.58)	4.63 (1.65)	<.001	5.58 (1.30)	5.29 (1.56)	4.47 (1.73)	4.83 (1.23)	.001
9) และการเชื่อม ประสาน										
10) ระบบสนับสนุนของ องค์กร	6.87 (1.38)	5.23 (2.00)	6.25 (2.09)	5.08 (1.62)	.001	6.08 (1.61)	5.83 (1.59)	5.42 (1.53)	5.36 (0.89)	<.001

ANOVA test;p-value < 0.05

2) เปรียบเทียบผลประเมินการจัดบริการระหว่าง PCC ในโครงการกับหน่วยบริการอื่น พบว่าอำเภอหาดใหญ่ ประเมินสูงกว่าทั้ง 3 หน่วยบริการอย่างชัดเจน 3 ด้าน คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชน การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนขององค์กร ส่วนอำเภอ

นาทวี ประเมินด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนต่ำกว่า PCC นอกโครงการ สำหรับระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยและความต่อเนื่องของการดูแล พบว่า ไม่แตกต่างกับโรงพยาบาล แต่สูงกว่า PCC นอกโครงการและ รพ.สต. อย่างชัดเจนทั้ง 2 อำเภอ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ระหว่าง PCC ในโครงการกับหน่วยบริการอื่น

การจัดบริการ	อำเภอหาดใหญ่			อำเภอนาทวี		
	PCC นอกฯ	รพ.	รพ.สต.	PCC นอกฯ	รพ.	รพ.สต.
1)ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัว	*	*	*	*	*	*
2)หรือหมอครอบครัว						
3)การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม	*	*	*	*	*	*
4)การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย			*	*		*
5)ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD	*		*	*		*
6)ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน	*		*	*		*
7)ระบบสนับสนุนขององค์กร	*	*	*	*	*	*

ANOVA test; p-value < 0.05*

4. ผลการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เปรียบเทียบระหว่างอำเภอ

ผลการเปรียบเทียบ PCC ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยฯ พบว่า PCC ที่มีโรงพยาบาลศูนย์เป็นแม่ข่ายประเมินตนเอง สูงกว่า PCC ที่มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายชัดเจน 3 ด้าน คือ

การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ความต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งระบบสนับสนุนขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับผลการจัดบริการโดยรวมทั้งอำเภอ ยกเว้น ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนฯ ที่พบว่า อำเภอนาทวีประเมินตนเองสูงกว่า อำเภอหาดใหญ่ ชัดเจน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลประเมินการจัดบริการฯ ของ PCC ในโครงการ เปรียบเทียบระหว่างอำเภอ

การจัดบริการ	Mean (SD)		p- value	Mean (SD)		p- value
	PCC ในโครงการ			รวม 4 หน่วยบริการ		
	แม่ข่ายรพศ.	แม่ข่ายรพช.		หาดใหญ่	นาทวี	
1) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชน ฯ	5.56 (1.51)	6.22 (1.48)		3.67 (2.06)	4.66 (2.16)	.005
2) การจัดทำแผนการดูแลอย่างมีส่วนร่วม	5.20 (1.40)	5.63 (1.26)		4.85 (1.57)	4.93 (1.34)	
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาฯ	7.09 (1.04)	6.28 (1.36)	.028	6.35 (1.60)	5.43 (1.61)	.001
4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	5.71 (0.97)	5.22 (1.21)		4.99 (1.39)	5.23 (1.22)	
5) ความต่อเนื่องของการดูแล	6.35 (0.98)	5.58 (1.30)	.021	5.75 (1.46)	5.13 (1.31)	.008
6) ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ	6.87 (1.38)	6.08 (1.61)	.006	6.12 (1.35)	5.62 (1.19)	.041

Independent t-test ; p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการประเมินการจัดบริการแบบบูรณาการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยรวม พบว่า ทั้ง 2 อำเภอ อยู่ในระดับดี โดยผู้ให้บริการ PCC ในโครงการวิจัยฯ ทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเองสูงกว่าหน่วยบริการอื่น เกือบทุกด้าน ซึ่งการจัดบริการแบบบูรณาการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง¹⁴ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนฯ พบว่า ผู้ป่วยรับทราบว่าใครคือแพทย์ครอบครัวและหมอครอบครัว มีช่องทางให้ติดต่อได้โดยสะดวกเมื่อจำเป็นแต่ผู้ป่วยยังไม่ถึงกับสะดวกใจในการติดต่อสำหรับรพ.สต.ปัจจุบันยังไม่มีแพทย์ครอบครัว เช่นเดียวกับคลินิกNCD ของโรงพยาบาลโดยระบบงาน ไม่มีแพทย์ครอบครัวและหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ผู้ให้บริการทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเองในระดับพื้นฐานและระดับดี เนื่องจากแผนการดูแลเฉพาะรายและปรับปรุงแผนให้ทันสมัย ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษานั้น ดำเนินการยังไม่ครบทุกรายและยังไม่ครอบคลุมรอบด้าน ซึ่งการจัดทำแผนการดูแลร่วมกัน สะท้อนถึงการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้การดูแลแบบบูรณาการจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนในทีมต้องมีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลเดียวกันและสร้างแผนการดูแลไปสู่เป้าหมายร่วมกันเพื่อให้การดูแลแบบบูรณาการมีคุณภาพและหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาด¹⁵ **การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย** ทั้ง 2 อำเภอ อยู่ในระดับดี คือ มีการส่งต่อผู้ป่วยทุกรายพร้อมกับการเชื่อมต่อข้อมูลจำเป็นเพียง

บางส่วน ข้อมูลจำเป็น ได้แก่ หมายเลขโทรศัพท์ ปัจจุบัน ประวัติการรักษาในปัจจุบันและต่อเนื่อง ภาพถ่ายรังสี อาการแพ้ยา อาการ/การวินิจฉัย และข้อมูลทางกายภาพ¹⁶ นอกจากนี้ การใช้ข้อมูลในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสม่ำเสมอ พบว่า มีเพียงบางราย อาจเนื่องจาก มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก จึงไม่สามารถสื่อสารอย่างครบถ้วนได้ทุกราย ซึ่งการสื่อสารเป็นหัวใจหลักของเวชศาสตร์ครอบครัว¹⁷ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) นับว่าจำเป็นสำหรับการดูแลแบบบูรณาการ สามารถติดตามผู้ป่วยในอนาคตได้¹⁶ **ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD** พบว่า PCC ในโครงการวิจัย PCCนอกโครงการและคลินิกNCD ของโรงพยาบาล ทั้ง 2 อำเภอ อยู่ในระดับดี คือ มีผู้ป่วยเพียงบางรายที่ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ถูกต้อง และสามารถจัดการกับความเสี่ยงจนเห็นผลตามที่คาดหวัง รวมทั้งมีชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเพาะบุคคลแต่ดำเนินการเพียงครั้งคราว ส่วนรพ.สต.ทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเองในระดับพื้นฐาน เนื่องจาก ยังไม่แน่ชัดว่าผู้ป่วยทุกรายใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของตนเองหรือไม่ และสามารถประเมินตนเองได้เพียงใด สอดคล้องกับการวิจัยของสมเกียรติ โพธิ์สัตย์และคณะพบว่าสถานพยาบาลประเมินตนเองด้านการจัดระบบข้อมูลและการสนับสนุนการจัดการตนเองว่า มีการดำเนินการปานกลาง¹⁸ ซึ่งผลการวิจัยของสุธิพร หรเพิลิต พบว่า การสนับสนุนทางด้านสมุดคู่มือประจำตัว เพื่อกำกับติดตามให้กลุ่มทดลองกำกับติดตามตนเองสามารถเฝ้าระวังและประเมินตนเองได้ การฝึกการดูแลตนเองด้านอาหาร การจัดการ

ความเครียด การฝึกทักษะการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จนนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น¹⁹ การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยนับเป็นพื้นฐานของการดำเนินงาน Chronic Care Model ให้ประสบความสำเร็จ²⁰ **ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน** พบว่า ผู้ให้บริการประเมินตนเองในระดับพื้นฐาน-ระดับดี คือ มีระบบติดตามผู้ป่วยว่าได้รับบริการตามมาตรฐาน ณ สถานพยาบาลปลายทางอย่างต่อเนื่องชัดเจนและประเมินความจำเป็นด้านสังคมของผู้ป่วยเพียงบางราย และยังไม่สามารถติดตามผลได้แน่ชัด สอดคล้องกับการวิจัยของจันทรพีญ ประโยงค์ และคณะ พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอบ้านธิยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดการประสานงานเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยของทีม และระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชน ขาดแนวทางการรับส่งต่อ²¹ เช่นเดียวกับ การวิจัยของณิสาชล นาคกุล พบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ขาดแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็นรูปแบบชัดเจน²² ซึ่งการเชื่อมประสานการดูแล มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัด บริการ เนื่องจากความซับซ้อนที่เพิ่มขึ้นของการดูแลสุขภาพ²³ **ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ** พบว่า PCC ในโครงการวิจัย ทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเองในระดับดี เช่นเดียวกัน เนื่องจาก สมาชิกในทีมมีบทบาทชัดเจนหนุนเสริมซึ่งกันและกัน มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันแต่ยังไม่

สม่ำเสมอ ส่วนกระบวนการติดตามกำกับการจัดบริการยังไม่เป็นระบบ ซึ่งการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย²⁴ และเป็นกุญแจสำคัญเพื่อปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์²⁵ การศึกษานี้ ยังพบว่ามีการใช้ข้อมูลผู้ป่วย มาวิเคราะห์ช่องว่างและแนวโน้มเพื่อพัฒนาการจัดบริการให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งผลการวิเคราะห์ช่องว่าง จะเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายและลำดับความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ สามารถประเมินบุคลากรที่มีอยู่และทรัพยากรในหน่วยงานที่หลากหลายทั้งในและนอกหน่วยงาน นำไปสู่การทำงานร่วมกันด้านสุขภาพ²⁶

2. ผลการเปรียบเทียบการจัดบริการระหว่างหน่วยบริการ ทั้ง 2 อำเภอ พบว่าแตกต่างกันทุกด้าน โดย PCC ที่เข้าร่วมโครงการฯ ประเมินตนเองสูงกว่าหน่วยบริการอื่นชัดเจนถึง 3 ด้าน สอดคล้องกับการวิจัยของพิทยา ศรีเมืองและคณะ พบว่า PCC ในโครงการนำร่อง อำเภอ น้ำพอง มีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ในทุกด้าน²⁷ อาจเนื่องจากคลินิกหมอครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนั้น ผู้จัดการระบบ(system manager) และแพทย์ครอบครัว ซึ่งเป็นแกนหลักในทีม ได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวคิด รูปแบบและประสบการณ์การจัดบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและนำไปขยายผลสู่ทีมงานและพัฒนาการจัดบริการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ รวมทั้งได้รับการพัฒนาศักยภาพและงบประมาณ ตามนโยบายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวด้วย¹² ส่วนผลการประเมินตนเอง

ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ครอบครัวหรือ หมอครอบครัวและผู้รับบริการและระบบ สนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD ของผู้ให้บริการ PCC ในโครงการ ของอำเภอ นา ทวี ที่ประเมินตนเอง ต่ำกว่า PCC นอกโครงการฯ อาจเนื่องจาก PCC ที่เข้าร่วมโครงการฯ มีผู้ป่วย ภายใต้การดูแลที่ขึ้นทะเบียนในอัตราส่วนที่สูงเมื่อ เปรียบเทียบกับ จำนวนผู้ให้บริการ²⁸ การ ปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ การสอนผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมินความเสี่ยงและจัดการตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาจไม่ทั่วถึงผู้ป่วยทุกราย สำหรับผลการประเมินด้านการจัดทำแผนการดูแล รายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมและระบบสนับสนุนการ บริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD พบว่า ทีม คลินิกของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ประเมินตนเองสูง กว่าหน่วยบริการอื่น เนื่องจาก โรงพยาบาล หาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (Advance-level Hospital) มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่มี ความเสี่ยงหรือมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งต้องการการ รักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ จึงมีแผน ดูแลเฉพาะรายที่ชัดเจนรวมทั้งปรับปรุงให้ทันสมัย ตามสภาวะโรคที่เปลี่ยนแปลง ตลอดถึงสอนให้ ผู้ป่วยและญาติใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและ จัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการวิจัยของพิทยา ศรีเมืองและคณะ พบว่า คลินิกNCDโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ มีการดำเนินการในด้านนี้อย่าง เป็น รูปธรรมกว่าสถานบริการแห่งอื่นๆ เช่นเดียวกัน²⁷

3. ผลการเปรียบเทียบการจัดบริการ ของ PCC ในโครงการฯระหว่างอำเภอ พบว่า PCC ศูนย์แพทย์ชุมชน สังกัดโรงพยาบาลศูนย์

ประเมินตนเองสูงกว่า PCC ที่เป็น รพ.สต. สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่มีโรงพยาบาล ชุมชนเป็นแม่ข่าย เกือบทุกด้านและสอดคล้องกับ ผลการประเมินรวมทั้งอำเภอ เนื่องจาก PCC ศูนย์ แพทย์ชุมชน สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ มีความพร้อม มากกว่าทั้งด้านกำลังคน ระบบข้อมูลสารสนเทศ และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ โดยเฉพาะอัตราากำลังคน พบว่า ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ มีคุณวุฒิ และความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่สูงกว่า ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลศูนย์สามารถจัดสรร ทีมสหวิชาชีพไปปฏิบัติงานประจำที่คลินิกหมอ ครอบครัวทุกศูนย์รวมทั้งจัดสรรแพทย์และ พยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงาน ณ รพ.สต.ขนาด ใหญ่ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอได้ ดังจะเห็นได้ จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณวุฒิ และประสบการณ์การทำงานสูงกว่า ซึ่งสะท้อนให้ เห็นว่ากรอบกำลังคนที่ปฏิบัติงานประจำของPCC ที่เป็นรพ.สต.ทั้งจำนวนและคุณวุฒิการศึกษาตาม สาขาที่กระทรวงกำหนดนั้น อาจไม่เหมาะสมกับ อุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นรวดเร็วอย่าง ต่อเนื่องและภาระโรคที่มีความซับซ้อนของปัจจัย เชิงสาเหตุมากขึ้น ประกอบกับ คลินิกNCD โรงพยาบาลชุมชนมีกำลังคนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนทั้งความ ชุกและภาระของโรคที่สูง²⁹ และจากผลการศึกษา ปัญหาอุปสรรค พบว่าผู้รับผิดชอบ NCD คลินิกทั้ง ของรพ.และรพ.สต. ยังมีภาระงานอื่นที่ หลากหลาย แม้แต่งานด้านธุรการในรพ.สต.อีก ด้วย ทำให้ไม่เอื้อต่อการพัฒนางาน NCD อย่าง ครบถ้วนสมบูรณ์

ผลการศึกษานี้ PCC ในโครงการวิจัยและหน่วยบริการกลุ่มอื่นสามารถจัดบริการได้ตามรูปแบบการจัดบริการอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คือ มีการดำเนินการและจัดการอย่างเป็นระบบ ทำงานเป็นทีม บริการมีการเชื่อมประสานดี มีระบบการสนับสนุนดีแต่ยังไม่ครอบคลุม รอบด้าน อาจเนื่อง มาจากสถานการณ์โรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นรวดเร็วและต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่สามารถเพิ่มอัตรากำลังคนให้สอดคล้องกับภาระงานได้ทัน กลไกอภิบาลระบบบริการปฐมภูมิที่ไม่เข้มแข็ง รวมถึงยังขาดความเข้าใจร่วมกันต่อแนวคิดการจัดบริการอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับการวิจัยของสมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะพบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 69-94 ประเมินว่าตนเองสามารถจัดบริการได้อย่างบูรณาการและเชื่อมโยงแต่ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนาอีกมาก³⁰

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยเพื่อนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการอภิบาลระบบงาน NCD 1) ควรปรับปรุงแนวทางการจัดสรรอัตรากำลังคนของรพ.สต. ควรเพิ่มกำลังคนได้แก่พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ครอบครัว โภชนากร เพื่อให้ก้าวทันกับภาวะโรคที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว 2) ควรเตรียมบุคลากรให้มีความเข้าใจแนวคิดและรูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพไปในทิศทางเดียวกัน 3) ควรบูรณาการกับกลไกพหุ.และพชต.เนื่องจากภาระโรคนับวันเพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ไม่อาจแก้ไขได้โดยหน่วยงานสาธารณสุขเพียงลำพัง

2. ด้านกระบวนการจัดบริการแก่ผู้รับบริการโรคเรื้อรัง 1) หน่วยบริการทุกระดับจำเป็นต้องวางแผนที่จะต้องพัฒนาการจัดบริการตามกรอบแนวคิดการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังได้ 2) ควรพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมต่อและร่วมใช้ข้อมูลสำคัญของผู้รับบริการร่วมกันระหว่างรพ.กับหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการสังเคราะห์นโยบายและระบบบริหารจัดการของเครือข่ายอำเภอจากผู้บริหารและทีม NCD board เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทุกมิติ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานสู่ผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนและให้โอกาสได้รับทุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมสุขภาพอำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี สำหรับความร่วมมือในการอนุเคราะห์ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน และขอขอบคุณ ผู้ประสานงานอำเภอหาดใหญ่ และอำเภอนาทวี ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สัมฤทธิ์ ศรีอรรถศรีสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยวงศ์
ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย, สันติ ลาภเบญจกุล
และดวงดาว ศรียากุล. โครงการวิจัยดำเนินการ
พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและ
ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ:
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี, สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข;2563.
2. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. แนว
ทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว.
นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. สมจิตร แดนสีแก้ว. ความท้าทายของพยาบาล
ในการสร้างสุขภาวะแก่สังคมที่ซับซ้อนโดยใช้
ทฤษฎีไร้ระเบียบ. วารสารการพยาบาลและการ
ดูแลสุขภาพ. 2559; 34:21-28.
4. ปวีณา นรชาติ, กานต์ ฉลาดธัญญกิจและ
นพวรรณ เปียเชื้อ. บทบาทของพยาบาลในการ
จัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐม
ภูมิตามแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน.
รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2560; 23:27-43.
5. Tham TY, Tran TL, Prueksaritanond S,
Isidro JS, Setia S, Wellupillai V.
Integrated health care systems in Asia: an
urgent necessity. Clinical Interventions in
Aging, 2018 ;14: 2527-2538.
6. World Health Organization. [Internet].
Framework on Integrated, People
Centered Health Service. 2016 [cited
2020 April 16]. Available
from:[https://www.who.int/service](https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/en/)
7. Maeseneer J, Weel C, Daeren L, Leyns C,
Decat P, Boeckxstaens P, et al. From
“patient” to “person” to “people”: the
need for integrated, people-centered
health care. The International Journal of
Person Centered Medicine, 2012; 2(3):
601-14.
8. พิมพ์มล วงศ์ไชยา, อมาลี อัมพันศิริรัตน์
และพินทอง ปินใจ. การดูแลที่ยึดผู้รับบริการ
เป็นศูนย์กลาง: บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 2.
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้. 2559; 4 (ฉบับพิเศษ
เมษายน): 361-71.
9. ณภัทร พลอำนาจ, สงครามชัย ลีทองดี และ
เมธีรัตน์ มั่นวงศ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏอุบลราชธานี. 2019; 8(2): 176-85.
10. Yiu KC, Rohwer A, Young T. Integration
of care for hypertension and diabetes:
a scoping review assessing the
evidence from systematic reviews and
evaluating reporting. BMC Health
Services Research, 2018; 18(481): 1-17.
11. อินทิรา ยมาภัย, สุธาสินี คำหลวง, ชุตินา คำดี,
ศิตาพร ยังกง, ทรงยศ พิลาสันต์, พิศพรรณ วี
ระยังยง, และคณะ. ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

- ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2576. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2016; 10(3): 201-214.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
 13. World Health Organization. global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Geneva Switzerland: the WHO Document Production Services; 2015.
 14. Slama S, Hammerich A, Mandil A, Sibai AM, Tuomilehto J, Wickramasinghe K, et al. The integration and management of noncommunicable diseases in primary health care. East Mediterr Health J, 2018; 24(1):5-6.
 15. Agency for Health care Research and Quality. [Internet]. Develop a Shared Care Plan. 2020 [cited 2020 September 13]. Available from: <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/playbook/develop-shared-care-plan>.
 16. Dartmouth-Hitchcock. [Internet]. How to Make a Referral. 2020 [cited 2020 September 13]. Available from: <https://med.dartmouthhitchcock.org/referrals/dhmc>.
 17. Pan American Health Organization. [Internet]. Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Non communicable Diseases in the Americas. 2013 [cited 2020 September 15]. Available from :<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-Innovate-Care-2013-Eng.pdf>
 18. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.) เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2551.
 19. สุธิพร หรเพ็ด, นิจฉร ทูลธรรม และเสฐียรพงษ์ ศิวินา. โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 5(2): 52-67.
 20. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. [Internet]. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Affairs, 2009; 28(1):75-85.
 21. จันทรเพ็ญ ประโยงค์, พิสมัย ไชยประสพ และดรฤณี มั่นใจวงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(5): 803-812.
 22. นิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขต

- เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี.วารสารสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.
2559;23(2):79-87.
- 23.Droz M, Senn N, Cohidon C. [Internet].
Communication,continuity and
coordination of care are the most
important patients' values for family
medicine in a fee-for-services health
system.BMC Fam Pract. 2019
- 24.Piatt GA, Anderson RM, Brooks MM,
Songer T. [Internet]. 3-year follow-up of
clinical and behavioral improvements
following a multifaceted diabetes care
intervention: results of a randomized
controlled trial.Diabetes Educator,
2010;36:301–309.
- 25.Bousquet J, Anto JM, Sterk PJ, Adcock
LM, chung KF, Roca J, et al. [Internet].
Systems medicine and integrated care
to combat chronic noncommunicable
diseases. Genome Med, 2011;3(7):43.
- 26.Golden HS, Hager D, Gould LJ,
Mathioudakis N, Pronovost PJ.
[Internet].A Gap Analysis Needs
Assessment Tool to Drive a Care
Delivery and Research Agenda for Inte
gration of Care and Sharing of Best
Practices Across a Health System.Jt
Comm J Qual Patient Saf, 2017;
43(1):18–28.
- 27.พิทยา ศรีเมือง, สุพัฒน์ อาสนะ, กฤษกันทร
สุวรรณพันธุ์และธีรศักดิ์ พาจันทร์. การ
จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรค
ความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน
จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข
ชุมชน. 2563; 6(4):124-139.
- 28.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. HDC
Database การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ
[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 เมษายน
2563]. เข้าถึงได้จาก:
[https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/reports/
page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d
1cfe0155e11](https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11)
- 29.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์
ไพศาล,วิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวร
ศม ลีระพันธ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการ
ดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท
ดีเซมเบอร์ จำกัด; 2563.

Received: 29 Dec 2020, Revised: 5 Feb 2021

Accepted: 4 Mar 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

นภาพร ทุมแกว^{1*} วรพจน์ พรหมสัตยพรต² ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวนทั้งสิ้น 50 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มละจำนวน 20 คน กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดย แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54 ปี จบระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร คู่สมรสเป็นผู้ดูแล มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และผู้ดูแลไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า อายุ ระดับน้ำตาลในเลือด และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการดำเนินงานจากการพัฒนาระบบดูแล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ทั้งให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามาร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาจนได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการดูแล เบาหวานชนิดที่ 2

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

*Corresponding author: nawaporntumtaew@gmail.com

Original Article

The Development of Health Care for Patient Diabetes Types 2 in the Area Responsibility of Health Khon Paen Health Promoting Buntharik District Ubonratchthani Province

Nawaporn Thumthaew, Vorapoj Promasatayaprot, Phadoongsit Chumnanborirak

Abstract

This participatory action research was conducted to improve a health care development of diabetes types 2 patients. Sample were diabetes mellitus patients and patients' caregiver. Purposive Sampling was conducted to select participants such as 20 persons of diabetes mellitus patients, 20 persons of patients' caregiver and 10 persons of medical personnel. Data were collected both quantitation and qualitative data using focus group discussion record, workshop and share and learn meeting. There were four process, action, observation, and reflection. Quantitative data used descriptive statistics such as frequency, percent, mean, standard deviation. Qualitative data used content analysis. The results showed that diabetes mellitus patients mostly were female. average 54 years, elementary education, agriculturist. Half of participants has caregiver who were relationship with them. Age, blood sugar and knowledge were associated with behavior. After the development, the type 2 diabetes mellitus patients had knowledge and good behavior. Therefore, the patients could control blood sugar level in HbA1C were increased. Moreover, this research got cooperation from diabetes mellitus patients, caregiver, and medical personnel. The conclusion, the research supported policy for improve getting cooperation from family and people in community. Moreover, the research promoted health care knowledge for diabetes mellitus patient, manage health behavior problems by multifactor productivity that consisted of individuals and community. The research recommends activity and innovation for supporting health care for diabetes mellitus patients.

Keywords: A development surveillance system, type 2 diabetes mellitus

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

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Magasarakham University

³ Lecturer, Srimahasarakham Nursing College.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ซึ่งประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน^{1,2} และประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในพ.ศ. 2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน เน้นป้องกันโรคมามากกว่าการรักษา โดยการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิตทุกกลุ่มวัย เพื่อการก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน³

ทั้งนี้ การเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง เนื่องจากจะมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับร่างกายและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคไตวายเรื้อรัง โรคปลายประสาทตาและจอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น⁴ ดังนั้นการเฝ้าระวังเป็นกระบวนการหนึ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบเพื่อจัดเก็บ

รวบรวม วิเคราะห์ สรุป รายงานผล และดำเนินการแก้ไข ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย อันประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง หรือกิจกรรมในการเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเชิงรุกเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนทีมบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี⁵

ดังนั้นการลดความรุนแรงของโรคเบาหวานได้นั้นต้องอาศัยความรู้ เจตคติที่ดี และการบูรณาการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เพื่อประสิทธิผลในการรักษาที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) มี 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ และทำกระบวนการศึกษาเพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวร่วมวางแผน ดำเนินการ ติดตาม และประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมอันจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁶ (Action Research) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามทฤษฎีของ Kermis & McTaggart⁷ ในลักษณะเป็นวงรอบตาม 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยการวิเคราะห์ปัญหา สภาพบริบท สถานการณ์ การพัฒนา แนวทางการพัฒนา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกกระบวนการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และ เชิงปริมาณ (Quantitative Method)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล และทีมบุคลากรทางการแพทย์

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอ

บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง⁸ (Purposive Sampling) โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวาน (E11.9) และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น พร้อมทั้งอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นเป็นประจำติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สมรรถภาพและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ 4) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ($HbA1c > 7$) 5) ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดการศึกษาวิจัย 2) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลย้ายที่อยู่ 4) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย 5) พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำวิจัย หรือต้องเปลี่ยนวิธีการรักษา 6) ผู้ป่วยมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ($HbA1c < 7$) และ 7) ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมีประชากรเข้าร่วม จำนวนทั้งสิ้น 50 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 คน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 20 คน

พื้นที่ในการวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอ

บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม 2563

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ

- 1.1 ศึกษาข้อมูลงานวิจัย ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับประเด็นปัญหา และวัตถุประสงค์การวิจัย
- 1.2 ศึกษาข้อมูลบริบทในพื้นที่
- 1.3 จัดทำโครงร่างการวิจัย
- 1.4 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน
- 1.5 ติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่าง
- 1.6 จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน และเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ คือ การดำเนินการวิจัยตามแผนปฏิบัติการตามแนวความคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷ 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

2.1 การวางแผน (Planning) คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ชุมชนและการให้บริการ วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน กำหนดแผนการดำเนินงานโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมและกำหนดองค์ประกอบบทบาทหน้าที่ การบริหารจัดการ การกำหนดบุคคลในการขับเคลื่อนการทำงาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 การปฏิบัติตามแผน (Action) คือ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการและ ติดตามการดำเนินงาน

2.3 การสังเกตผล (Observation) คือ การประเมินผลการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ การติดตามนิเทศงาน ประเมินผลการดำเนินงาน และการบันทึกข้อมูล การสังเกต การมีส่วนร่วม สรุปผล

2.4 การสะท้อนผล (Reflection) คือ สรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติ สะท้อนปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางแก้ไข กลับคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน และข้อค้นพบคืนสู่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และหาแนวทางในการดำเนินการในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสรุปผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่พัฒนาโดย วิไลวรรณ เขียมประชา^{9,10} ได้แก่ 1) ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับคำถามเป็นแบบปลายปิดตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุน

ด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุน ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ เงิน และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ และ 5) แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา 3) การดำเนินงาน 4) การรับผลประโยชน์ 5) การประเมินผล

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 237/2563 ลงวันที่ 25 กันยายน 2563

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 50 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS)¹¹ แบ่งออกเป็นสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกันและตัวแปรด้านพฤติกรรมสถิติการทดสอบ t-test และ (One-Way Analysis of Variance: ANOVA) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหพันธ์ (Correlation Analysis) และการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติการทดสอบ Paired

Sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การถอดบทเรียน

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จำนวน 50 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผลการติดตามการพัฒนาระบบการดูแลของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 มีอายุเฉลี่ย 54 ปี จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 50 มีระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย >125 mg/dL ร้อยละ 85 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับที่ 1 25.0 - 29.9 kg/m² ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 55 และผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย <3 ปี ร้อยละ 70 และส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 80 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 คน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับระดับน้อย ร้อยละ 85 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.28 และได้รับการสนับสนุน อยู่ในระดับ

สูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.26 ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.3 ซึ่งส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยปฏิบัติเป็นประจำ คือ ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคาดการณ์ตนเองของผู้ป่วย และได้แสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดแนวทางในการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคาดการณ์ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เบาหวาน หลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.28 เมื่อแยกตามรายด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยา ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการดูแลเท้า และด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ รองลงมาคือ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ภาพรวมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมการศึกษา			หลังเข้าร่วมการศึกษา		
	Mean	SD	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
ด้านการรับประทานอาหาร	2.33	0.32	สูง	2.35	0.22	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	1.67	0.56	ปานกลาง	2.08	0.48	ปานกลาง
ด้านการรับประทานยา	2.58	0.42	สูง	2.78	0.26	สูง
ด้านการดูแลเท้า	1.91	0.33	ปานกลาง	2.51	0.31	สูง
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	1.76	0.27	ปานกลาง	2.76	0.22	สูง
โดยรวม	2.50	0.35	ปานกลาง	2.60	0.28	สูง

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการทดสอบค่านัยสำคัญของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ

สมรส อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วยเป็น โรคร่วม และอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
เพศ	2.00	0.32	2.80	0.41	3.016	0.007*
อายุ	1.90	0.31	2.00	0.31	0.039	0.969
ระดับการศึกษา	2.00	0.57	2.10	0.57	1.395	0.166
สถานภาพสมรส	1.98	0.52	2.00	0.52	1.732	0.086
อาชีพ	1.81	0.66	1.85	0.66	1.357	0.178
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค	2.33	0.23	2.39	0.30	0.436	0.782
โรคร่วม	2.40	0.45	2.50	0.45	0.027	0.979
อบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	2.55	0.49	2.51	0.49	0.026	0.980

*p-value 0.05

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติการทดสอบ Paired Sample t-test ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ความรู้เรื่องการดูแลเท้า ความรู้เรื่องการรับประทานยา และความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อน ไม่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	0.887	0.672	1.170	0.654	2.085	0.040*
ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย	1.142	0.672	1.149	0.121	0.039	0.969
ความรู้เรื่องการดูแลเท้า	1.825	0.952	1.947	0.026	1.395	0.166
ความรู้เรื่องการรับประทานยา	1.328	0.710	1.334	0.085	1.732	0.086
ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อน	0.825	0.373	0.845	0.292	1.357	0.178

*p-value 0.05

3. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพของการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผล และขั้นสะท้อนกลับผล และข้อมูลคืนสู่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล เกิดความทุ่มเทที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม รวมทั้งมีการช่วยเหลือแบ่งปันทรัพยากร ร่วมกันทั้งด้านความรู้ ด้านกำลังคน และด้านอุปกรณ์ ที่จะนำมาแก้ไขปัญหาที่ทุกคนเห็น ร่วมกันว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ

2. การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ และการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานในการดูแล การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และการติดตามเป็นระยะ

อุปสรรคในการดำเนินการครั้งนี้ ได้แก่

1. วิธีการดำเนินชีวิตที่มีความแตกต่างกันของคนในครอบครัว ที่ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างกรีดยางพาราและค้าขายทำให้ไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างเต็มที่ การเน้นให้ผู้ดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2. การขาดความเชื่อมั่นในตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในตอนเริ่มต้นการดำเนินการเนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่า จึงทำให้การดำเนินการในช่วงแรกล่าช้า

สรุปจากการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสมสอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่ ปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานได้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้เทคนิคเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล และทีมบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ¹² ศึกษาปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า เพศ

อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี ผุยบุญ¹³ ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพิจิตร จำนวน 70 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 80.0 ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร บุษราคัมวดี¹⁴ และยุวมาลย์ ศรีปัญญาวิศกดิ์ ที่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วมในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ให้บริการเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการศึกษาของ วงเดือน ฤๅชาและคณะ¹⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดย ทีมสหวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรต่อเนื่องและยั่งยืนนั่นคือ การออกแบบระบบบริการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย และมี

กระบวนการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นส่งผลให้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ คลื่นแก้ว¹⁶ ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยครอบครัว ชุมชน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 60 คน พบว่า กระบวนการดังกล่าวทำให้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการรักษาโรคและด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังการพัฒนา มีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ผู้ป่วยเบาหวาน หลังการพัฒนาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดี ($80 - 120 \text{ mg/dl}$) ร้อยละ 55 การมีส่วนร่วมของแกนนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ผลการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของครอบครัว ชุมชน ร่วมกันจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาในชุมชนทุกกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลจากชุมชนสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีการดูแลตนเอง การสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ได้ กระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ของกลุ่มเสี่ยง ได้ แนวทางการปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพในการดูแลกลุ่มเสี่ยง มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ และสรุปผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การจัดเวทีแลกเปลี่ยน

เรียนรู้และถอดบทเรียนกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยผู้ป่วยเบาหวานได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานทำให้ได้ความรู้และวิธีดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ไปดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ และผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนอยู่ในระดับสูง สิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินการผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัว ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นกว่าเดิม การที่มีผู้ดูแลคอยกระตุ้นเตือนเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และทำให้ครอบครัวเข้ามาสนใจผู้ป่วยมากขึ้น และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผล และขั้นสะท้อนกลับผลและข้อมูลคืนสู่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล เกิดความทุ่มเทที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม รวมทั้งมีการช่วยเหลือแบ่งปันทรัพยากร ร่วมกันทั้งด้านความรู้ ด้านกำลังใจ และด้านอุปกรณ์ ที่จะนำมาแก้ไขปัญหาที่ทุกคนเห็น ร่วมกันว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุข ควรปรับกระบวนการดำเนินงานโดยเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว เพื่อน และชุมชน รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงปัจจัยเอื้อจากสื่อให้มากขึ้น

ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี

2. การจัดทำแผนงานและโครงการที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นการจัดการปัญหาในหลายระดับ พฤติกรรมสุขภาพแต่ละอย่างถูกกำหนดโดยหุบปัจจัย ประกอบด้วยระดับภายในบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ชุมชนและระดับนโยบายสาธารณะ

3. ผู้กำหนดนโยบายระดับจังหวัด ควรสร้างการรับรู้ปัจจัยกำหนดสุขภาพให้กับบุคลากรเพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมดำเนินงานที่มีคุณภาพ และสร้างนวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำปัจจัยที่มีอิทธิพลมาสร้างเป็นโปรแกรมแบบผสมผสานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านวัฒนธรรม เป็นต้น ว่ามีผลกระทบต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างไร เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบวางแผนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบุณฑริก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเสียสละเวลาที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอนเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานในประเทศไทย ประจำปี 2561. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561.
2. กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561.
3. แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2564.
4. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. โรงพยาบาลบุษราคัม. รายงานอุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานในเขตอำเภอบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี; 2561
5. กลุ่มพัฒนาระบบสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบราชการ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. คู่มือหรือแนวทางการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ภาครัฐในระดับกระทรวงที่เป็นระดับนโยบาย. กรุงเทพมหานคร; 2551
6. Berg, Bruce L. Qualitative Research Methods for The Social Sciences 6th ed. U.S.A ; Pearson Education 2007; 2007.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research reader. Geelong. Victoria: Deakin University Press: John Wiley & Son; 1988.
8. ศิริชัย กาญจนวาสี. สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
9. วิไลวรรณ เทียมประชา. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านหว้า อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
10. ยุทธกร ชมวงษ์. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาโส อำเภอกุดชุมห้อย จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
11. ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน. การประยุกต์ใช้ SPSS วิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กาฬสินธุ์: โรงพิมพ์ประสานการพิมพ์; 2555.
12. พรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง, ประคอง อินทรสมบัติ. ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลรามธิบดี; 2553; 16:15.

- 13.อรุณี ผุยปุย. การพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพิจิตร. วารสารสมาคมพยาบาล. การพยาบาลและการศึกษา 2556; 31:87-93.
- 14.นันทพร บุษราคัมวดี, ยุวมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก. การพยาบาลและการศึกษา 2555; 5:114-129.
- 15.วงเดือน ฤชา, สุชัยญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนาเปสี, พนิดนาฏ รัชมณี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. กองการพยาบาล 2554; 38:31-41
- 16.กรรณิการ์ คลื่นแก้ว. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิก โรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช; 2557, 17:22-31.

Received: 29 Jan 2021, Revised: 21 Feb 2021

Accepted: 2 Apr 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการบริการวิชาการผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราชฎาราม อำเภอนาทม จังหวัดน่าน

อำพล บุญเพียร^{1,*} วัชรพล พุดแก้ว² ไพสินี หมาดบำรุง³ ปฐมา จันทพร⁴
นราพร พัทธกะพร⁵ ศราวุฒิ แพะขุนทด⁶ ธนภรณ์ ทีเหล็ก⁵ ฉัตรดนัย อุประวรรณ⁵

บทคัดย่อ

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประชาชนในชุมชนราชฎาราม อำเภอนาทม จังหวัดน่าน มีแนวโน้มที่จะเพิ่มและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ในฐานะสถาบันการศึกษาที่ตั้งอยู่ในชุมชนจึงได้ดำเนินการให้บริการวิชาการแก่ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแล การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบริการวิชาการผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราชฎาราม อำเภอนาทม จังหวัดน่าน ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดเตียง 16 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 18 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามผลการดำเนินโครงการ แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ADL และแบบทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติการทดสอบที (Pair t-test) ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความคิดเห็นต่อโครงการภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด ที่ค่าเฉลี่ย 4.72 (SD=0.13) โดยด้านผลผลิตมีคะแนนสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด ที่ค่าเฉลี่ย 4.80 (SD=0.06) 2. ผู้ป่วยติดเตียงมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ADL หลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 3. ผู้ป่วยติดเตียงมีความสุขหลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ดังนั้นรูปแบบการบริการวิชาการนี้สามารถแก้ไขปัญหสุขภาพและเพิ่มความสุขของผู้ป่วยติดเตียงได้ จึงสามารถเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพและเพิ่มความสุขให้กับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนอื่น ๆ

คำสำคัญ: ผลการบริการวิชาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราชฎาราม วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

¹แพทย์แผนไทยชำนาญการ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราชฎาราม อำเภอนาทม จังหวัดน่าน

³พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราชฎาราม อำเภอนาทม จังหวัดน่าน

⁴แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

⁵ปฏิบัติงานด้านการเรียนการสอน (แพทย์แผนไทย) วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

⁶แพทย์แผนไทย วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

*Corresponding author: aumpol@kmpht.ac.th

*Original Article***Academic Service Results for Bed-ridden Patients and Caregivers from
Wat Ratniyom of Tambon Health Promoting Hospital at Ratniyom
Subdistrict, Sai Noi District, Nonthaburi Province**

Aumpol Bunpean^{1*}, Vacharapon Putkaew², Pailin Mhadbumrung³,
Patama Chantarapon⁴, Naraporn Pitakporn⁵, Sarawut Phaekhunthod⁶,
Thanapohn Teehlek⁵, Chatdanai Ouprawanna⁵

Abstract

The situation and problem of care for the dependent elderly of people in the Ratniyom community, Sai Noi District, Nonthaburi Province are likely to increase and escalate. Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, as an educational institution located in the community, provides academic services to Bed-ridden Patients and Caregivers. The purpose of this research was to study the academic service results for Bed-ridden Patients and Caregivers from Wat Ratniyom of Tambon Health Promoting Hospital, Sai Noi District, Nonthaburi Province. Of the Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology. 16 bed-ridden patients and 18 caregivers were assigned to select a specific sample. Tools used in the research were the questionnaire on project performance. The evaluation form for screening ADL health problems and the mental health index test Data analyzed by Average mean, standard deviation (SD) and test statistics (Pair t-test). The results of the study were as follows: 1. The caregivers of bed-ridden patients–have an opinion on the overall project at the most suitable level, the mean was 4.72 (SD=0.13), with the highest productivity in the highest level, the mean was 4.80 (SD=0.06). 2. bed-ridden patient have the ability to carry out daily ADL after participating in the program with statistically significant increase at the .01 level. 3. The bed-ridden patients were happier after participating in the program with statistically significant increase at the .01 level. Therefore, this type of academic service can solve health problems and increase happiness of bed-ridden patients. Therefore, can be a guideline for organizing activities to solve health problems and increase happiness for bed-ridden patients in other communities.

Keywords: Academic services results, Wat Ratniyom of Tambon Health Promoting Hospital,
Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

¹Professional level of Thai traditional medicine, Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

²Professional level of Public health technical officer, Wat Ratniyom of Tambon Health Promoting Hospital

³Practitioner level of Registered nursing, Wat Ratniyom of Tambon Health Promoting Hospital

⁴Practitioner level of Thai traditional medicine, Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

⁵Thai traditional medicine, Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

⁶Thai traditional medical doctor, Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

บทนำ

การบริการวิชาการแก่ชุมชนเป็นภารกิจหลักอย่างหนึ่งของสถาบันอุดมศึกษา โดยทางวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษกมีการให้บริการวิชาการแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อเป็นการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง และการพัฒนาท้องถิ่นให้มีคุณภาพยั่งยืน ประชาชนมีความสุขโดยการยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง ตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี พ.ศ.2560-2579¹ และนโยบาย แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 โดยการต่อยอดความคิดเชิงลึกในแต่ละประเด็นปัญหา ประกอบด้วย 1) การสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพของประชาชนทุกระดับ 2) การสร้างสุขภาพเชิงรุก และ 3) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล²

จากการศึกษาสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนราชวรินทร์ อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.76 เบาหวาน ร้อยละ 11.10 ทางเดินหายใจส่วนบน ร้อยละ 10.47 และเวียนศีรษะ ร้อยละ 1.72 ตามลำดับ และมีปัญหาด้านสุขภาพ คือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ใช้เลือดออก, โรคเรื้อรัง และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีความต้องการด้านสุขภาพ 3 ลำดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($\bar{X}$ =4.62, SD=0.74) การประคบสมุนไพร ($\bar{X}$ =4.62, SD=0.62) และการจ่ายยาสมุนไพร ($\bar{X}$ =4.52, SD=0.72)³

ในปีการศึกษา 2562 ในฐานะที่วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันที่ผลิตบัณฑิตที่เป็นต้นแบบบุคลากรสาธารณสุขของประเทศ ได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชน และการสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษา ในการบริการด้านสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในตำบราชวรินทร์เป็นชุมชนเป้าหมาย ดังนั้นจึงจัดโครงการบริการวิชาการเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้วิทยาลัยมีการบริการวิชาการแก่สังคมโดยเน้นการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบวิถีไทยตลอดจนภูมิปัญญาทางการแพทย์ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาแบบวิถีไทยและภูมิปัญญาไทย รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพอย่างยั่งยืนในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้ผู้รับบริการมีวิถีชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการติดตามประเมินผลกระทบของการดำเนินงานการบริการวิชาการเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อนำผลการศึกษาในครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการในครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินศึกษาผลการบริการวิชาการผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราชวรินทร์ อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ตามรูปแบบชิปปโมเดล (CIPP)⁴

ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อประเมินผลของการดำเนินงานโครงการบริการวิชาการเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ปีงบประมาณ 2562 โดยใช้รูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ใน 4 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และด้านผลผลิต (Product Evaluation)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือผู้ป่วยติดเตียงในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราชภรณ์นิคม อำเภอนาทนน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 23 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 23 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 ผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 18 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1) เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยติดเตียงเข้าร่วมกิจกรรมการให้บริการวิชาการ และสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เกณฑ์คัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความประสงค์ที่จะขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม

3) เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต หรือไม่สามารถเข้าร่วม

โครงการได้ครบตามกำหนด โดยงานวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมโครงการจำนวน 2 คน ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน

1.2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 18 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1) เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเข้าร่วมกิจกรรมการให้บริการวิชาการ และสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เกณฑ์คัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความประสงค์ที่จะขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม

3) เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโครงการ คือ ไม่สามารถติดตามหรือติดต่อได้

2. ขั้นตอนการดำเนินการโครงการบริการวิชาการเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง

2.1 สำรวจสถิติชีพ ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราชภรณ์นิคม อำเภอนาทนน้อย จังหวัดนนทบุรี

2.2 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราชภรณ์นิคม อำเภอนาทนน้อย จังหวัดนนทบุรี ประชุมเพื่อวางแผนการให้บริการวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2562

2.3 สำรวจครอบครัวในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่มีผู้ป่วยติดเตียงและมีความประสงค์ที่จะรับบริการวิชาการ

2.4 วางแผนการดำเนินโครงการ

2.5 ดำเนินการให้บริการวิชาการแก่ผู้ป่วยติดเตียงเป้าหมาย โดยใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อครั้ง ต่อ

สัปดาห์ ติดต่อกัน 10 สัปดาห์ โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

2.5.1 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้นำอาจารย์แก่ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยติดเตียง

2.5.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ดำเนินการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้การรักษาดูแล และให้คำแนะนำผู้ป่วยติดเตียง ตามหลักการด้านการพยาบาลและสาธารณสุข

2.5.3 นักศึกษาร่วมกับอาจารย์ ดำเนินการซักประวัติ และตรวจร่างกายตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้แก่ ลักษณะทั่วไป การตรวจชีพจร ตรวจลิ้น ตรวจตา ตรวจกำเดา ตรวจเส้นสมุสา ตรวจเส้นอัมฤชาศาสตร์ ตรวจเส้นอัมพฤกษ์ คัดกรองปัญหาสุขภาพ (ADL) และประเมินสุขภาพจิต

2.5.4 นักศึกษาร่วมกับอาจารย์ ดำเนินการให้หัตถการ ได้แก่ การนวดแบบราชสำนัก การประคบ การทำหัตถการเผาไฟที่ท้อง และการออกกำลังกายขยับเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ

2.5.5 นักศึกษาร่วมกับอาจารย์ ดำเนินการให้กิจกรรมบำบัด โดยคำนึงถึงความชอบก่อนติดเตียง เช่น การร้องเพลง การเล่นเกม การสนทนา การเล่นเกม ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

2.5.6 นักศึกษาได้ดำเนินการจ่ายยาสมุนไพร และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียง และการออกกำลังกาย

2.5.7 นักศึกษาดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น การทำความสะอาดมุ้งลวด การทำความสะอาดพื้น ทำความสะอาดที่นอน และจัดของเครื่องใช้ให้เหมาะสม

2.5.8 นักศึกษาดำเนินการนำนวัตกรรมหมอนที่ผลิตจากหลอดกาแฟ มาใช้หนุนบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

2.5.9 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการติดตามผลการให้บริการวิชาการในเบื้องต้น และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่ออาจารย์และนักศึกษากาแฟแพทย์แผนไทยเป็นระยะ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบสอบถามผลการดำเนินการบริการวิชาการ โดยอาศัยแนวคิดของงานวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการการฟื้นฟูสภาพและสร้างเสริมสมรรถนะผู้ป่วยเรื้อรังที่สูงอายุโดยเครือข่ายเด็กและเยาวชน ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี⁵ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ของผู้ป่วยติดเตียง ส่วนที่ 2 ความเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินการบริการวิชาการ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท 3 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า 5 ข้อ ด้านกระบวนการ 6 ข้อ และด้านผลผลิต 6 ข้อ และตอนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นนอกเหนือไปจากคำถามที่มีอยู่ในแบบสอบถาม โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยการหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity)⁶ ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ

จึงไม่มีการแก้ไข และผ่านการวัดค่าความเชื่อมั่น (Reliability)⁷ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86

3.2 แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ของ ADL (Barthel Activities of Daily Living)⁸ เป็นแบบประเมินที่ใช้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตาม กลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบ กิจกรรมประจำวันมีจำนวน 10 ข้อคำถาม ดังนี้

- 1) Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
- 2) Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรง ฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
- 3) Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้)
- 4) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
- 5) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือบ้าน)
- 6) Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
- 7) Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)
- 8) Bathing (การอาบน้ำ)
- 9) Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
- 10) Bladder (การกลั่นปัสสาวะใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

โดยแต่ละข้อจะมีเลข 0, 1, 2 หรือ 3 ให้เลือกตอบตามลำดับ

3.3 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต⁹ เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง โดยหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนิน

ชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใตสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีคำตอบ 4 ตัวเลือก

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจาก กิจกรรมการให้บริการวิชาการ

4.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

4.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลปัญหาสุขภาพ (ADL) และแบบทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดเตียงก่อนรับบริการวิชาการ

4.4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลปัญหาสุขภาพ (ADL) และแบบทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดเตียงหลังรับบริการวิชาการ

4.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ ก่อนที่จะนำไปลงรหัสและทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

5. จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการการทำวิจัยในมนุษย์จาก วิทยาลัย เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขที่ KMPHT 63010003 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นที่มีต่อโครงการ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต แบบประเมินคัดกรอง ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ADL แบบทดสอบดัชนีวัด

สุขภาพจิตของคนไทย โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การเปรียบเทียบผลก่อน - หลังการเข้าร่วมโครงการได้แก่ ค่า คะแนน ADL และค่าความสุข โดยใช้สถิติการทดสอบที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44 เป็นเพศชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 ส่วนใหญ่เป็นอยู่ในช่วง

วัยที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 รองลงมาคือมีช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 และ 31-40 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ระดับการศึกษาผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และด้านอาชีพ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 61.11 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 27.78 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 18)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	5.56
หญิง	17	94.44
อายุ		
31-40 ปี	2	11.11
41-50 ปี	2	11.11
51ปีขึ้นไป	14	77.78
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	11.11
ประถมศึกษา	9	50.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	33.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	5.56

2. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ (ADL) และการประเมินภาวะความสุขคนไทยก่อน-หลังการเข้าร่วมโครงการ

ก่อนและหลังการให้บริการวิชาการ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ (ADL) และการประเมินภาวะความสุขคนไทยในการประเมินกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ของค่าคะแนนปัญหาสุขภาพ ADL ขณะก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยปัญหา เท่ากับ 6.65 คะแนน และค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) หลังเข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 9.00

คะแนน เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) คะแนนภาวะความสุข ขณะก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยปัญหา เท่ากับ 34.08 คะแนน และค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) หลังเข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 37.92 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนปัญหาผู้สูงอายุ ADL และคะแนนความสุขของผู้ป่วยเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ (N = 16)

รายการ	คะแนนปัญหาสุขภาพ		p-value	คะแนนความสุข		p-value
	ผู้สูงอายุ ADL					
	Mean	SD		Mean	SD	
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	6.56	6.12	0.003*	34.08	6.08	0.008*
หลังเข้าร่วมโครงการ	9.00	6.89		37.92	7.29	

*p-value < 0.01

3. ความพึงพอใจ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ

3.1 ด้านบริบท (Context Evaluation)
หลังจากการให้บริการวิชาการ ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามเพื่อประเมินผลการบริการวิชาการด้านบริบท พบว่าภาพรวมด้านบริบทมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.72,

SD=0.09) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือสถานที่ดำเนินกิจกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.78, SD=0.43) และการดำเนินโครงการมีความจำเป็น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.78, SD=0.43) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับด้านบริบท (n=18)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
1. สถานที่ดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.78	0.43	มากที่สุด
2. การดำเนินโครงการมีความจำเป็น	4.78	0.43	มากที่สุด
3. การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการ	4.61	0.50	มากที่สุด
รวม	4.72	0.09	มากที่สุด

3.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) SD=0.16) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ หลังจากการให้บริการวิชาการ ผู้วิจัยได้แจก แบบสอบถามเพื่อประเมินผลการบริการวิชาการ ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าภาพรวมด้านปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.63, SD=0.16) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ อาจารย์มีความรู้ด้านสุขภาพมาดำเนินการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธีและถูกต้อง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.83, SD=0.38) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับด้านปัจจัยนำเข้า (n = 18)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
1. งบประมาณในการดำเนินกิจกรรมมีความเพียงพอ	4.56	0.51	มากที่สุด
2. อาจารย์มีความรู้ด้านสุขภาพมาดำเนินการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธีและถูกต้อง	4.83	0.38	มากที่สุด
3. นักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพมาดำเนินการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธีและถูกต้อง	4.50	0.62	มากที่สุด
4. จำนวนอาจารย์และนักศึกษา มีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	4.78	0.43	มากที่สุด
5. วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการดำเนินโครงการเพียงพอ	4.50	0.51	มากที่สุด
รวม	4.63	0.16	มากที่สุด

3.3 ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)

หลังจากการให้บริการวิชาการ ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามเพื่อประเมินผลการบริการวิชาการด้านกระบวนการ พบว่าภาพรวมด้านกระบวนการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.36$, $SD=0.68$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ

กิจกรรมช่วยส่งเสริม และพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ($\bar{X}=4.83$, $SD=0.38$) กิจกรรมมีความเหมาะสมสำหรับปัญหาของผู้ป่วย ($\bar{X}=4.83$, $SD=0.38$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับด้านกระบวนการ (n=18)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
1. กิจกรรมช่วยส่งเสริมการออกกำลังกายและช่วยให้พัฒนาการเคลื่อนไหว	4.78	0.43	มากที่สุด
2. กิจกรรมช่วยส่งเสริม และพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม	4.83	0.38	มากที่สุด
3. กิจกรรมมีความเหมาะสมสำหรับปัญหาของผู้ป่วย	4.83	0.38	มากที่สุด
4. ระยะเวลาในการดำเนินโครงการมีความเหมาะสม	4.39	0.70	มากที่สุด
5. การจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม	4.72	0.46	มากที่สุด
6. มีการเข้าถึงผู้ป่วยติดเตียงทุกบ้านอย่างเท่าเทียม	4.72	0.46	มากที่สุด
รวม	4.71	0.17	มากที่สุด

3.4 ด้านผลผลิต (Product Evaluation)

หลังจากการให้บริการวิชาการ ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามเพื่อประเมินผลการบริการวิชาการด้านบริบท พบว่าภาพรวมผลผลิตอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.80$, $SD=0.06$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดมี 4 ข้อ คือ การดำเนินโครงการทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมีสุขภาพที่ดีขึ้น ($\bar{X}=4.83$, $SD=0.38$)

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย ($\bar{X}=4.83$, $SD=0.38$) อยากให้มีการจัดโครงการเช่นนี้อีกในทุก ๆ ปี ($\bar{X}=4.83$, $SD=0.38$) ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ ($\bar{X}=4.83$, $SD=0.38$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับด้านผลผลิต (n=18)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
1. การดำเนินโครงการทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมีสุขภาพที่ดีขึ้น	4.83	0.38	มากที่สุด
2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย	4.83	0.38	มากที่สุด
3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง	4.72	0.46	มากที่สุด
4. กิจกรรมช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้	4.72	0.46	มากที่สุด
5. อยากให้มีการจัดโครงการเช่นนี้อีกในทุกๆปี	4.83	0.38	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ	4.83	0.38	มากที่สุด
รวม	4.80	0.06	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ภาพรวมด้านบริบทมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ที่ค่าเฉลี่ย 4.72 (SD=0.09) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ สถานที่ดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม ที่ค่าเฉลี่ย 4.78 (SD=0.43) และการดำเนินโครงการมีความจำเป็น ที่ค่าเฉลี่ย 4.78 (SD=0.43) อธิบายได้ว่า เนื่องจากโครงการนี้มีการดำเนินการหลังจากมีการศึกษาสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนราชบุรีนิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี³ แล้วพบว่า มีความต้องการด้านสุขภาพ 3 ลำดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุดคือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันฟู ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ค่าเฉลี่ย 4.62 (SD=0.74) การประคบสมุนไพร ที่ค่าเฉลี่ย 4.62 (SD=0.62) และการจ่ายยาสมุนไพร ที่ค่าเฉลี่ย 4.52 (SD=0.72) สอดคล้องกับแนวโน้มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 46,910 คน คิดเป็น

อัตราการป่วย 960.18 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 49,643 คน คิดเป็นอัตราการป่วย 1,010.15 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 55,665 คน คิดเป็นอัตราการป่วย 1,125.90 ต่อประชากรแสนคน¹⁰ และสอดคล้องกับงานวิจัยธิดารัตน์ กันทาแจ่ม¹¹ ที่ทำการศึกษาความต้องการและโอกาสการเข้าถึงการบริการด้วยการแพทย์แผนไทยเขตบริการโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชาชนต้องการใช้บริการการแพทย์แผนไทยในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันฟู ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

ภาพรวมด้านปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ที่ค่าเฉลี่ย 4.63 (SD=0.16) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ อาจารย์มีความรู้ด้านสุขภาพมาดำเนินการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตนอย่างถูกวิธีและถูกต้อง ที่ค่าเฉลี่ย 4.83 (SD=0.38) อธิบายได้ว่าเนื่องจากอาจารย์เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านแพทย์แผน

ไทยของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยติดเตียงเป็นอย่างดี สอดคล้องกับ งานวิจัยของอำพล บุญเพียรและคณะ⁵ โครงการฟื้นฟูสภาพและสร้างเสริมสมรรถนะผู้ป่วยเรื้อรังที่สูงอายุโดยเครือข่ายเด็กและเยาวชน ที่พบว่า วิทยาการเป็นอาจารย์แพทย์แผนไทย ผู้เข้าร่วมโครงการประเมินผลว่า วิทยาการมีความรู้ความสามารถในการอบรม ในระดับมากที่สุด

ภาพรวมด้านกระบวนการ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 4.36 (SD=0.68) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดมีคะแนนเท่ากับ 2 ข้อ คือกิจกรรมช่วยส่งเสริมและพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ค่าเฉลี่ย 4.83 (SD=0.38) กิจกรรมมีความเหมาะสมสำหรับปัญหาของผู้ป่วย ที่ค่าเฉลี่ย 4.83 (SD=0.38) อธิบายได้ว่าเนื่องจากโครงการนี้ได้ออกแบบมาสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยเฉพาะซึ่งออกแบบร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่เข้าใจบริบทและปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน และอาจารย์แพทย์แผนไทยที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยกิจกรรมมีการให้การนวด ประคบ ออกกำลังกาย และกิจกรรมบำบัด สอดคล้องกับงานวิจัยของสกวเดือน นาสงกุลและวิชัย เอกพลากร¹² พบว่า การเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจกล้ามเนื้อ ทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นและดูแลสุขภาพทั่วไปให้กับผู้ป่วยติดเตียงสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทำให้ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพลดลง อัตราการแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดบวม และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลง

ภาพรวมด้านผลผลิต มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 4.80 (SD=0.06) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือการดำเนินโครงการทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมีสุขภาพที่ดีขึ้น ที่ค่าเฉลี่ย 4.83 (SD=0.38) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย ที่ค่าเฉลี่ย 4.83 (SD=0.38) อยากให้มีการจัดโครงการเช่นนี้อีกในทุก ๆ ปี ที่ค่าเฉลี่ย 4.83 (SD=0.38) ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ ที่ค่าเฉลี่ย 4.83 (SD=0.38) และผู้ป่วยติดเตียง มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ระดับความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าเนื่องจากโครงการมีกิจกรรมในการดูแลด้านการนวดไทย การออกกำลังกาย และส่งเสริมให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจถึงวิธีปฏิบัติได้มากขึ้น จึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ งานวิจัยของ ผุสดี ก่อเจดีย์ ชนัญชิตา วงษ์ท้าว และปัทมณา เมืองไทยชัย¹³ ที่พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการนวดไทย 4 สัปดาห์ มีระดับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และระดับของความวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยการดูแลสุขภาพแบบวิถีไทตลอดจนภูมิปัญญาทางการแพทย์สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตได้

ดังนั้นจึงสามารถนำไปเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอื่น ๆ ได้

2. ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลกระทบในระยะสั้นจึงไม่สามารถประเมินผลกระทบในระยะยาวได้ จึงควรทำโครงการที่มีระยะเวลายาวและดำเนินการประเมินผลกระทบในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. รายงานผลการดำเนินงานปีการศึกษา 2561. นนทบุรี: งานประกันคุณภาพการศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก, 2562.
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ. แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.; 2560.
3. อำพล บุญเพียร, ปฐมา จันทรพล และอริศรา ธนาศักดิ์. การศึกษาสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนราชภัฏนิคม อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก, 2562.
4. Stufflebeam, D. L., Madam, C. F., & Kellaghan, T. (eds.). The CIPP model for evaluation in Evaluation model. Boston, MA: Kluwer Academic, 2000.
5. อำพล บุญเพียร, สายฝน ตันตะโยธิน, วันเพ็ญ ยอดคง, วรินทร์ เชิดชูธีรกุล และยุทธนา ตันตะโยธิน. “การประเมินผลโครงการการฟื้นฟูสภาพและสร้างเสริมสมรรถนะผู้ป่วยเรื้อรังที่สูงอายุโดยเครือข่ายเด็กและเยาวชน ตำบลคลองขวาง อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี” วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 4(2): 27-37; เมษายน-มิถุนายน, 2561.
6. ประสพชัย พสุนนท์. “ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์” วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 18: 375-396; มกราคม-ธันวาคม, 2558.
7. ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. “การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์” วารสารพยาบาลทหารบก. 19(1): 9-15; มกราคม-มีนาคม, 2561.
8. นงนุช โอบะ. “สมรรถนะภาพทางสมองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชนบทไทย”วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 9(1): 17-31; มกราคม-มีนาคม, 2558.
9. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชริน หัตถพนม, ไพโรจน์ รมชัย และวรรณ จุฑา. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
10. ชิดารัตน์ กันทาแจ้ง. ศึกษาความต้องการและโอกาสการเข้าถึงการบริการด้วยการแพทย์แผนไทยเขตบริการ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2558.

11. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง และ COPD) [Internet]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ธันวาคม 7]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
12. สกาวเดือน น้าแสงกุล และวิชัย เอกพลากร. “ผู้ป่วยยากจนติดบ้านติดเตียง และบทบาทของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในอำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา” วารสารวิชาการสาธารณสุข. 26(1): 94-104; มกราคม-มีนาคม, 2560.
13. ผุสดี ก่อเจตย์, ชนัญชิตา วงษ์ท้าว และปัทมณา เมืองไทยชัย. “ผลของการนวดแผนไทยต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 42(2): 106-114; เมษายน-มิถุนายน, 2562.

Received: 23 Oct 2020, Revised: 7 Feb 2021

Accepted: 18 May 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ปณณทัต ตันธนปัญญากร¹ กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์^{1,*} ธรรมศักดิ์ สายแก้ว² วรางคณา จันทรคง³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและมีความเชื่อมั่นทั้งนี้โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ความรู้เรื่องบุหรี่เท่ากับ 0.84, ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.81, การเข้าถึงบุหรี่ เท่ากับ 0.90, ความรู้กฎหมายและข้อห้ามในการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.79 และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.92 มีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ในเยาวชนที่มีอายุ 15 ปี- 18 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 280 คน โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติ Chi-Square ผลการวิจัย พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.93 อายุเฉลี่ย 16.83 ปี (SD=0.97) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน สูบบุหรี่ ร้อยละ 39.64 โดยปัจจัยส่วนบุคคล อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในตำบลลาดใหญ่ ในขณะที่ เพศ ด้านอาชีพของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในตำบลลาดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบุหรี่ ปัจจัยด้านการได้รับความรู้ทางกฎหมาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในตำบลลาดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชน ทั้งเยาวชนที่สูบบุหรี่อยู่แล้วและเยาวชนที่มีแนวโน้มในการเริ่มสูบบุหรี่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพในการดำเนินการต่อไป

คำสำคัญ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เยาวชน

¹ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

³ รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* Corresponding author: klarnarong.wong@vru.ac.th

*Original Article***Factors Associated with smoking behavior of youth in Lat Yai Sub district
Mueang Samut-Songkhram District Samut Songkhram Province**

Phannathat Tanthanapanyakorn¹ Klarnarong Wongpituk^{1,*},
Tamasak Saykaew², Warangkana Chankong³

Abstract

The purpose of this Survey research was to examine factors affecting smoking behavior of youth in Lat-Yai sub-district Mueang Samut-Songkhram District Samut-Songkhram Province. Data collected by using personal, knowledge, attitude, cigarette access, and legal knowledge questionnaire. That has been validated by the expert, and the reliability of the questionnaire; knowledge, attitude, cigarette access, and legal knowledge were 0.84, 0.81, 0.90, 0.79, and 0.92, respectively. The sample was probability sampling of youth age 15-18 years living in Lat-Yai sub-district Mueang Samut-Songkhram District Samut-Songkhram Province, 280 people. That selected using specific method. Descriptive statistics, such as percentage, frequency, SD, and Chi-Square were used in the analysis of data. The result: Most of the sample was male, 68.93%, the mean age was 16.83 years (SD = 0.97). The percentage of youth with smoking behavior was 39.64%. The personal factors of the parents, age, education level, and marital status were not related to the smoking behavior of youth in Lat- Yai sub-district. While the sex and occupation of parents were associated with smoking behavior of youth in Lat-Yai sub-district, statistically significant at 0.05 level. Knowledge of cigarettes factor, Attitude of cigarettes factor, cigarette access factor, and the factors of legal knowledge were associated with the smoking behavior of youth in Lad Yai sub-district, statistically significant at 0.05 level. The results of this research can be applied as a guideline to establishing anti-smoking patterns among youths, both those who smoke already and those who are likely to start smoking. This is to ensure continuity and efficiency in further action.

Keyword: Smoking behavior, Youth

¹Faculty of public health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

²Department of public health, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University

³School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: klarnarong.wong@vru.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดให้ การติดบุหรี่ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องบำบัดรักษา เนื่องจากเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่เป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ 6 ล้านคนต่อปี หากไม่มีการควบคุมการสูบบุหรี่อย่างจริงจัง ในศตวรรษที่ 21 อาจมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่าหนึ่งพันล้านคน¹ สถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นของโลกถือได้ว่ามีแนวโน้มที่สูงเพิ่มมากขึ้น โดยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน จากรายงานพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิง 4 เท่า โดยประมาณ ประกอบกับรายงานการสูบบุหรี่ของประเทศต่าง ๆ ซึ่งเป็นประเทศเพื่อนบ้านในพื้นที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งยังคงพบว่าการสูบบุหรี่ของเยาวชนในประเทศเหล่านั้น ยังคงมีอัตราที่สูง² ประเทศไทยมีการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยทุก 3 ปี พบว่า ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ถึง 2560 มีอัตราลดลง จากการพยากรณ์อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ตั้งแต่ปี 2554 ถึงปี 2568 พบว่าตามแนวโน้มที่ผ่านมา อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จะลดลงเฉลี่ยปีละ 0.23 โดยลดลงจากร้อยละ 20.3 เป็นร้อยละ 17.5 แต่จะมีผู้สูบบุหรี่จำนวนมากถึง 10.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568³ ทั้งนี้ในปี 2562 ข้อมูลสถิติความชุกของผู้

สูบบุหรี่ของวัยรุ่น อายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม มีสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยมีอัตราการบริโภคยาสูบอยู่ที่ร้อยละ 7.76 มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด ได้แก่ หมู่ที่ 7 รองลงมาหมู่ที่ 9 และ 5 (ร้อยละ 16.03, 14.84 และ 13.39 ตามลำดับ) ในขณะที่อัตราการสูบบุหรี่น้อยที่สุด คือ หมู่ที่ 10 รองลงมาคือหมู่ที่ 4 และ 8 (ร้อยละ 1.78, 2.93 และ 4.94 ตามลำดับ)⁴ และจากการทบทวนวรรณกรรมและการเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องซึ่ง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ด้านการเข้าถึงบุหรี่ และด้านการได้รับความรู้ทางกฎหมาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อีกทั้งในพื้นที่ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ยังไม่มีการศึกษาวิจัยดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในพื้นที่ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งยังคงมีปัญหการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยในพื้นที่ตำบลลาดใหญ่มีพื้นที่ติดต่อกับเขตพื้นที่ที่ตั้งหอพักนักศึกษาและโรงเรียน วัดหลายแห่ง เพื่อนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้สร้างกลไกในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่แบบมีส่วนร่วมของเยาวชน ตลอดจนการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในการลด เลิก สูบบุหรี่ พร้อมทั้งได้ขอเสนอแนะในเชิงนโยบายในการนำไปสู่การปฏิบัติการลดปัจจัยเสี่ยงจากบุหรี่ของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ย ปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ย ปัจจัยด้านการเข้าถึงบุหรี่ย ปัจจัยด้านการได้รับความรู้ทางกฎหมายและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยของเยาวชน ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ย ปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ย ปัจจัยด้านการเข้าถึงบุหรี่ย ปัจจัยด้านการได้รับความรู้ทางกฎหมายกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยของเยาวชน ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ทำการศึกษา ในระหว่างเดือนมิถุนายน – ตุลาคม 2563

ประชากรที่ศึกษา คือ เยาวชน ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีอายุ 15 - 18 ปี ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 896 คน

ขนาดตัวอย่าง กำหนดโดยการใช้สูตรของทาโร่ ยามานะ (Yamane)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{896}{3.24} = 276.54 \text{ คน โดยได้}$$

กำหนดเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 280 คน

วิธีสุ่มตัวอย่าง แบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เยาวชน ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง

สมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีอายุ 15 - 18 ปี จำนวน 280 คน

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง สถานที่พักอาศัยและอาชีพของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องบุหรี่ย เป็นลักษณะข้อคำถามปลายปิด (Bloom, 1975) โดยมีระดับคะแนน คือ ถูก ผิด มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ย โดยมีตัวเลือกที่แบ่งระดับตาม Likert scale จำนวน 5 ระดับ สามารถเลือกได้เพียงคำตอบเดียว มีทั้งข้อคำถามเป็นเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบุหรี่ย เป็นลักษณะข้อคำถามปลายปิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบุหรี่ย มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 3 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับความรู้กฎหมายและข้อห้ามในการสูบบุหรี่ย เป็นลักษณะข้อคำถามปลายปิดเกี่ยวกับการได้รับความรู้กฎหมายและข้อห้ามในการสูบบุหรี่ย โดยมีระดับคะแนน คือ ถูก ผิด โดยตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดไม่ได้คะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 5 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ย โดยมีตัวเลือกที่แบ่งระดับ

ตาม Likert scale จำนวน 4 ระดับ สามารถเลือกได้เพียงคำตอบเดียว มีทั้งข้อคำถามเป็นเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ

โดยแบบสอบถามได้ผ่านขั้นตอนการตรวจความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน และมีความเชื่อมั่นทั้งนี้โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ความรู้เรื่องบุหรี่ เท่ากับ 0.84, ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.81 การเข้าถึงบุหรี่ เท่ากับ 0.90 ความรู้กฎหมายและข้อห้ามในการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.79 และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ได้ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน 2563 – 10 ตุลาคม 2563 โดยได้ดำเนินการดังนี้

1. ประสานงานพื้นที่การวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดใหญ่ และประกาศรับสมัครผู้ช่วยนักวิจัย คือ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปี 4 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
2. ข้อมูลด้านปฐมภูมิ ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานต้นสังกัดในการออกหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่วิจัย จากนั้นผู้วิจัยออกพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยพร้อมเอกสารการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ เก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป
3. ข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานต้นสังกัดในการออกหนังสือขอข้อมูลสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป เพื่อหาจำนวน ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้สถิติทดสอบไค สแควร์ (chi – square test) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ การเข้าถึงบุหรี่และการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับสูบบุหรี่ กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

จริยธรรมการวิจัย ได้รับเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เลขที่โครงการวิจัย 12/2563 วันที่รับรอง 10 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะประชากร กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นจำนวน 280 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.93 (193 คน) และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 31.07 (87 คน) มีอายุเฉลี่ย 16.83 $\pm$ 0.97 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วง

มัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 86.40 ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรส มากที่สุด ร้อยละ 61.43 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.43

ระดับความรู้ ทักษะ การเข้าถึงบุหรื การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรืของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.29 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.70 และน้อยสุด คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 5 ตามลำดับ มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 59.29 รองลงมาคือ ระดับปาน

กลาง ร้อยละ 33.57 และน้อยสุด คือ ระดับสูง ร้อยละ 7.14 ตามลำดับ วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการ เข้าถึงบุหรือยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.07 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.93 ตามลำดับ มีการรับรู้กฎหมาย เกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.64 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.00 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 15.36 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทักษะ การเข้าถึงบุหรื การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรืของวัยรุ่น

ตัวแปร	จำนวน (คน) (n=280)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับบุหรื		
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	222	79.29
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	44	15.70
ระดับต่ำ (≤ 5 คะแนน)	14	5.00
ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื		
ระดับสูง (3.68-5 คะแนน)	63	22.50
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	187	66.79
ระดับน้อย (1.00 - 2.33 คะแนน)	30	10.71
การเข้าถึงบุหรื		
ระดับสูง (3 คะแนน)	224	80.00
ระดับปานกลาง (2 คะแนน)	45	16.07
ระดับต่ำ (≤ 1 คะแนน)	11	3.93
รับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรื		
ระดับสูง (4-5 คะแนน)	153	54.64
ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	84	30.00
ระดับต่ำ (≤ 2 คะแนน)	43	15.36

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น พบว่า กลาง ร้อยละ 79.28 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 11.71 และระดับสูง ร้อยละ 9.01 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.71 และระดับสูง ร้อยละ 9.01 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

ตัวแปร	จำนวน (คน) (n=280)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
สูบ	111	39.64
ไม่สูบ	169	60.36
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ระดับสูง (3.01-4 คะแนน)	10	9.01
ระดับปานกลาง (2.01-3 คะแนน)	88	79.28
ระดับต่ำ (≤ 2 คะแนน)	13	11.71

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า เพศ ของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วน อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ตัวแปร	สูบบุหรี่ (n=111)		ไม่สูบ (n=169)		Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					4.70	0.03
ชาย	85	76.58	108	63.91		
หญิง	26	23.42	61	36.09		
อายุ (ปี)					12.35	0.11
14-17	14	12.61	75	44.38		
18-21	93	83.78	60	35.50		
>21	4	3.60	34	20.12		

ตัวแปร	สูบบุหรี่ (n=111)		ไม่สูบบุหรี่ (n=169)		Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					4.40	0.60
ไม่ได้เรียน	14	12.61	13	7.69		
ประถมศึกษา	35	31.53	4	2.37		
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	36.94	33	19.53		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	21	18.92	64	37.87		
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	-	-	55	32.54		
สถานภาพสมรส					11.25	0.06
สมรส	58	52.25	114	67.46		
หม้าย	19	17.12	5	2.96		
แยกกันอยู่	26	23.42	24	14.20		
หย่าร้าง	8	7.21	26	15.38		
อาชีพของผู้ปกครอง					23.75	0.001
ไม่ได้ทำงาน	19	17.12	4	2.37		
รับจ้าง	79	71.17	93	55.03		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	0.90	9	5.33		
เกษตรกร	12	10.81	17	10.06		
อื่นๆ	-	-	46	27.22		

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทศคดีเกี่ยวกับบุหรี่ การเข้าถึงบุหรี่ รับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ปัจจัยด้านระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรืของวัยรุ่น และ ระดับการเข้าถึงบุหรื ของวัยรุ่น มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ ปัจจัยด้านทศคดีเกี่ยวกับบุหรื และปัจจัยด้านการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรื มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรื ทักษะเกี่ยวกับบุหรื การเข้าถึงบุหรื รับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่น ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ตัวแปร	สูบบุหรื (n=111)		ไม่สูบบุหรื (n=169)		Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เกี่ยวกับบุหรื					10.20	0.03
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	72	64.86	88	52.07		
ระดับปานกลาง(6-7 คะแนน)	30	28.83	39	23.08		
ระดับต่ำ (≤5 คะแนน)	9	8.11	42	24.85		
ทักษะเกี่ยวกับบุหรื					41.34	0.001
ระดับสูง (3.68-5 คะแนน)	29	26.13	30	10.71		
ระดับปานกลาง(2.34-3.67 คะแนน)	82	73.87	105	62.13		
ระดับน้อย (1.00 - 2.33 คะแนน)	-	-	34	20.12		
การเข้าถึงบุหรื					11.52	0.02
ระดับสูง (3 คะแนน)	-	-	56	33.14		
ระดับปานกลาง (2 คะแนน)	11	9.91	79	46.75		
ระดับต่ำ (≤1 คะแนน)	100	90.09	34	20.12		
รับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรื					42.18	0.001
ระดับสูง (4-5 คะแนน)	31	27.93	30	10.71		
ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	80	72.07	64	37.87		
ระดับต่ำ (≤2 คะแนน)	-	-	75	44.38		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย อภิปรายการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่น โดยนำเสนอ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่น ได้แก่ เพศ และอาชีพของผู้ปกครอง โดยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่น ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากเยาวชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะเพศชายถูกชักชวนอยากสู้อยากลอง ต้องการการยอมรับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ชิดนาคีและคณะ⁵ ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่นจังหวัดอุดรดิตถ์พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ Nadia J. Sweis⁶ ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรืของประชาชนในประเทศจอร์แดน พบว่า เพศ เป็นปัจจัยด้าน

ร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

อาชีพของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ในตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากบางอาชีพของผู้ปกครองทำงานนอกบ้าน ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้วัยรุ่นมีโอกาสพบเพื่อนในสังคมที่มีการสูบบุหรี่หรืออยากลอง สอดคล้องกับผลการศึกษา Amiri P. และคณะ⁷ ที่ศึกษาประสบการณ์การสูบบุหรี่ครั้งแรกและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในอนาคตของวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงจากผู้ปกครองที่แตกต่างกัน ในเขตเมือง ประเทศอิหร่าน พบว่า อาชีพของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ Mahdavian M. และคณะ⁸ ที่ศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่อาศัยอยู่ใน Kerman ประเทศอิหร่าน ที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 29 ปีในปี 2556 พบว่า อาชีพและการงานของบิดาของเยาวชนมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการสูบบุหรี่ในเด็กผู้ชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องบุหรี่ จากการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากในห้องเรียน และรับรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ จึงทำให้มีความรู้เรื่องการสูบบุหรี่ในระดับสูงจะส่งผลให้เกิดการ

หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ในขณะเดียวกันหากวัยรุ่นไม่ใส่ใจหรือไม่สนใจในการรับความรู้ในช่องทางต่าง ๆ ก็จะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เช่นเดิมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา วิริยะ และคณะ⁹ ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ Rahman Panahi และคณะ¹⁰ ศึกษาเรื่อง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาในหอพักของ Shahid Beheshti University of Medical Sciences ในปี 2559 พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับการบุหรี่ยของนักศึกษาในหอพัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่วัยรุ่นที่กำลังศึกษาและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีอาจารย์และผู้ปกครองคอยให้คำแนะนำอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับ Rahman Panahi และคณะ¹⁰ ศึกษาเรื่อง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาในหอพักของ Shahid Beheshti University of Medical Sciences ในปี 2559 พบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการบุหรี่ยของนักศึกษาในหอพัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับ ภักวรินทร์ ภักศิริสมบุญ และคณะ¹¹ ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบ

บุหรี่ย่านของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคตะวันออก พบว่า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

การเข้าถึงบุหรี่ย่านของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากบริเวณที่พักอาศัยและสถานศึกษาของวัยรุ่นส่วนใหญ่ มีร้านสะดวกซื้อ ร้านขายของชำ ร้านค้าพานิช หรืออื่น ๆ อีกมากมาย หรือแม้กระทั่งช่องทางการสั่งซื้อของออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต ที่สามารถสั่งซื้อบุหรี่ย่านได้อย่างง่ายและรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของลักษมล ลักษณะวิมล และคณะ¹² ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน คือ การเข้าถึงบุหรี่ย่านได้ง่าย การไม่เคร่งครัดในการบังคับใช้กฎหมายห้ามขายบุหรี่ย่านให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และสอดคล้องกับ อภิณัฐ ช้างกลางและคณะ¹³ วิเคราะห์สาเหตุเชิงพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตหญิง ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า การหาซื้อได้ง่ายและความสามารถในการเข้าถึงกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ย่าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่มีช่องทางการได้รับความรู้ทางกฎหมายและข้อห้ามที่หลากหลาย สื่อต่าง ๆ ในสถาบันการศึกษา ในหมู่บ้านและในที่สาธารณะ เป็นต้น เมื่อวัยรุ่นมีการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ย่านในระดับสูงก็จะเกิดความกลัวหากฝ่าฝืน เช่น กรณีการซื้อขายบุหรี่ย่านในเด็กต่ำกว่า 20 ปี หรือการจ้างวานให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อบุหรี่ย่านหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งมีโทษปรับเงินตามกฎหมาย แต่ในทางตรงข้ามหากวัยรุ่นไม่มีการรับรู้หรือรับรู้ในระดับต่ำก็ยังคงพฤติกรรมสูบบุหรี่เช่นเดิม ซึ่งสอดคล้องกับลักษมล ลักษณะวิมล และคณะ¹² ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การรับรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ตลอดจนสอดคล้องกับ อรรณพ วรอรุณ และคณะ¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้กฎระเบียบเรื่องบุหรี่ย่านของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1) จากผลการศึกษา เพศ ของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น และอาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นได้ตามบริบท

2) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของวัยรุ่น ปัจจัยด้านการเข้าถึงบุหรี่ของวัยรุ่น ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และ ปัจจัยด้านการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมในการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคบุหรี่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความเหมาะสม

3) ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

4) การศึกษาครั้งต่อไป อาจนำเสนอการศึกษาวิจัยในรูปแบบของการวิจัยระดับชาติ วิเคราะห์ เช่น การศึกษาวิจัยลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ที่มีอัตราความชุกการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น หรืออาจเป็นการวิจัยเชิงสำรวจในการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามสภาพจริงของทีมสุขภาพ โดยการนำข้อมูลการทำงานของทีมงานมาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผล หรือสาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่เป็นจริงมากขึ้น ครอบคลุมประเด็นของปัญหา ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ง่ายต่อการ

ดำเนินการวางแผนหาแนวทางการป้องกันและแก้ไข ปัญหาของทีมสุขภาพได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ตลอดจนอธิการบดีและคณะผู้บริหาร มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ที่ให้โอกาสและสนับสนุน ให้กำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์บุคลากรและพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ ให้งานวิจัยนี้ มีความสมบูรณ์และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

- ศิริพร จินดารัตน์, ส่วนนุรมา หะมะ, พาริดาห์ ดาโอ๊ะ, กิรติ มอลอ และฤทัยชนนี สิทธิชัย. รูปแบบการเลิกบุหรี่ของผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดปัตตานี. วารสารพยาบาล. 2563; 69(1): 28-35.
- มณฑา เก่งการพานิช, แสงเดือน สุวรรณรัมย์, ขวลา ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม และ ธราดล เก่งการพานิช. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงในเขต

- กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขศึกษา. 2557; 37(128): 29-44.
3. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.trc.or.th/th/media/attachments/2020/07/19/...-2562.pdf>
 4. งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. รายงานความชุกของผู้สูบบุหรี่จังหวัดสมุทรสงคราม พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. สมุทรสงคราม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://skmo.moph.go.th>
 5. ศศิธร ชิดนาคี และ วราภรณ์ ยศทวี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. 2561; 10(1): 83-93.
 6. Nadia J. Sweis. Smoking Behavior among Jordanians: Physical, Psychological, Social, and Economic Reasons. Value in Health Regional. 2018; 16: 5-8.
 7. Amiri P, Masihay-Akbar H, Jalali-Farahani S, Karimi M, Momenan AA, Azizi F. The first cigarette smoking experience and future smoking behaviors among adolescents with different parental risk: a longitudinal analysis in an urban Iranian population. International Journal of Behavioral Medicine. 2020 Dec;27(6):698-706.
 8. Mahdavian M, Zolala F. Determinants of risky behaviors in youth: A gender-based study. International Journal of High Risk Behaviors and Addiction. 2017 Mar 31;6(1). DOI : 10.5812/ijhrba.23604
 9. กัลยา วิริยะ, ประภาพร ชูกำเหนิด, และ อังศุมา อภิชาติ. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2562; 30(1): 66-74.
 10. Rahman Panahi, Ali Ramezankhani, Mahmoud Tavousi, Fereshte Osmani and Shamsaddin Niknami. Knowledge and Attitude of Dormitory Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences about Smoking in 2016. Health Education and Health Promotion (HEHP). 2016; 4(1): 51-61.

- 11.ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยใน กำกับของรัฐ ภาคตะวันออก. วารสาร สาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563; 15(2): 25-38.
- 12.ลักษมล ลักษณะวิมล, เรวดี เพชรศิริสัณฑ์, สายฝน เอกวรารังกูร และนัยนา หนูนิล. ปัจจัย ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ เยาวชน อำเภอท่าศาลา จังหวัด นครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาล. 2563; 69(1): 1-9.
- 13.อภินัฐ ช้างกลาง และพิษณุอภิสมภารโยธิน. การวิเคราะห์สาเหตุเชิงพฤติกรรมที่มี ความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ นิสิตหญิง ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่ง หนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2561; 7: 111-129.
- 14.อรรธรณ วรอรุณ, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล, ฉัตร สุนน พฤตมิถุนโณ, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริม ศักดิ์ และ ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองใน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสาร สาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560; 12(2): 75-85.

Received: 24 Jul 2020, Revised: 9 Feb 2021

Accepted: 19 Mar 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

**กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์**

พุดิธร มาลาทอง^{1*} เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์² สมศักดิ์ ศรีภักดี³

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูล และสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired Sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการครั้งนี้ มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1.การศึกษาบริบทพื้นที่ 2.การจัดประชุมทำแผนปฏิบัติการ 3.การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 4.การนิเทศติดตาม 5.การประเมินตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ 6.การเปรียบเทียบผล และ 7.สรุปปัญหาอุปสรรคกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ด้านความรู้ ด้านการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และยังส่งผลให้ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเยี่ยม โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ คือ การอบรมให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมของคณะกรรมการและการให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวโดยผู้บริหาร

คำสำคัญ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการสุขภาพ

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

*Corresponding author: krisda_ma@hotmail.com

Original Article

Process of Developing Standards for Expanded Program on Immunization in Primary Health Care Stage of The Contracting Unit of Primary Health Care in Chamni District, Buriram Province

Puttiton Malatong^{1,*}, Terdsak Promarak², Somsak Sripugdee³

Abstract

The purpose of this action research was to evaluate the process of developing standard for Expanded Program on Immunization (EPI) in primary health care stage in Chamni district, Buriram Province. We analyze the research by using an action plan include competencies development of four - step process: plan, action, observe and reflect. The data was collected from 40 people through careful review from advisory committee in EPI unit of primary healthcare in Chamni District, Buriram Province. We gathering data by interview and descriptive statistic were utilized to analyze the data. From the research identified the process of developing standard for EPI into 7 step which are: 1. study relevant to the area 2. Conduct plan for action research 3. Implementation of action plan 4. Supervision and monitoring 5. Continuous process the EPI in primary health care stage 6. Compare the results with information 7. Evaluate the result and problems which significantly affect employee performance, the assessment results of EPI standard in primary health care stage in Chamni district, Buriram Province were at the outstanding level. The research findings a conclusions of EPI high performance success were as follow 1. Knowledge learning from training 2. Strong teamwork and problem solving 3. Perception of professional executive.

Keywords: Expanded Program on Immunization (EPI), Standard for Expanded Program on Immunization, Primary health care stage, The Contracting Unit of Primary Health Care

¹Master of Public Health Student, Mahasarakham University

²Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Public Health Technical Officer, Buriram Provincial Public Health Office

*Corresponding author: krisda_ma@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยได้นำวัคซีนมาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่ พ.ศ. 2493 และใน พ.ศ. 2519 ได้เริ่มมีการวิเคราะห์จำนวนป่วยและตายของโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนว่าลดลงมากน้อยเพียงใด พบว่ามีเพียงโรคเดียวที่สามารถกวาดล้างไปจากประเทศไทยได้หมดตั้งแต่ พ.ศ. 2505 คือ ไข้ทรพิษ อันเนื่องจากการระดมปลูกฝีทั่วถึงเพียงครั้งเดียวก็สามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ตลอดชีวิต¹ นโยบายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่สำคัญคือ 1) การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคที่มีความจำเป็นให้ครอบคลุมจำนวนโรคให้มากที่สุด ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายสูงที่สุด 2) ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยการจัดให้มีการให้บริการวัคซีนในทุกระดับของสถานบริการ 3) วัคซีนที่ใช้ต้องมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคสูงและต้องมีความปลอดภัย และ 4) การให้บริการวัคซีนโดยไม่คิดมูลค่า² สำหรับสถานบริการภาครัฐ หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพมีวัคซีนพื้นฐานที่อยู่ในแผนขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 8 ชนิด สำหรับป้องกันโรคติดต่อ จำนวน 12 โรค ได้แก่ วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ตับอักเสบบี ใช้สมองอักเสบเฉียบ ไข้หวัดใหญ่ และมะเร็งปากมดลูก³

ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดบุรีรัมย์ ยังพบการระบาดของโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น การระบาดของหัด การระบาดของคางทูม และเมื่อมาดูความครอบคลุมการให้วัคซีนของเด็กที่มีอายุ 6 ปี ในปีนั้น ๆ ได้รับวัคซีนทุกชนิด

ตามโปรแกรมการให้วัคซีน ในแต่ละปี ย้อนหลังพบว่า พ.ศ. 2555 มีความครอบคลุมในการบริการวัคซีนตามโปรแกรมงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ร้อยละ 96.55 พ.ศ. 2556 มีความครอบคลุมร้อยละ 95.98 พ.ศ. 2557 มีความครอบคลุม ร้อยละ 91.33 พ.ศ. 2558 มีความครอบคลุมร้อยละ 91.19 พ.ศ. 2559 มีความครอบคลุม ร้อยละ 90.38 และพ.ศ. 2560 มีความครอบคลุมร้อยละ 90.33 เมื่อพิจารณาแยกรายอำเภอ ปรากฏว่า 5 อำเภอที่มีความครอบคลุม ใน พ.ศ. 2560 ต่ำที่สุด คือ อำเภอขามเฒ่า อำเภอเฉลิมพระเกียรติ อำเภอโนนสุวรรณ อำเภอปะคำ และอำเภอละหานทราย⁴

สำหรับการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ⁴ ซึ่งพบว่าหน่วยบริการ ระดับอำเภอขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์ได้รับผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการระดับอำเภอ ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 85–90) ติดต่อกันหลายปี จากสภาพปัญหาดังกล่าวซึ่งผู้วิจัย ได้วิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้นประเด็นปัญหาต่าง ๆ จึงทำให้มีความสนใจในการศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์⁵

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการพัฒนา
มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน
หน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์

3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผล
ต่อกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงาน
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัด
บุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis
and Mc Taggart (1988)⁶ ซึ่ง กระบวนการในการ
ดำเนินการ 4 ขั้นตอนประกอบด้วย การวางแผน
(Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกต
ตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observation) และการ
สะท้อนผล (Reflection) โดยมุ่งเน้นเพื่อศึกษา
กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้าง
เสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของ
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1. ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนา
มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการ
สุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40
คน ประกอบด้วย

1.1 คณะกรรมการส่วนสาธารณสุขจาก
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัด
บุรีรัมย์ รวมทั้งสิ้น 16 คน

1.2 คณะกรรมการ อาสาสมัคร
สาธารณสุข ประกอบด้วย ประธานอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 ตำบลละ 1 คน
จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่
บ้านเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6
คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เชี่ยวชาญด้านป้องกันควบคุมโรค จำนวน 6 คน
รวมทั้งสิ้น 18 คน

1.3 คณะกรรมการจากส่วนทางการ
ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ กอง
สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 1 คน ครูพี่
เลี้ยงประจำศูนย์เด็กเล็ก ประจำตำบลแห่งละ 1
คน จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 6 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์
การคัดเลือกและคัดออก รวมทั้งสิ้น 40 คน โดย
กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็น
คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงาน
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัด
บุรีรัมย์ 2) ไม่มีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยระหว่าง
ทำการศึกษา และ 3) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วม
โครงการวิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) ประชุมกลุ่ม Focus Group เพื่อเก็บ
รวบรวมข้อมูลทั่วไปและศึกษาบริบทของ
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัด
บุรีรัมย์

2) ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ
และความต้องการ

3) จัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางการแก้ไข แบบมีส่วนร่วม และคัดเลือกแผนที่จะนำไปปฏิบัติ

4) เก็บข้อมูลความรู้งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ (Pre-test)

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) หรือกิจกรรมที่ได้คัดเลือกจากชั้นการวางแผน

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

1) การนิเทศติดตามงาน ตามแผนปฏิบัติงาน ในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

2) เก็บข้อมูลความรู้งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ (Post-test)

3) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการกระบวนการพัฒนามาตรฐาน การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ

4) เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการจัดกิจกรรม

5) การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อหาแนวทางการแก้ร่วมกัน และให้การดำเนินการพัฒนากระบวนการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2) จัดประชุมถอดบทเรียน ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่วนที่ 3 บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ ปรีกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาและแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหา และความเข้าใจของภาษาที่ใช้ในคำถามแต่ละข้อ และมีการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลอง (Try out) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านความรู้ใช้ KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามที่วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient)⁷ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับงานสร้าง

เสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้ค่าเท่ากับ 0.74 บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่า เท่ากับ 0.73 การมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าเท่ากับ 0.81 และความพึงพอใจในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 40 คน พบว่า คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 มีอายุระหว่าง 21– 30 ปี ร้อยละ 27.50 อายุเฉลี่ย 40.58 ปี อายุน้อยที่สุด 27 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 75.00 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.00 มีตำแหน่งสายงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 37.50) ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อยู่ระหว่าง 1– 10 ปี ร้อยละ 57.50 และเคยผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร้อยละ 50.00

1. กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

การวางแผน (Planning) การประชุมเชิงปฏิบัติการโดย วิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการดำเนินพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แผนปฏิบัติการกระบวนการประกอบไปด้วย 3 โครงการ 4 กิจกรรม ดังนี้

1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

2) โครงการอบรมหลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.1) อบรมหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2.2) อบรมหลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น

3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การปฏิบัติการตามแผน (Action) ผลการดำเนินงาน คณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ทราบถึงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริม

ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดการเรียนรู้ มีความเป็นกันเองมากขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น⁸ ทราบถึงขอบเขตในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ และทราบถึงแนวทางการประสานงานและการเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสามารถนำความรู้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่เกิดภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่ายสามารถสื่อสารในพื้นที่ได้ ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน กรณีมีกิจกรรมรณรงค์การรับวัคซีนในทุกกลุ่มให้ครอบคลุม

การสังเกตการณ์ (Observation) ผลการประเมินกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคณะกรรมการกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ จัดทำ 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกก่อนการพัฒนา และหลังจากมีกระบวนการพัฒนา พบว่า คะแนนครั้งแรกได้ 89 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.57 ครั้งที่ 2 ได้ 99 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95.19 ส่วนที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

การสะท้อนผล (Reflection) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบเบื้องต้นในการดำเนินงาน คือ STARTUP MODEL ประกอบด้วย S: Situation Analysis การวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา สาเหตุ โดยผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง T: Teamwork กระบวนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในทิศทางเดียวกัน A: Assessment กระบวนการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ R: Recommend เกิดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในการตัดสินใจ ปรับปรุงและพัฒนา โดยองค์ความรู้ใหม่ในพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ T: Think Tank มีการจัดประชุม เพื่อสรุปและหาข้อเสนอแนะในการที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาสิ่งที่ทำให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในชุมชน U: Uniform Standard System กระบวนการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน โดยมีให้ข้อเสนอแนะในการที่จะแก้ไขปัญหา P: Participation ความร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาสิ่งที่ทำให้เกิดความยั่งยืน

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนน ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า พบว่า ระดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับความรู้	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	40	14.08	2.90	0.53	(0.37) – (0.93)	39	6.45	<0.001
หลังพัฒนา	40	16.58	1.15					

2.2 การเปรียบเทียบบทบาทหน้าที่ในการ ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอย่าง

ดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ มี นัย สำ คัญ ทาง ส ต หิ ตี (p-value <0.001)

ปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีระดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

การบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับบทบาท หน้าที่	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	40	3.49	2.80	0.05	(0.07) – (0.09)	39	17.98	<0.001
หลังพัฒนา	40	3.84	2.31					

2.3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการ พัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริม

พัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้นอย่าง

ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและ มี นัย สำ คัญ ทาง ส ต หิ ตี (p-value <0.001)

หลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับการมีส่วนร่วม	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	40	3.33	0.41	0.12	(0.10) – (0.13)	39	14.15	<0.001
หลังพัฒนา	40	3.59	0.32					

2.4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

2.5 การเปรียบเทียบผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับความพึงพอใจ	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	40	3.28	0.36	0.10	(0.08) – (0.11)	39	26.58	<0.001
หลังพัฒนา	40	3.88	0.23					

ตารางที่ 5 ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์

เนื้อหา	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
1. การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น	31	77.50	38	95.00
2. การให้บริการวัคซีน	49	94.23	51	98.08
3. การบริหารจัดการข้อมูล	10	83.33	10	83.33
โดยรวม	89	85.57	99	95.19

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

การสร้างเครือข่ายเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ การทำงานในรูปแบบเครือข่ายเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานร่วมกันให้มีประสิทธิภาพเนื่องจากการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบ “ประสานพลัง” มีการรับรู้และมุมมองเหมือนกัน มีการวางแผนร่วมกันและมีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือในการทำงานมีความเข้มแข็ง ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ คือ “KSP” ประกอบด้วย K: Knowledge learning from training การค้นคว้าหาความรู้ อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จะมียุคความรู้ใหม่ และการพัฒนาวัคซีนตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับการเกิดของโรคในปัจจุบันมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมของคณะกรรมการการที่เข้มแข็ง S: Strong Teamwork and Problem Solving กระบวนการทำงานของคณะกรรมการที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในทิศทาง ในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง P: Perception of

Professional Executive การให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวโดยผู้บริหาร

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ มีประเด็นที่นำมาอภิปราย ดังนี้

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

1.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) จากการปรับปรุงและกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน จึงได้แผนงาน/โครงการ ดังนี้ 1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ 2) โครงการอบรมหลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย (1) อบรมหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (2) อบรมหลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น และ 3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งสอดคล้องกับ ประกันชัย ไกรรัตน์¹⁰ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบ

ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะมูลฝอย พบว่า ก่อนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะได้มีการทบทวนและสนทนากลุ่ม และจึงร่วมวางแผนจัดกิจกรรม

1.2 ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action)

ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกัน ได้รับทราบถึงความต้องการของคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ จึงได้มีกิจกรรมที่ได้คัดเลือกจากขั้นการวางแผน ในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้เกิด การมีส่วนร่วม ความรู้ การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น ทราบถึง มาตรฐานการดำเนินงานด้านการคลังและการเก็บรักษาวัคซีน⁹ และขอบเขตในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ¹¹

1.3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามงาน เพื่อเก็บข้อมูล ผลการประเมินกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคณะกรรมการกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ จัดทำ

2 ครั้ง คือ ครั้งแรกก่อนการพัฒนา และ หลังจากมีกระบวนการพัฒนา พบว่า คะแนนครั้งแรกได้ 89 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.57 ครั้งที่ 2 ได้ 99 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95.19 ส่วนที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

1.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ของคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบเบื้องต้นในการดำเนินงาน คือ STARTUP MODEL สอดคล้องกับ ภัทรสุดา แก่นแก้ว (2563)¹² ได้ศึกษา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มผู้ปกครองในการนำเด็ก 0-5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมกรรมการนำเด็กไปฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการพัฒนาระบบกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ คะแนนผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับ ศุภานิช ธรรมทินโน¹³ ได้ศึกษา การพัฒนาระบบติดตามความครอบคลุมในการรับวัคซีนของเด็ก 0-5 ปี ในอำเภอสระดะ จังหวัดสงขลา พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยของระดับการศึกษา ทักษะคิด และการอัตราความ

ครอบคลุมการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนออกมาเป็นรูปแบบคือ “KSP” ประกอบด้วย K: Knowledge learning from training การค้นคว้าหาความรู้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จะมีองค์ความรู้ใหม่ และการพัฒนาวัคซีนตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับการเกิดของโรคในปัจจุบัน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมของคณะกรรมการการที่เข้มแข็ง S: Strong Teamwork and Problem Solving กระบวนการทำงานของคณะกรรมการการที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในทิศทาง ในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง P: Perception of Professional Executive การให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าว โดยผู้บริหารจากงานวิจัย พบว่า มีผลการดำเนินงานทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบท การมีส่วนร่วม และการให้ความสำคัญของผู้บริหาร ทั้งนี้คณะกรรมการดำเนินงานจะต้องมีการติดตามและมีการประสานงานอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก คุณนิภา สุทธิพันธ์ นายแพทย์ศิลา จิรวิกรานต์กุล และคุณอติพันธ์ ศิริธรรมมากร ผู้เชี่ยวชาญในการ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ สาธารณสุขอำเภอลำสนธิ และคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ และผู้ที่มีได้กล่าวถึงที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายขอขอบพระคุณ บิดา-มารดา พร้อมภรรยาและบุตรอันเป็นที่รักยิ่งของผู้วิจัย ที่คอยเป็นกำลังใจ ตลอดจนให้ความรัก ความห่วงใย ตลอดมา และทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี. หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2561, 2561.
2. โฆษิต อร่ามโสภะ, สุภารัตน์ อร่ามโสภะ. การพัฒนาคุณภาพระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคปอ. พุทธโธสง. วารสารองค์การเภสัชกรรม. 2556; 39(4): 3-13
3. ดวงจันทร์ จันทร์เมือง, ผดุงพกา ภักดิ์ลักษณ์, มังกรอัสสนันท์, อธิวัช รัตนวรวิเศษ, วิเชียร ชนะชัย. อุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเขตนครชัยบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา. 2555; 18(3):37-45.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สรุปผลการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด ประจำปี 2560. จังหวัดบุรีรัมย์, 2560.
5. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานสรุปผลประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ จังหวัดบุรีรัมย์, 2559.
6. Kemmis, S, & Mc Taggart, R. (Eds.). The action research planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press, 1988.
7. Cronbach, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika 1951; 16:297-334
8. อวยพร พิศเพ็ง. ผลของการประยุกต์การจัดการอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ กรณีศึกษาตำบล เมืองแก อำเภอนาทม จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
9. ศิริรัตน์ เตชะวัช. มาตรฐานการดำเนินงานด้านการคลังและการเก็บรักษาวัคซีน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2556
10. ประกันชัย ไกรรัตน์. การพัฒนารูปแบบขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะมูลฝอย เขตเทศบาลตำบลวิเศษ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม]; มหาวิทยาลัยมหาสารคาม: 2559.
11. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค. มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปีงบประมาณ 2560; 2560.
12. ภัทรสุดา แก่นแก้ว. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563;1:62-69
13. ศุภานิช ธรรมทินโน. การพัฒนาระบบติดตามความครอบคลุมในการรับวัคซีนของเด็ก 0-5 ปี ในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา; 2561.

Received: 14 Jan 2021, Revised: 17 Mar 2021

Accepted: 26 Apr 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอบรรวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน
เพื่อเป็นคลินิกหมอบรรวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง
ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

ธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์^{1,*} สงครามชัย ลีทองดีสกุล² กฤษณ์ ขุนลิ³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอบรรวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอบรรวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอบรรวโดยคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอบรรว จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ของกลุ่มเป้าหมายในระยะก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% การดำเนินงานครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบเบื้องต้นในการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอบรรวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอบรรวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของทีมนักหมอบรรวทุกภาคส่วน ทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอบรรว คือ ทุกภาคส่วน ภาคการเมือง สนับสนุนกำลังคน งบประมาณโครงการ วัสดุครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภาควิชาการ สนับสนุน บุคลากรที่มีความรู้และศักยภาพ ภาคประชาชน เห็นความสำคัญ ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน รวมทั้งแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ การมีส่วนร่วมของชุมชน, คลินิกหมอบรรว

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

*Corresponding author: thanasit2017@gmail.com

Original Article

The Quality Management Model of Primary Care Cluster by Community Participation Mechanism for Primary Care Cluster Standard Non Sawang Health Promoting Hospital Si Songkhram Sub-District, Wang Saphung District, Loei Province.

Thanasit Rungsirarattaphong^{1,*},
Songkramchai Leethongdeesakul², Kris Khunluek³

Abstract

This is an action research. The objectives of the research were to study The Quality Management Model of Primary Care Cluster (PCC) by Community Participation Mechanism for Primary Care Cluster Standard at Non Sawang Health Promoting Hospital, Si Songkhram Sub-District, Wang Saphung District, Loei Province. The target group are those involved in Primary Care Cluster by order to appoint a Primary Care Cluster committee, a total of 50 people, collecting both quantitative and qualitative data. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation. Compared between before and after development of the model with Paired t-test statistic and content analysis. The results showed that operational satisfaction and participation in operations of target group between before development were significantly different from after development with statistically significant different at 95% confidence level. This action research can give the model of development of a Quality Management Model of Primary Care Cluster by Community Participation Mechanism for Primary Care Cluster Standard at Non Sawang Health Promoting Hospital Si Songkhram Sub-District Wang Saphung District, Loei Province - by using techniques with participation of Primary care cluster team in all sectors. Both participation in decision-making, actions, receiving benefits and participation in the evaluation in the process of operational research. The success factors of developing management model for quality of primary care cluster were all sectors. The political sector supports manpower, project budget materials and medical equipment. Academic sector supports knowledge and potential personnel. The public sector realizes the importance to cooperate in carrying out activities in every step Including sharing opinions and suggestions for further development of quality work.

Keyword: Community participation, Primary Care Cluster

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

²Association Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³Assistant Professor, Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University

Corresponding author: thanasit2017@gmail.com

บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องกว่า 10 ปี ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสภาพของบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ อีกทั้งองค์ความรู้เพื่อการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมียังมีจำกัด จึงควรมีการเร่งรัดจัดระบบเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้มีความสอดคล้อง ร่วมมือกันอย่างมีพลังทั้งในส่วนที่เป็นการบริหารจัดการด้วยกลไกทำงานต่อเนื่องและมีบุคลากรที่สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายโดยการจัดทำให้มีแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อรองรับการดำเนินงานในระยะยาว ถือว่าเป็นกลไกหนึ่งในการจัดการให้เกิดการประสานการทำงานกับส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีทิศทางและเป้าหมายร่วมกัน เพื่อทำให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวมของประเทศ ที่ครอบคลุมทั้งส่วนที่อยู่ในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และส่วนงานอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขก็ได้พัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งการปรับเปลี่ยนสถานีนอมาลัยให้เป็น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีการกำหนดพื้นที่และจำนวนประชาชนที่ต้องดูแลที่ชัดเจน กำหนดหน้าที่ในการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกมิติตั้งแต่การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ภายหลังการเจ็บป่วยและการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐาน ภายใต้แนวคิดด้านบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งให้สูงขึ้นตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบางแห่งสามารถพัฒนาไปศูนย์แพทย์ชุมชน จัดบริการได้ครบถ้วน มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำ บางแห่งมีแพทย์หมุนเวียนไปตรวจรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามยังขาดการดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนอย่างต่อเนื่อง¹

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของระบบบริการสาธารณสุขและเป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวอันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ข) ด้านอื่น ๆ (5) ที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวช

ศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุขขององค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และเป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืนซึ่งนโยบายคลินิกหมอครอบครัวถือเป็นนโยบายใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ¹

จังหวัดเลย ปี 2559-2560 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 6 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ปี 2561 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 4 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25 ไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75²

อำเภอวังสะพุง ปี 2560 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 1 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 1 แห่ง (แบบมีเงื่อนไข) และในปี 2561 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 1 แห่ง (ยังไม่ได้รับการประเมิน) จากเกณฑ์มาตรฐานคลินิกหมอครอบครัว ที่สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ตั้งไว้มีด้วยกัน 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง

(Structure) ต้องมีที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวและเครื่องมือ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ 2) ด้านบุคลากร (Staff) ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์ มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และมีนักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน 3) ด้านระบบ (System) มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน และตามบริบทของพื้นที่ มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี เช่น Application/LINE โทรศัพท์ / SMS มีระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า มีการจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ และมีข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล³

จากการศึกษาในพื้นที่อำเภอวังสะพุงพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ได้ดำเนินการจัดตั้งและเปิดคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ตั้งแต่เดือน มกราคม 2560 จนถึงปัจจุบัน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (วุฒิ อว. , วว. หรือ ผ่านการอบรม short course) จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และมีผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัว 1 คนซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยประสานงานกับแม่ข่ายคือ โรงพยาบาลวังสะพุง

และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง คอยสนับสนุนและกำกับดูแล จากการประเมินมาตรฐานยังพบว่า ด้านระบบบริการ(system) หลายองค์ประกอบยังไม่ผ่านการประเมิน ได้แก่ ระบบบริการที่ชัดเจน บุคลากรที่เพียงพอ รวมถึงการมีส่วนร่วม (Participation) ของภาคีเครือข่ายด้วย และด้านโครงสร้าง (Structure) ต้องมีที่ตั้งคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยและเครื่องมือ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังต้องพัฒนาอีกหลายอย่างให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน³

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และมีแนวคิดที่จะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart มาใช้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล และประชาชนในชุมชน เนื่องจากวิธีดังกล่าวเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในทุกขั้นตอน ตลอดจนหากระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการปฎิบัติผ่านเกณฑ์มาตรฐานเป็นคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยต้นแบบต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยต้นแบบของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาผลของการจัดการคุณภาพคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยยึดกระบวนการของ Kemmis and Mc Taggart (1988) มาใช้เป็นกรอบดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นวางแผน (Planning) ดำเนินการวันที่ 16-27 มี.ค. 2563 2) ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action) ดำเนินการวันที่ 1เม.ย.-29 พ.ค. 2563 3) ขั้นสังเกตผล (Observation) ดำเนินการวันที่ 1-19 มิ.ย. 2563 และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวันที่ 22-26 มิ.ย. 2563 การดำเนินงานทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นการดำเนินงานตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วงรอบ (Loop) เพื่อค้นหารูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยต้นแบบ หากครบ 1 วงรอบการวิจัยแล้ว ยังไม่สามารถที่จะได้รูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยโดย

กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ก็นำประเด็นต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาหรือต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น เข้าสู่การพัฒนาการเฝ้าระวังใหม่ในขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนลงมือปฏิบัติการ ขั้นตอนสังเกตผลและขั้นตอนสะท้อนผล ในวงรอบต่อไปเรื่อย ๆ หากการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวดังกล่าวสามารถผ่านตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบได้ ก็ทำการถอดบทเรียนเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบที่เหมาะสมเป็นรูปธรรมต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้จากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 50 คน พิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงาน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็น

อย่างดีทั้งการอ่านและการเขียน หากผู้ที่มีรายชื่อในคำสั่งไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ทั้งตลอดระยะเวลาการวิจัยและบางส่วน ให้นำหน่วยงานนั้นพิจารณาอาสาสมัครจากหน่วยงานนั้นเข้าร่วมวิจัยแทนโดยความสมัครใจ และอาสาสมัครแต่ละภาคส่วนเข้าร่วมกระบวนการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน อาชีพ และสถานที่ทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของทีมคลินิกหมอครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด โดยเนื้อหาประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านนโยบาย ด้านการบริหารจัดการ/การดำเนินงาน และด้านระบบบริการ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน วัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเนื้อหาประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาความรู้ ด้านเวลา/สถานที่ และด้านวิทยากร

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน วัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเนื้อหาประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ส่วนที่ 5 แบบสังเกต และจดบันทึก ใช้ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของทีมทีมคลินิกหมอครอบครัว ในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการ PAOR และแบบสังเกต และจดบันทึกพฤติกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ในประเด็นดังนี้ 1) ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 2) ความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 4) การแสดงความคิดเห็นในขณะจัดกิจกรรม และ 5) บันทึกเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าดังนี้

1) ค่าความเชื่อมั่นด้านความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

2) ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97 และค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ของแบบสอบถามความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับจุดประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละชุด ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้การเก็บข้อมูลถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์ โดยในการตอบแบบสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อนามสกุล เมื่อคณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วและเก็บเข้าซองปิดผนึกอย่างมิดชิดเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI of mean difference)

จริยธรรมวิจัย

วิจัยครั้งนี้ ได้เสนอเพื่อพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 152/2563 วันที่รับรอง 20 พฤษภาคม 2563 ถึง 19 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดเลย ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมคลินิกหมอครอบครัวทุกภาคส่วนในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพการให้บริการและให้มีการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกันในทุกภาคส่วน ภาควิชาการมองเป้าหมายแห่งความสำเร็จร่วมกัน เปิดใจเรียนรู้ในจุดอ่อนของระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว นำจุดแข็งมาพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เกิดกระบวนการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ และมีการส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน (3S) ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องคลินิกหมอครอบครัวของรพ.สต.โนนสว่าง วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ร่วมวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ 2) ประเมินความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ก่อนพัฒนา) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ (3S) ปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหมอครอบครัว 3) ผู้วิจัยนิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน (แบบสังเกตการร่วมกิจกรรม) สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (หลัง) 4) สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนตามรูปแบบความสำเร็จที่เกิดขึ้น สรุปปัญหา/อุปสรรค การดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป ข้อค้นพบเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าผลการประเมินมาตรฐานคลินิกหมอครอบครัวโนนสว่างไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง 3 ด้าน Staff (ด้านบุคลากร) ผลการประเมิน 10 คะแนน (จาก 12) เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ มีภาระงานมาก ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน ทีมวิชาชีพไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ขาดความรู้/ทักษะ ขาดการมีส่วนร่วม Structure (ด้านโครงสร้าง ทรัพยากรแพทย์ที่จำเป็น) ผลการประเมิน 9 คะแนน (จาก 21) ไม่มีแผนงบประมาณที่ชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ อาคารสถานที่ไม่พร้อม System (ระบบบริการ) ผลการประเมิน 1 ด้าน (จาก 3) การจัดรูปแบบบริการไม่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับแม่ข่าย ขาดการประสานงานประกอบกับนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวไม่ชัดเจน การออกกฎหมายสู่การปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ต้องรอคำสั่งจากส่วนกลาง มีการเปลี่ยนแปลง

บ่อบำบัด และระบบการดำเนินงานในพื้นที่ยังขาดการประสานงานที่ดี ไม่มีรูปแบบชัดเจน/ไม่ต่อเนื่อง/ไม่สอดคล้องกับบริบท ขาดการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น และขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน จากการระดมสมอง วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งร่วมกัน กับทีมหมอครอบครัวจึงเกิดรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และได้ 1) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานหมอครอบครัวที่ถูกต้อง 2) โครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เพื่อติดตามผลการรักษาและให้เกิดความเชื่อมโยงของข้อมูลกับแม่ข่าย และ 3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้ อสม.เชี่ยวชาญทันตกรรม ด้านงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตรวจสุขภาพช่องปากได้ถูกต้อง ให้ทันตสุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชนได้ และแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมในชุมชน แบ่งเบาภาระงานของทันตบุคลากร โครงการและกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นได้โดยใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหมอครอบครัวร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลส่วนบุคคลของทีมคลินิกหมอครอบครัว 1) ภาค

การเมือง ได้แก่ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบลศรีสงคราม รองนายกเทศมนตรีตำบลศรีสงคราม ปลัดเทศบาลตำบลศรีสงคราม และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข จำนวน 5 คน 2) ภาควิชาการ ได้แก่ (1) บุคลากรจากโรงพยาบาลวังสะพุง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายเวชฯ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน หัวหน้างานทันตฯ 1 คน หัวหน้างานเภสัช 1 คน หัวหน้างานแพทย์แผนไทย 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานประกัน 1 คน และหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 คน รวม 14 คน (2) บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน แพทย์แผนไทย 1 คน และเจ้าพนักงานทันตฯ 1 คน รวม 10 คน (3) บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอวังสะพุง 1 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน รวม 5 คน รวมภาควิชาการจำนวน 29 คน 3) ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 8 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 คน รวมภาคประชาชนจำนวน 16 คน เข้าร่วมทั้งหมดจำนวน 50 คน พบว่า ทีมคลินิกหมอครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.00 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 70.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 ประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ

44.00 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 22.00 และมีสถานที่ทำงานในหมู่บ้าน/ชุมชน (ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว)

3. ผลการวิเคราะห์ความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 50 คน จะเห็นได้ว่าการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบคะแนน

ความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบโดยใช้ Paired t-test ได้ค่า $t = -9.480$ ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test

ความรู้	ระดับความรู้	Mean	SD	Mean Differences	95% CI		t	p-value
					Lower	Upper		
ก่อนพัฒนา	น้อย	8.90	1.37	-1.220	-1.478	-.961	-9.480	<0.001
หลังพัฒนา	ปานกลาง	10.12	1.17					

4. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จะเห็นได้ว่าการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบโดยใช้ Paired t-test ได้ค่า $t = -10.567$ ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ	Mean	SD	Mean Differences	95% CI		t	p-value
					Lower	Upper		
ก่อนพัฒนา	ปานกลาง	3.54	0.30	-.297	-.353	-.240	-10.567	<0.001
หลังพัฒนา	มาก	3.84	0.53					

5. ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในระยะก่อนและ

หลังการพัฒนา ทดสอบโดยใช้ Paired t-test ได้ค่า $t = -3.383$ ค่า $p\text{-value} = 0.001$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ	Mean	SD	Mean Differences	95% CI		t	p-value
					Lower	Upper		
ก่อนพัฒนา	ปานกลาง	3.44	0.44	-.444	-.338	-.086	-3.383	0.001
หลังพัฒนา	มาก	3.65	0.66					

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง เกิดขึ้นได้จากการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน ทั้ง ภาคการเมือง สนับสนุนทรัพยากร ทั้งด้านคนที่เข้ามาช่วย

ดำเนินงาน ช่วยประสานงานร่วมเป็นภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ด้านเงินงบประมาณ ช่วยสนับสนุนในโครงการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ด้านสิ่งของ สถานที่ อุปกรณ์ ช่วยจัดหา อำนวยความสะดวก สนับสนุนด้านสถานที่ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภาควิชาการ สนับสนุนบุคลากรที่มีความรู้ มีศักยภาพทาง

ความรู้ความชำนาญการในด้านการรักษาและกระบวนการดำเนินงานคลินิกหอบหืด วัสดุครุภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอแก่คลินิกหอบหืด ภาควิชาฯ ได้เข้าใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหอบหืด และเล็งเห็นประโยชน์ ความสำคัญที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนในแต่ละโครงการฯ รวมทั้งร่วมแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการพัฒนางานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีคุณภาพยิ่งขึ้นไป

สรุปข้อค้นพบเบื้องต้นได้รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหอบหืดโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหอบหืดต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง เกิดขึ้นได้จากการใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของทีมนักหอบหืดทุกภาคส่วน ทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหอบหืดโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหอบหืดต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม ในครั้งนี้ ได้มีทีมนักหอบหืด ภาควิชาฯ เข้าร่วมในการดำเนินงานด้วยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค PAOR) ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติงาน (Action) ขั้นตอน

การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนกลับ การปฏิบัติงาน (Reflection) ได้รูปแบบกิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพทีมหอบหืด กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหอบหืด และ กิจกรรมที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้ อสม.เชี่ยวชาญทันตกรรม ด้านงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง สอดคล้องกับการศึกษาของคำนิง สิงห์เอี่ยม³ ที่ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารจัดการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต ที่ใช้รูปแบบเป็น 3PR-Model ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของ 3PR จะมีการดำเนินการรูปแบบวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยวงจรย่อยอีก 4 ขั้นตอน ซึ่งเรียกย่อๆ ว่า PAOR อันประกอบด้วย 1. P = Planning คือ การวางแผน 2. A = Act หรือ Action คือ ปฏิบัติตามแผน 3. O = Observation คือ การสังเกตผลที่ได้จากการดำเนินการ และ 4. R = Reflection คือ การสะท้อนผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่นำผลของการปฏิบัติและการสังเกตมารวบรวมวิเคราะห์ ผลดี ผลเสีย สรุปผล สะท้อนข้อมูลย้อนกลับไปสู่การวางแผนการดำเนินการครั้งต่อไปเช่นกัน

2. ความรู้ของทีมนักหอบหืดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับคลินิกหอบหืดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ($t = -9.48$, $p\text{-value} < 0.001^*$) ทั้งนี้เนื่องมาจากในกระบวนการวิจัยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหมอ

ครอบครัวต้นแบบ (3S) และมีการลงมือปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหมอครอบครัว ทำให้ทีมคลินิกหมอครอบครัวเกิดความรู้และความเข้าใจในคลินิกหมอครอบครัวมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับคะเนิงจิศิริสมบุรณ์, ฉันทะ จันทะเสนา และดวงตา สราญรัมย์⁴ และสมภน วรสร้อย⁶ ที่ความรู้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

3. ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ($t = -10.56$, $p\text{-value} < 0.001$) เพราะจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัยได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และเรียนรู้ร่วมกันจนเกิดความเข้าใจและพึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารเพราะจะช่วยก่อให้เกิดผลประโยชน์เกื้อกูลต่องาน ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ สร้างสามัคคีในหมู่คณะและก่อให้เกิดพลังร่วม (Group Effort) ในหมู่คณะทำให้เกิดพลังสามัคคีสามารถจะฝ่าฟันอุปสรรคทั้งหลายได้ เสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างบุคคลในองค์กรกับนโยบายและวัตถุประสงค์ขององค์กร และยังเกื้อหนุนและจูงใจให้สมาชิกเกิดความคิดสร้างสรรค์ในกิจการต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล บุญโสภณ⁵ และพนิดา เทียงสันเทียะ⁷

4. การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ($t = -3.38$, $p\text{-value} 0.00$) ทั้งนี้เนื่องจากทีมหมอครอบครัวได้มีโอกาสคิด วิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล บุญโสภณ⁵ และพนิดา เทียงสันเทียะ⁷ พบว่า หลังการพัฒนาารูปแบบทีมหมอครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบคืออยู่ในระดับมากเช่นกัน

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย คือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ คือ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลวังสะพุงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง และภาคประชาชน คือ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพด้านการบริการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และมีการเชื่อมโยงข้อมูลกับแม่ข่ายอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากกรอบเวลาการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการพัฒนาในช่วงเวลาที่จำกัดเพียง 4 เดือน ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มกรอบเวลาในการวิจัยมากกว่านี้ เพราะบางกระบวนการ ต้องมีการวางแผนพัฒนาในรอบวงต่อไป เพื่อให้ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สร้างคุณภาพการ ให้บริการและให้มีการบริหารจัดการการใช้ ทรัพยากรร่วมกันในทุกภาคส่วน

2. จากผลการวิจัยผลของคะแนนความรู้ ของทีมหมอครอบครัวหลังการพัฒนาแบบยัง อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรให้มีการจัดอบรมแก่ ทีมหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ตามหลักคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ และควรมี การจัดอบรมฝึกทักษะในการปฏิบัติงานของแต่ละ วิชาชีพ (Skill mixed team) เพื่อให้การดูแลตาม หลักเวชศาสตร์ครอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. จากการวิจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสห วิชาชีพไม่สนใจลงไปปฏิบัติงานที่คลินิกหมอ ครอบครัวเนื่องจากมีภาระมากอยู่แล้ว โรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีแผนนโยบายเพิ่ม อัตรากำลังของสหวิชาชีพ เพื่อให้การสนับสนุน ด้านบุคลากรในการดำเนินงานคลินิกหมอ ครอบครัว เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และควรสร้างช่องทางการติดต่อ ประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์ เชี่ยวชาญ สาขาต่าง ๆ ในโรงพยาบาลแม่ข่ายกับแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวที่คลินิกหมอครอบครัว เพื่อ เชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพประชาชนที่ ต่อเนื่องให้เป็นระบบเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเผยแพร่ และนำรูปแบบการ จัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการ มีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัว ต้นแบบไปปรับใช้กับลักษณะสังคมบริบทที่ ใกล้เคียงกัน และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของ แต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of public health Strategy and planning division. (2559). Operation guideline of primary care cluster service unit. Bangkok. (in Thai)
2. Wang Saphung district public health office. (2560). Development of primary health care and primary cluster care mission of fiscal year 2561. (in Thai)
3. Kamnueng Singh-Aiem. (2560). The Model People's Participation in the Administration of the Local Administrative Organization in Phuket Province Based on the Good Governance Principles. Phuket Rajabhat University Academic journal, 13(1), 343-344. (in Thai)
4. Kanuengnij Sirisombun, Chanta Juntasen and Duangta Saransom. (2552). Factors affecting village fund management in amphoe Si Khiu, Nakhon Ratchasima province. Master of Business Administration (Business

- Administration) The graduate school
Valaya Alongkorn Rajabhat university.
5. Narumon Boonsopin, Warangkana
Chankong and Chawthip Boromtanarat.
(2560). The Development Model of
Family Care Team in Caring of the
Home-Bound Elderly in Wang Swab
Subdistrict, Phu Pha Man District, Khon
Kaen Province. Master of Public Health
Program in Public Health
Administration, Sukhothai
Thammathirat Open University.
6. Sompon Wornsoy. (2560). Factors
Related to Operations of Sub-District
Family Doctor's Health Team Networks
in Nam Pat District, Uttaradit Province.
Master of Public Health School of
Health Sciences, Sukhothai
Thammathirat Open University.
7. Panida Taengsunthai. (2560). The
Development of an Elderly Health Care
Model by the Family Care Team at
Nonmueang Sub-district,
Khamsakaesang District,
Nakhonratchasima Province. The office
of disease prevention and control 9th
Nakhon Ratchasima journal. 2561 :
24(1) DPC 9 J 2018. (in Thai)

Received: 2 Jul 2020, Revised: 18 Feb 2021

Accepted: 4 Mar 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

**การศึกษาสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี**อำพล บุญเพียร^{1,*} ปฐมา จันทพล¹ อริศรา ธนานุศักดิ์¹ ณัฏฐา เชิดชูธีรกุล¹ ปัทมา ทองธรรมชาติ¹**บทคัดย่อ**

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม จำนวน 3 คน และประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 97 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบไปด้วย แบบเก็บข้อมูลประชากรและสถิติชีพ แบบสอบถามความต้องการด้านสุขภาพและแบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.76 และเบาหวาน ร้อยละ 11.10 ประชาชนมีความต้องการด้านสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา ฟันฟู ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($\bar{X} = 4.62$, SD = 0.74) และการประคบสมุนไพร ($\bar{X} = 4.62$, SD = 0.62) โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม ต้องการให้มีการบริการวิชาการเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไข้เลือดออก โรคเรื้อรัง และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนั้นควรนำผลการศึกษา มาพิจารณาในการจัดกิจกรรมโครงการเพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนต่อไป

คำสำคัญ ความต้องการด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลราชบุรีนิคม¹ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

*Corresponding author: aumpoltor@hotmail.com

Original Article

A Study of Situation and Health Needs of People in the Area of Ratiyom
Sub-district Health Promoting Hospital, Sai Noi District,
Nonthaburi Province

Aumpol Bunpean^{1,*}, Patama Chantarapon¹, Arisara Tananusak¹,
Natta Choedchutirakul¹, Patama Thongtommachat¹

Abstract

This survey research aims to study the situation and the health needs of people in the area of Ratniyom health promoting hospital, Sai Noi District, Nonthaburi province. The samples were 3 staff of Ratniyom health promoting hospital and 97 people in the area of responsibility of Ratniyom health promoting hospital, Sai Noi District, Nonthaburi province. Research tools used in the study consisted of demographic and vital statistics data collection forms, interview form for staff of Tambon health promotion hospital and health needs questionnaire. Data was analyzed by content analysis, frequency distribution, percentage, average ($\bar{X}$) and standard deviation (SD). The study found that The majority of people are ill with high blood cholesterol, 14.76% and diabetes 11.10%. The staff at Ratniyom Subdistrict Health Promotion Hospital want to have academic services on caring for the elderly with dependence, dengue fever, chronic illness and adolescent pregnancy. As for the people with the highest mean health needs, the promotion, prevention, treatment, and rehabilitation of chronic disease patients ($\bar{X}$ = 4.62, SD = 0.74) and herbal compress ($\bar{X}$ = 4.62, SD = 0.62). Therefore, the study results should be considered in organizing the project activities to solve community health problems.

Keywords: Health needs, Ratniyom Health Promoting Hospital

¹Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

*Corresponding author: aumpoltor@hotmail.com

บทนำ

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เป็นหนึ่งใน 39 วิทยาลัยภายใต้สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งดำเนินการจัดการเรียนการสอนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 ปัจจุบันจัดการเรียนการสอนทั้งสิ้น 4 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์ โดยมีพันธกิจ 5 ด้านคือ 1) ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสหเวชศาสตร์รวมทั้งการแพทย์แผนไทยให้รองรับระบบบริการสุขภาพของชุมชนและประเทศ 2) วิจัย พัฒนานองค์ความรู้ และนวัตกรรม 3) ให้บริการวิชาการแก่สังคม 4) พัฒนาวิทยาลัยให้เข้มแข็งสู่การเป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำ และ 5) ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยชุมชนมีส่วนร่วม¹

การบริการทางวิชาการแก่สังคมเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของสถาบันอุดมศึกษาซึ่งสถาบันพึงให้บริการทางวิชาการแก่ชุมชนสังคมและประเทศชาติในรูปแบบต่าง ๆ ตามความถนัดและในด้านที่สถาบันมีความเชี่ยวชาญ การให้บริการทางวิชาการอาจให้เปล่าโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหรืออาจคิดค่าใช้จ่ายตามความเหมาะสมโดยให้บริการทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน หน่วยงานอิสระ หน่วยงานสาธารณะชุมชนและสังคมโดยกว้าง รูปแบบการให้บริการทางวิชาการมีความหลากหลาย เช่น การอนุญาตให้ใช้ประโยชน์ทรัพยากรของสถาบันเป็นแหล่งอ้างอิงทาง

วิชาการให้คำปรึกษาให้การอบรมจัดประชุมหรือสัมมนาวิชาการ ทำงานวิจัยเพื่อตอบคำถามต่างๆ หรือเพื่อชี้แนะสังคมการให้บริการทางวิชาการ นอกจากเป็นการทำประโยชน์ให้สังคมแล้วสถาบันยังได้รับประโยชน์ในด้านต่าง ๆ คือเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ของอาจารย์อันจะนำมาสู่การพัฒนาหลักสูตรมีการบูรณาการเพื่อใช้ประโยชน์ทางด้านการจัดการเรียนการสอนและการวิจัยพัฒนาตำแหน่งทางวิชาการของอาจารย์สร้างเครือข่ายกับหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งเป็นแหล่งงานของนักศึกษาและเป็นการสร้างรายได้ของสถาบันจากการให้บริการทางวิชาการด้วย²

ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ได้กำหนดชุมชนเป้าหมายในการให้บริการวิชาการเพื่อพัฒนาชุมชน คือ ชุมชนราษฎร์นิยม ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลราษฎร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่เป้าหมาย การบริการวิชาการควรคำนึงถึงกระบวนการในการให้บริการวิชาการแก่สังคมโดยการศึกษาค้นคว้าความต้องการของกลุ่มเป้าหมายนำมาจัดทำแผนบริการวิชาการทั้งการบริการวิชาการที่ทำให้เกิดรายได้และการบริการวิชาการที่สถาบันจัดทำเพื่อสร้างประโยชน์แก่ชุมชนหรือสังคมโดยมีการประเมินความสำเร็จของการบริการวิชาการและนำมาจัดทำเป็นแผนการใช้ประโยชน์จนเกิดผลลัพธ์ที่สร้างความพึงพอใจต่อชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากที่มาและความสำคัญดังกล่าวทำให้คณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำวิจัยเรื่องการศึกษาสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เพื่อศึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชน และศึกษาความต้องการของชุมชนต่อการบริการวิชาการด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการลงไปพัฒนาให้บริการวิชาการแก่ชุมชนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method)

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3 คน

กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม เป็นประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 97 คน จากประชากร จำนวน 2,887 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของทาโรยามาเน่ (Yamane) ในระดับความคลาดเคลื่อน ± 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 97 คน แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 3 ชนิดดังต่อไปนี้

1. แบบเก็บข้อมูลประชากรและสถิติชีพ ซึ่งเป็นแบบรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของประชากร จำนวน 2 ข้อ คือ 1. ข้อมูลประชากรจำแนกตามเพศ อายุ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ ลักษณะการทำงาน และข้อมูลสถิติชีพ

จำนวน 2 ข้อ คือ 1. อัตราการป่วยเฉพาะโรค 2. อัตราการตายเฉพาะโรค

2. แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นเครื่องมือใช้สัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและความต้องการพัฒนาทางด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนราชูร์นิยม เป็นลักษณะคำถามแบบปลายเปิด ซึ่งมีแนวคำถามจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

2.1 ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มีอะไรบ้าง

2.2 วิธีการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เป็นอย่างไร

2.3 ท่านคิดว่าเพราะเหตุใดประชาชนในตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จึงยังคงพบกับปัญหาสุขภาพเช่นนี้อยู่

2.4 หากมีการจัดการอบรม ท่านต้องการให้เกิดการอบรมเรื่องใด เพื่อแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

2.5 หากมีการให้บริการด้านสุขภาพ ท่านต้องการการให้บริการสุขภาพในรูปแบบใดเพื่อแก้ปัญหาของประชาชนในตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

3. แบบสอบถามความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชูร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วยคำถามประเภทต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด (Close-ended questions) ที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และอาชีพ

3.2 ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด มีจำนวน 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการ 6 ข้อ ด้านบริการสุขภาพ 22 ข้อ ด้านวิชาการ 13 ข้อ โดยมีคำถามเกี่ยวกับความต้องการ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 หมายถึง ความต้องการ มากที่สุด

4 หมายถึง ความต้องการ มาก

3 หมายถึง ความต้องการ ปานกลาง

2 หมายถึง ความต้องการ น้อย

1 หมายถึง ความต้องการ น้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบประเมินแต่ละคนรวมกันหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพโดยการหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พบว่า แบบรายงานข้อมูลประชากรและสถิติชีพ มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ จึงไม่มีการแก้ไข คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ จึงไม่มีการแก้ไข แบบสอบถามความต้องการด้านสุขภาพ มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ จึงไม่มีการแก้ไข

2. การประเมินค่าความเที่ยงตรงโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้วใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งได้ค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ขอความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เพื่อขอเก็บข้อมูลทุติยภูมิ ด้านประชากรและสถิติชีพ

2. ขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและความต้องการพัฒนาทางด้านสุขภาพ

3. ประสานผู้นำในพื้นที่และขอความร่วมมือกับประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ตอบแบบสอบถามความต้องการด้านสุขภาพ

4. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนที่จะนำไปลงรหัสและทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลทิวภูมิ พบว่าประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เป็นเพศหญิง จำนวน 1,496 คน และเป็นเพศชาย 1,344 คน โดยภาพรวมมีอายุระหว่าง 15-59 ปี มากที่สุด จำนวน 1,846 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 รองลงมาเป็นอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 536 คน คิดเป็นร้อยละ 18.87 และน้อยที่สุดคืออายุ 0-14 ปี จำนวน 458 คน คิดเป็นร้อยละ 16.13 โดยอาการที่ประชาชนที่มาใช้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรีมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 14.76 รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 11.10 ทางเดินหายใจส่วนบน 10.47 และ เวียนศีรษะ 1.72

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดีทุกคน โดยสามารถสรุปประเด็นตามข้อคำถามได้ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรีคือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้เลือดออก, โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2. วิธีการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนมากคือการเขียนโครงการของบประมาณจากกองทุน

หลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลราชบุรีนิคม ตามปัญหาแต่ละกลุ่มวัย

3. เหตุที่ประชาชนในตำบลราชบุรีนิคมอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จึงยังคงพบกับปัญหาด้านสุขภาพ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น แกร่ง ของมัน ของทอด ของหวาน ปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ การคัดแยกขยะ การป้องกันแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และปัญหาผู้สูงอายุเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้น

4. ความต้องการให้เกิดการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการสร้างและฟื้นฟูอาสาสมัครครอบครัว เพื่อช่วยดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเอง การอบรมการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง

5. ความต้องการการให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาของประชาชนในตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี คือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะ Intermediate care และกลุ่มดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ จัดทำนวัตกรรมป้องกันการเกิดแผลกดทับ หรือเครื่องมือกายภาพที่ช่วยในการบริหารร่างกายบนเตียงสำหรับผู้ป่วยติดเตียง การลดปวดด้วยสมุนไพร

ส่วนการสอบถามความต้องการจากประชาชน พบว่า ประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.23 และ

เพศชาย ร้อยละ 25.77 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 55.67 มีระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.82 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.27 และมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.87 โดยมีความต้องการด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. ภาพรวมความต้องการด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.30$, $SD=0.10$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ วัสดุ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดอบรมด้านสุขภาพ โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.45$, $SD=0.76$) รองลงมาคือ วิทยากรในการจัดอบรมด้านสุขภาพ โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.37$, $SD=0.10$) และข้อที่มีความต้องการน้อยที่สุดคือ การสร้างเครือข่ายสุขภาพ โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.21$, $SD=0.76$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความต้องการ ด้านการบริหารจัดการ ของประชาชนในชุมชนราชภัฏรณานิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี (n=97)

รายการประเมิน	ระดับความต้องการ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การพัฒนาแกนนำสุขภาพ	4.22	0.75	มาก
2. การสร้างเครือข่ายสุขภาพ	4.21	0.76	มาก
3. การจัดทำแผนด้านสุขภาพ	4.24	0.83	มาก
4. สิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดอบรมด้านสุขภาพ	4.29	0.83	มาก
5. วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดอบรมด้านสุขภาพ	4.45	0.76	มาก
6. วิทยากรในการจัดอบรมด้านสุขภาพ	4.37	0.80	มาก
รวม	4.30	0.10	มาก

2. ภาพรวม ความต้องการด้านบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.23$, $SD=0.31$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยความต้องการมากที่สุด คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.62$,

$SD=0.74$) และการประคบสมุนไพร โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.62$, $SD=0.65$) รองลงมาคือ การจ่ายยาสมุนไพร โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.52$, $SD=0.72$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความต้องการ ด้านบริการสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนราชภัฏธนบุรี อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี (n=97)

รายการประเมิน	ระดับความต้องการ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การป้องกันโรคระบาด (ใช้เลือดออก ใช้ซิคุนกันยา)	4.26	0.72	มาก
2. การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	4.62	0.74	มากที่สุด
3. การตรวจ วินิจฉัยโรค	4.44	0.69	มาก
4. การจ่ายยาสมุนไพร	4.52	0.72	มากที่สุด
5. บริการน้ำ/ชา สมุนไพร	4.51	0.70	มากที่สุด
6. การอบสมุนไพร	4.44	0.80	มาก
7. การประคบสมุนไพร	4.62	0.65	มากที่สุด
8. การรรมยาสมุนไพร	4.33	0.82	มาก
9. การพอกยา บริเวณเข้า	4.45	0.80	มาก
10. การตอกเส้น	4.12	1.02	มาก
11. การทาบหม้อเกลือ	3.96	1.06	มาก
12. การนวดรักษาเฉพาะโรค	4.48	0.69	มาก
13. การนวดส่งเสริมสุขภาพ	4.46	0.78	มาก
14. การนวดฝ่าเท้าส่งเสริมสุขภาพ	4.48	0.66	มาก
15. การแช่ฝ่าเท้าเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	4.40	0.77	มาก
16. การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ	4.51	0.67	มากที่สุด
17. การออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน	4.10	0.94	มาก
18. การออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิค	3.82	1.10	มาก
19. การออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลป	3.78	1.10	มาก
20. การออกกำลังกายด้วยโยคะ	3.78	1.18	มาก
21. การออกกำลังกายด้วยไทเก๊ก	3.64	1.23	มาก
22. การออกกำลังกายด้วยการรำไม้พอง	3.73	1.19	มาก
รวม	4.23	0.31	มาก

3. ภาพรวม ความต้องการด้านวิชาการ/อบรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.25, SD=0.06) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยความต้องการมากที่สุด คือ ท่ากายบริหาร โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมาก

($\bar{X}$ =4.34, SD=0.77) รองลงมาคือ การส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟันฟู ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.32, SD = 0.74) ดังแสดงในตารางที่ 3

นอกจากผู้ตอบแบบสอบถามยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ว่าต้องการให้มีการจัดหลักสูตรอบรม เรื่อง การนวด การทำหม้อเกลือ และการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และต้องการ

ให้มีกิจกรรมที่จัดขึ้นมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น และอยากให้มีการจัดการแพทย์ทางเลือก เช่น กิจกรรมตอกเส้น กิจกรรมการนวดเท้า และกิจกรรมอบสมุนไพร เป็นต้น

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความต้องการ ด้านวิชาการหรือการอบรม ของประชาชนในชุมชนราชภัฏระยอง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี (n=97)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD)	ระดับ ความต้องการ
1. การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง)	4.32	0.74	มาก
2. การป้องกันโรคระบาด (ไข้เลือดออก ไข้ฉี่หนู กุนยา)	4.16	0.83	มาก
3. การให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล	4.19	0.77	มาก
4. การใช้อาสมุนไพรมหาสารณสุขมูลฐาน	4.31	0.75	มาก
5. การนวดตนเอง	4.26	0.79	มาก
6. ทำกายบริหาร	4.34	0.77	มาก
7. การปลูกยาสมุนไพรมหาสารณสุขมูลฐาน	4.20	0.84	มาก
8. การผลิต ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมหาสารณสุขมูลฐาน	4.20	0.82	มาก
9. การดูแลผู้สูงอายุ	4.25	0.82	มาก
10. การดูแลผู้ป่วยติดเตียง	4.19	0.90	มาก
11. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ	4.28	0.81	มาก
12. การเลิกเหล้า/บุหรี่ด้วยวิธีธรรมชาติ	4.19	0.84	มาก
13. การล้างพิษในร่างกายด้วยวิธีธรรมชาติ	4.31	0.80	มาก
รวม	4.25	0.06	มาก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชภัฏระยอง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 14.76 รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 11.10 ทางเดินหายใจส่วนบน 10.47 และเวียนศีรษะ

1.72 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานในประเทศไทยว่า 3 ปี ย้อนหลังประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 46,910 คน คิดเป็นอัตราการ

ป่วย 960.18 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 49,643 คน คิดเป็นอัตราการป่วย 1,010.15 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 55,665 คน คิดเป็นอัตราการป่วย 1,125.90 ต่อประชากรแสนคน³

ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี คือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไข้เลือดออก โรคเรื้อรัง และการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ทำให้มีความต้องการการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อช่วยดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ มีความต้องการการให้บริการด้านสุขภาพ คือ การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะ Intermediate care และกลุ่มดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ การจัดทำนวัตกรรมป้องกันการเกิดแผลกดทับ หรือเครื่องมือกายภาพที่ช่วยในการบริหารร่างกายบนเตียงสำหรับผู้ป่วยติดเตียง และการลดปวดด้วยสมุนไพร สอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมไทยที่กำลังก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพื้นที่เขตเมือง ที่ผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพของโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด และโรคซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และโดยคนในครอบครัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ซึ่งในสภาพปัจจุบันบุคคลในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จะขาดผู้ดูแล ซึ่งในอนาคตที่ยั่งยืนวันที่ขนาดของปัญหาจะเพิ่มขึ้น⁴

ประชาชนมีความต้องการในระดับมากที่สุด คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด การ

ประคบสมุนไพร โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด และการจ่ายยาสมุนไพร โดยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด และนอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ตอบแบบสอบถามว่าอยากให้มีการจัดหลักสูตรอบรม เรื่อง การนวด การทักหม้อเกลือ และการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และต้องการให้วิทยาลัย ให้จัดกิจกรรมให้บริการอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น เพิ่มกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมการนวดเท้า และกิจกรรมอบสมุนไพร เนื่องจากในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงทั้งสิ้น 17 หลังคาเรือน สอดคล้องกับรายงานภาวะสุขภาพและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนกรณีศึกษาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี⁵ ที่ว่าประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนต้องการรับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากแพทย์และพยาบาลประจำศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้าน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการศึกษาและความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มาพิจารณาในการวางแผนการจัดกิจกรรมบริการวิชาการให้กับชุมชน

2. นำผลการศึกษาและความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชบุรีนิคม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ให้กับหน่วยงานและประชาชนในพื้นที่ให้ทราบข้อมูลและการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. ข้อมูลวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 มกราคม 20]. เข้าถึงได้จาก <http://www.kmpht.ac.th/kmpht/public/profile>
2. สายฝน ตันตะโยธิน, วรางคณา คุ่มสุข, วาสนา อุปป้อ, ดารินทร์ พนาสันต์. การวิจัยติดตามประเมินผลกระทบของการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปี 2555. สุพรรณบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 2556.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง และ COPD. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
4. สุภาดา คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26:1156-1164.
5. สุธาสินี ศรีนุ่น, ลภัสรดา หนุ่มคำ, วนิดา ทองใบ, จิราภรณ์ กรรมบุตร, สุกัญญา พลโพธิ์กลาง, ประกายเพชร วินัยประเสริฐ, เสาวลักษณ์ คำทอง, แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล. ภาวะสุขภาพและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน กรณีศึกษาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2560;47(1): 55-66.

Received: 11 Oct 2020, Revised: 6 Dec 2020

Accepted: 19 Feb 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

สถานการณ์และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย: มุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
จังหวัดเลย ประเทศไทยกยสิทธิ์ แก้วยาศรี¹ บุญมา สุนทรวีรัตน์^{2,*} นิตยาภรณ์ โคตรแก้ว³

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสาน (Mixed method research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จังหวัดเลย เก็บข้อมูลการฆ่าตัวตายย้อนหลังจำนวน 4 ปี โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน One Way ANOVA ยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey HSD และสถิติ Kruskal-Wallis Test เติมเต็มด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยใช้แนวคำถามสืบค้นในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากนั้นนำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสู่การปฏิบัติ และประเมินผล เก็บข้อมูลระหว่างตุลาคม 2562 - กันยายน 2563 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 209 คนเป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 4 เท่า อายุเฉลี่ย 43.13 ปี (SD=16.085) อายุต่ำสุด 14 ปี และอายุสูงสุด 87 ปี อัตราตายสูงสุด 9.58 ต่อแสนประชากร ใช้วิธีการแขวนคอตายร้อยละ 72.73 เพศไม่มีความสัมพันธ์ใดๆกับวิธีการฆ่าตัวตาย Kruskal-Wallis Test ($\chi^2=3.707$, $P\text{-value}=0.157$)และวิธีการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ($F=0.764$, $p\text{-value}=0.467$) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญ แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพนับเป็นการต่อยอดแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย แนวทางการป้องกัน มุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย¹ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านบริหาร) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย² สาธารณสุขอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย³ หัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหนองหิน

* Corresponding author: isntisnt@gmail.com

*Original Article***Situation and Guideline for Suicide Prevention: Stakeholder Perspectives
Loei Province, Thailand****Kayasir Kaewyasri¹, Boonma Soontaraviratana^{2,*}, Nittayaporn Kotkeaw³****Abstract**

These mixed method research were aimed to study situation and guideline suicide prevention: stakeholder perspectives in Loei province. The suicide data collected 4 years by suicide record form. The data analyzed by descriptive and analytical statistic. The One Way ANOVA (Tukey SHD) and Kruskal-Wallis Test were used. The research was fulfilled by qualitative research. The samplings were stakeholders and used tracing questions for focus group discussion and in-depth interviewed. After that, the suicide prevention guidelines were put into practice and evaluated. The data collected from October 2019 to September 2020. The research result reveal that 209 sampling. The samplings were male more 4 times than female. The average age was 43.13 years old (SD=16.085, Min=14, Max=87). The most mortality ratio was 9.58 per100,000. The suicide method was hanged 72.73 percent (Kruskal-Wallis Test, Chi=3.707, P-value=0.157). The suicide methods were not different in each group age. (F=0.764, p-value=0.467). The qualitative data showed that suicide risk groups do not have access to health services as and importance issue. The suicide prevention guidelines depend on local context. The proactive patient searched by village health volunteers for refers was an extension of the standard suicide prevention guidelines.

Keyword: Suicide, Suicide prevention guidelines. Stakeholder perspectives.¹ Loei deputy provincial health medical doctor (Administration), Loei² Nong-hin district health office director, Loei³ The master of family practice department, Nong-hin Hospital.

* Corresponding author: isntisnt@gmail.com

บทนำ

การฆ่าตัวตาย (Suicide) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่ง ได้กระทำการพฤติกรรมรุนแรงโดยทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทั้งที่มีเจตนาต้องการตายจริงหรือไม่ก็ตาม ซึ่งผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตมาก่อน¹ กรมสุขภาพจิต อธิบายถึงสาเหตุที่เป็นปัจจัยของการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ ได้แก่ ความน้อยใจ ถูกดูต่ำตำหนิ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ความรัก หึงหวง ต้องการคนใส่ใจ ดูแล ปัญหาด้านการใช้สุรา และยาเสพติด มีอาการซึมเศร้าระหว่างทำร้ายตนเอง ปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางจิต พบภาวะโรคจิต โรคซึมเศร้า และมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำ² องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ยกปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นวาระสำคัญของโลก³ ได้รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายโลกโดยระบุว่ามีความเสี่ยงชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกๆ 40 วินาที หรือประมาณ 800,000 คน/ปี และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) มากที่สุด แม้ว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา หลายประเทศทั่วโลกจะเพิ่มมาตรการ และนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังต้องการการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ นอกจากนี้ ยังมีรายงานการจัดอันดับประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลกประจำปี พ.ศ.2562 โดย World Population Review ที่สำรวจ และพิจารณาข้อมูลการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกปี 2561 ทั้งหมด 183 ประเทศ พบว่า ประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตาย ในอันดับ 32 ของโลก เฉลี่ย 14.4 คนต่อ

ประชากรแสนคน โดยประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลก 10 อันดับแรกประกอบด้วย ลิทัวเนีย (31.9) รัสเซีย (31.0) กายอานา (29.2) เกาหลีใต้ (26.9) เบลารุส (26.22) ชูรินาเม (22.8) คาซัคสถาน (22.5) ยูเครน (22.4) ลัตเวีย (21.2) และ เลโซโท (21.2) ส่วนประเทศอื่น ๆ ในเอเชียที่ติดอันดับในรายงาน มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน ดังนี้ ญี่ปุ่น อันดับ 14 (18.5) อินเดีย อันดับ 21 (16.3) ศรีลังกา อันดับ 29(14.6) เกาหลีเหนือ อันดับ 59(11.2) สิงคโปร์ อันดับ 67(9.9) จีน อันดับ 69(9.7) ลาว อันดับ 84(8.6) พม่า อันดับ 94(7.8) เวียดนาม อันดับ 101(7.3) มาเลเซีย อันดับ 123(5.5) และฟิลิปปินส์ อันดับ 163 (3.2) โดยใช้ฐานประชากร 15 ปีขึ้นไป^{4,5}

ประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายทั้งประเทศที่รายงานโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.34 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยในปี พ.ศ.2561 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,137 คน แบ่งเป็นชาย 3,327 คน คิดเป็น 80% เป็นหญิง 810 คน คิดเป็น 20% และพบว่า วัยแรงงาน ช่วงอายุ 25-59 ปี เป็นวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 74.7% รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 22.1% และวัยเด็ก อายุ 10-24 ปี 3.2% ตามลำดับ⁶ นอกจากนี้มีผู้ทำร้ายตัวเองจนเสียชีวิต เฉลี่ยอยู่ที่ 345 รายต่อเดือน และมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยวันละประมาณ 11-12 ราย โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลในการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ 1.) ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ คือ ความน้อยใจ ถูกดูต่ำ ตำหนิ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด พบ 48.7% ความรัก หึงหวง 22.9% และต้องการ

คนใส่ใจ ดูแล 8.36% 2.) ปัญหาการใช้สุรา และยาเสพติด พบว่า มีปัญหาการดื่มสุรา 19.6% มีอาการมีนเมาระหว่างทำร้ายตนเอง 6% และ ปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางจิต พบภาวะโรคจิต 7.45% โรคซึมเศร้า 6.54% และมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำ 12%⁶ และสถิติการฆ่าตัวตายของ ประเทศไทย พบว่า จังหวัดที่มีสถิติการฆ่าตัวตาย สำเร็จ 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ.2561 ประกอบด้วย แม่ฮ่องสอน (17.26) แพร่ (13.90) น่าน (13.19) เชียงราย (11.70) พัทลุง (11.05) ลำปาง (10.37) เชียงใหม่ (10.18) สระแก้ว (10.18) อุตรดิตถ์ (10.88) และตาก (9.85)⁶ นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังกังวลกับการนำเสนอ ข่าวการฆ่าตัวตายของสื่อมวลชน โดยเฉพาะการ ฆ่าตัวตายแบบรมคว้น ในห้วงที่ผ่านมา อาจทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ ซึ่งมักเกิดขึ้นหลังเสพ ข่าวที่บรรยายถึงวิธีการโดยละเอียดจากสื่อซ้ำๆ รวมถึงอาจขึ้นอยู่กับสัดส่วน ความถี่ และปริมาณ ข่าวสารที่ได้รับด้วย สำหรับวิธีป้องกัน คนรอบข้าง ครอบครัว คนใกล้ชิด ควรสังเกต หากพบว่ามี อาการเศร้า เบื่อ เซ็ง แยกตัว คิดวนเวียน นอนไม่หลับ มองโลกในแง่ลบ หรือเขียนข้อความเชิงเสี่ยง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ หดห้วงในชีวิต ซึ่งเป็น อาการบ่งบอกของโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁶

จังหวัดเลย ตั้งอยู่บริเวณภาคอีสานตอนบน โดยมีพื้นที่ทิศเหนือ ติดสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศใต้ติดจังหวัดขอนแก่น ทิศตะวันออกติดจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู และทิศตะวันตกติดจังหวัดพิษณุโลกและเพชรบูรณ์ พื้นที่เป็นที่ราบสูงสลับภูเขา มีป่าที่อุดมสมบูรณ์บริเวณอุทยานแห่งชาติภู

หลวงและอุทยานแห่งชาติภูกระดึง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าว ข้าวโพด ถั่ว และมันสำปะหลัง หลังปี พ.ศ.2545 เป็นต้นมามียางพาราเข้ามาเป็นพืชเศรษฐกิจของ จังหวัดเลย ประชาชนมีวัฒนธรรมคล้ายคนอีสานทั่วไป อาจแตกต่างกันบ้างในบางประเด็นและมี วัฒนธรรมคล้ายคนเหนือเพราะพื้นที่บางส่วนติดภาคเหนือของประเทศไทย มีภาษาพูดเฉพาะของ คนเมืองเลย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์คล้ายประชาชนใน แขวงไชยบุรีและแขวงหลวงพระบางของ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทั้งนี้มี การข้ามไปมาหาสู่กันเป็นบ้านพี่เมืองน้องเหมือนดังอดีตที่ผ่านมา⁷ ประชากรของจังหวัดเลย ทั้งหมด 641,660 คน แบ่งเป็นชาย 320,861 คน และหญิง 320,799 คน⁷ มุมมองหรือความคิดเห็น ของ ผู้ มี ส่วน ได้ ส่วน เสีย (Stakeholder Perspective) เป็นสิ่งที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล หากแต่ความหลากหลายภายใต้กรอบ การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย จะสามารถ ช่วยให้การดำเนินงานภาครัฐและภาคประชาชน จะสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนในเกือบทุกปัญหา หากมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง ภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคี เครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน จะส่งผลอย่างไร จะช่วยให้การดำเนินงานช่วยให้สังคมน่าอยู่ยิ่งขึ้น เกื้อกูล เอื้ออาทร แก้ไขปัญหาตรงจุดตรงประเด็น นำมา ซึ่งความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ของประชาชนในจังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed Method Research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตาย โดยเก็บข้อมูลการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 4 ปีระหว่างปี พ.ศ.2559-2562 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการฆ่าตัวตายวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน One Way ANOVA และยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey HSD และสถิติ Kruskal-Wallis Test ส่วนเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการศึกษาแนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เพื่อนำเสนอสารสนเทศที่สังเคราะห์แล้วเสนอต่อบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 8 คนเพื่อช่วยยกร่างแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งใช้แนวคำถามสืบค้นในการดำเนินการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นนำร่างแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย นำเสนอต่อภาคประชาสังคม เพื่อให้เห็นความเห็นโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) นำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อดำเนินการจำนวน 12 เดือนพร้อม

ประเมินผลลัพธ์ และประชุมกลุ่มบุคลากรผู้ดำเนินงานจิตเวชชุมชนเพื่อให้ความเห็นต่อรูปแบบ ข้อเด่น ข้อด้อยและแนวทางการดำเนินงานที่ควรปรับปรุง ภายหลังกดำเนินการคืนข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มเป้าหมายภาคประชาสังคมเดิม เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ การวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 4 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2559-2562 จำนวน 209 คน

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ ดำเนินการศึกษาโดยนักวิจัยจำนวน 3 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชนจำนวน 8 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคประชาสังคม จำนวน 10 คน โดยใช้แนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ดำเนินการคัดกรองในระดับพื้นที่โดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมิน 2Q,8Q และ 9Q

ขอบเขตการวิจัย

วิจัยแบบผสมผสานนี้มีขอบเขตการศึกษา ด้านเนื้อหาครอบคลุมการศึกษาศถานการณ์และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดเลย โดยการศึกษาศถานการณ์การฆ่าตัวตายในภาพรวมของจังหวัดเลยหลังจากนั้นนำผลการวิเคราะห์เสนอต่อบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน เพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของ

กรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เมื่อได้แนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายแล้ว นำแนวทางเสนอผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเติมเต็มแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพในมุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยสรุปครอบคลุมเนื้อหา 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตาย 4 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2562 จำนวน 209 คน โดยศึกษา พ.ศ. อายุ เพศ วิธีการฆ่าตัวตาย พื้นที่

ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอต่อกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน เพื่อปรับปรุงหรือเพิ่มเติมแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย หลังจากนั้น ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้เคยใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่รับยาต้านเศร้า ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีโอกาสหาย รวมทั้งครอบครัวกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ประกอบข้อมูล สรุปสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นข้อมูลตั้งต้น นำเสนอผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพในมุมมองผู้มีส่วนได้เสีย โดยการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข เก็บข้อมูลระหว่าง ตุลาคม พ.ศ.2562 -กันยายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยผสมผสานนี้ ใช้นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินการวิจัย โดยมีเครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ (1) การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบบันทึกข้อมูล เก็บข้อมูลจากรายงานการตาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้คำถามสืบค้นในการสนทนากลุ่ม แนวคำถามสืบค้นการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมิน 2Q,8Q และ 9Q แบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (แบบ รง.506 DS) ในการส่งต่อ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย แนวทางการสรุปผลการวิจัย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์เสริมอื่นๆเช่นกล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง นำมาอธิบายและเสนอมุมมองร่วมกัน และนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยมุ่งเน้นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ปรากฏต่อหน้า นักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่นำเสนอหรือไม่มีความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์⁸

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 4 ปีในจังหวัดเลยจำนวน 209 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย ที่อยู่ ปี พ.ศ. อายุ เพศ วิธีการฆ่าตัวตาย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

1) ประชุมกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 8 คน เพื่อนำเสนอแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิตกระทรวง

สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดเลย

2) ยกร่างแนวทางการดำเนินงานการ
ป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ปรับปรุง เพิ่มเติมจากกลุ่ม
บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต
ชุมชน ต่อผู้มีส่วนได้เสียระดับพื้นที่ จำนวน 10
คน เพื่อเสนอมุมมองในการดำเนินงานเพิ่มเติม

3) นำแนวทางการดำเนินงานการป้องกัน
การฆ่าตัวตายระดับพื้นที่ สู่การปฏิบัติ

4) ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด
ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลเมื่อดำเนินการ
ครบ 12 เดือน

5) นำผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค
และข้อเสนอแนะ นำเสนอการประชุมกลุ่ม
บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต
ชุมชน และปรับแนวทางการดำเนินงาน สรุป
ผลการวิจัยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม แนว
ทางการประชุมกลุ่ม การสรุปและนำเสนอเพื่อ
ยืนยันความถูกต้อง ของข้อมูล ใช้แบบประเมิน
2Q, 8Q และ 9Q ในการประเมินคัดกรองในระดับ
ครัวเรือน ใช้แบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการ

ทำร้ายตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (แบบ รง.506
DS) ในการส่งต่อ และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ผลการวิจัย

การวิจัยผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายและแนวทางการ
ป้องกันการฆ่าตัวตายจากมุมมองของผู้มีส่วนได้
ส่วนเสีย จังหวัดเลย ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ ผล
การศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การ
ฆ่าตัวตาย 4 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2559- พ.ศ. 2562
ที่อยู่ ปี พ.ศ. อายุ เพศ วิธีการฆ่าตัวตาย ผล
การศึกษาพบรายละเอียด พบว่าข้อมูลการฆ่าตัว
ตาย 4 ปี ระหว่าง พ.ศ.2559-2562 พบการฆ่าตัว
ตาย 209 คน เป็นเพศชายจำนวน 167 คน (ร้อยละ
79.90) เพศหญิง จำนวน 42 คน (ร้อยละ
20.10) รวม 4 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายของเพศ
ชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4 เท่า อัตราตาย
ต่อแสนประชากร พ.ศ.2559-2562 เท่ากับ 8.55,
8.15, 9.58 และ 6.45 ตามลำดับ รายละเอียด
แสดงดังตารางที่ 1

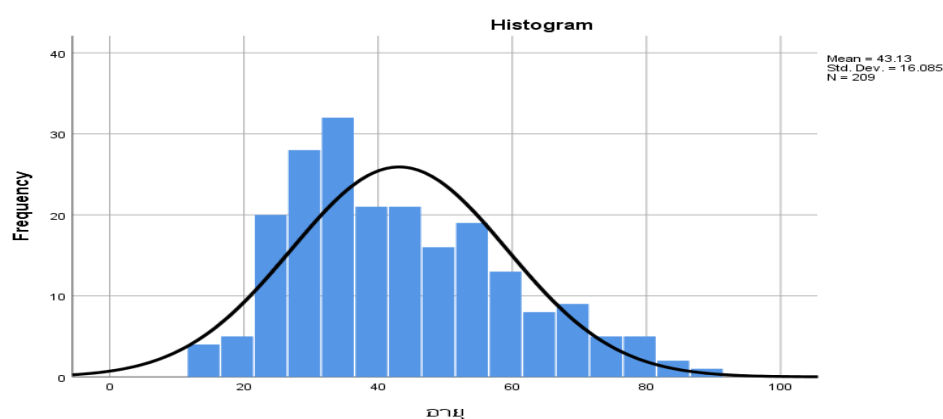
ตารางที่ 1 Gender of the suicidal person in Loei province collected from 2016-2019

Years	Male		Female		Total		Death rate /100000
	No	Percentage	No	Percentage	No	Percentage	
2016	50	90.91	5	9.09	55	100	8.55
2017	41	78.85	11	21.15	52	100	8.15
2018	44	72.13	17	27.87	61	100	9.58
2019	32	78.05	9	21.95	41	100	6.45
Total	167	79.90	42	20.10	209	100	(n=209)

จากข้อมูล 4 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2562 กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตาย มากที่สุดคือ ระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 48.33 รองลงมาคือ 41-60 ปี ร้อยละ 33.01 อายุน้อยที่สุด 14 ปี และ มากที่สุด 87 ปี โดยอายุเฉลี่ยคือ 43.13 ปี (SD=16.085) รายละเอียดดังตารางที่ 2 และกลุ่ม อายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ระหว่าง พ.ศ. 2559 – 2562 เป็นกลุ่มอายุที่เป็นวัยแรงงานเป็นส่วนใหญ่ คือระหว่างอายุ 20-60 ปี รายละเอียดดังแผนภูมิ ภาพที่ 1

ตารางที่ 2 Age groups of suicidal person in Loei province collected from 2016-2019

Age Groups	Number	Percentage
<=20	7	3.35
21-40	101	48.33
41-60	69	33.01
61-80	27	12.92
>80	5	2.39
Total (n=209) (X=43.13 SD=16.085, Min=14, Max=87)		



แผนภูมิภาพที่ 1 การฆ่าตัวตายกระจายตามกลุ่มอายุ

จากข้อมูล 4 ปีย้อนหลัง ระหว่าง พ.ศ. 2559-2562 ผู้เสียชีวิตใช้วิธีการฆ่าตัวตาย ส่วน ใหญ่ใช้การแขวนคอ ร้อยละ 72.73 รองลงมาคือ การดื่มสารพิษ ร้อยละ 26.32 และใช้อาวุธปืนร้อยละ 0.96 รายละเอียดดังตารางที่ 3 เมื่อ เปรียบเทียบวิธีการฆ่าตัวตายในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value =0.467) จึงไม่มีการยืนยันความ แตกต่างรายคู่ (Post Hoc Tests) รายละเอียดดัง ตารางที่ 4 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างเพศ กับวิธีการฆ่าตัวตายด้วยสถิติ Kruskal Wallis Test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.157) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 The methods of suicide in Loei province collected from 2016-2019

Years	Toxic substances		Hanging		Gunfire		Total
	No	Percentage	No	Percentage	No	Percentage	
2016	16	29.09	39	70.91	0	0	100
2017	12	23.08	39	75.00	1	1.92	100
2018	16	26.26	44	72.13	1	1.64	100
2019	11	26.83	30	73.17	0	0	100
Total	55	26.32	152	72.73	2	0.96	(n=209)

ตารางที่ 4 The comparison of age groups and suicidal methods in Loei province collected 2016-2019

Suicidal methods	df	SS	Ms	F	p-value
Between Groups	2	396.16	198.08	0.764	0.467
Within Groups	206	53,422.09	259.33		
Total (n=209)	208	53,818.25			

ตารางที่ 5 The comparison of gender and suicidal methods in Loei province collected from 2016-2019

Suicidal method	df	Chi-square	p-value
Gender	2	3.707	0.157
Total (n=209)			

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

1) ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 8 คน จากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นพยาบาลวิชาชีพ (เวชปฏิบัติครอบครัว) จำนวน 7 คน และพยาบาลวิชาชีพ (เวชปฏิบัติครอบครัว สาขาจิตเวชชุมชน) จำนวน 1 คน นักวิจัยเสนอแนวทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย และ

สรุปสถานการณ์การฆ่าตัวตาย จังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ.2559-2562 โดยแบ่งแนวทางการดำเนินงานเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชในโรงพยาบาล และกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชน

ข้อค้นพบจากการประชุมกลุ่ม

- สภาพปัญหาที่พบคือกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ บุคลากรสาธารณสุขมักไม่รู้มาก่อนว่าเขาเหล่านั้นมีปัญหาและส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับ

คำปรึกษาหรือยาต้านอาการซึมเศร้ามาก่อน และ
ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยขาดยา

- มีเพียงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ
เท่านั้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับคำปรึกษา ยา
ต้านซึมเศร้า และได้รับบริการเยี่ยมบ้าน ติดตาม
ดูแลในระดับครัวเรือน ชุมชน

- โดยรวมมีข้อเสนอให้ อสม.คัดกรอง
สมาชิกครัวเรือนที่รับผิดชอบอย่างคร่าว ๆ ด้วย
2Q และ 9Q (ข้อที่ 9) หากมีข้อใดข้อหนึ่ง ให้ส่ง
ต่อไปยังบุคลากรสาธารณสุขประจำบ้านเพื่อ
ติดตามประเมิน 9Q และ 8Q โดยดำเนินการทุก
เดือน

- หากพบว่า อสม.รายงานผู้ป่วยซึมเศร้า
หรือฆ่าตัวตาย บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบ
หมู่บ้านต้องติดตามเยี่ยมประเมินและส่งต่อไป
โรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์

2) ผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สมาชิกเข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน
ผู้สูงอายุองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำ
ผู้แทนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พระสงฆ์
รวมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะผู้แทนผู้เคยใช้
ยาเสพติด ผู้แทนผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ที่กำลังรับยา
ต้านซึมเศร้า โดยคำถามสืบค้นประกอบด้วย

(1) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อสถานการณ์การ
ฆ่าตัวตายในจังหวัดเลย”

(2) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการ
ดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการ
อยู่”

(3) “ในมุมมองของท่าน ปัญหาอุปสรรคที่เรา
ประสบอยู่คืออะไร”

(4) “เราควรปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน
การป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการอยู่อย่างไร”
ผลการศึกษารายละเอียดโดยสรุป ดังนี้

- “เราเองก็อาย ไม่กล้าบอกใคร ไม่รู้จะไป
ปรึกษาใคร แม้แต่พ่อแม่ก็ไม่กล้าปรึกษา มันคิด
วนเวียน หาทางออกไม่ได้”

- “ยังไงก็ไม่หาย อยู่ไปก็เป็นภาระลูกหลาน
มันเป็นแบบนี้ มีแต่สร้างความทุกข์ให้คนอื่น” แหว
ตาเศร้า น้ำตาไหล

- “จริงทุกปัญหามีทางแก้ไข ผมเข้าตาต้อง
ให้คนอื่นเอาออก แล้วจะรู้ได้ไงว่าผมเข้าตาใคร มัน
ยากนะ”

- “คนที่น่าจะช่วยได้มากที่สุดคือผู้นำกับ
อสม. เพราะอยู่ใกล้ชิดมากที่สุด”

- “มันมีเชื่อ มีแนว โคตรเหง้าสักราดเขา
เป็นแบบนั้น คิดไม่เหมือนชาวบ้านปกติทั่วไป ต้อง
ระวัง”

- “ยาบ้านี้แหละตัวร้าย ้วยรุ่นหนุ่มสาว
ติดกันอ้อมแงม”

- “พิษเศรษฐกิจซ้ำเติม โควิด 19 มันไม่มี
ทางออก บางคนกู้เงินดอกรายวัน เจ้าหนี้มันจะฆ่า
เอา คิดไม่ตก”

- “ถ้าเราพอรู้แล้วส่งต่อ หรือบอกหมอ มัน
จะช่วยให้เขาได้รับยา ได้รับคำปรึกษา โอกาสฆ่า
ตัวตายจะลดลง”

- “คนเราจะฆ่าตัวตายมันไม่ง่ายหรอก มัน
ต้องสุด ๆ มันพอมีเวลานะถ้าเราสังเกตดี ๆ ก็ช่วย
ช่วยได้”

- “ก็เคยได้ยิน แกพูดอยู่เรื่องตายนะ ก็กลัว
อยู่ว่าแกจะทำ แต่ไม่รู้จะไปพูดหรือช่วยยังไง”

● “บ่กล้าถามหรือคุณหมอเรื่องฆ่าตัวตาย กลัวว่าจะเป็นภาระขึ้นเขา”

● “เราเป็นคนในชุมชน เราก็จะรู้ว่าบ้านไหนเป็นยังไง หมอเจอคนไข้แต่ตอนอยู่โรงพยาบาล บ่รู้หรือ”

แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และนักวิจัยปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมกระบวนการคัดกรองทุกครัวเรือนโดย อสม. เน้น 3 ส คือ

● สอดส่องมองหา โดยใช้ 2Q 9Q และ 8Q คัดกรองในครัวเรือน

● ใส่ใจรับฟัง อสม. เยี่ยมครัวเรือน รับผิดชอบ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหา ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง

● ส่งต่อเชื่อมโยง อสม. ส่งต่อหากพบและรายงานในแบบรายงานประจำเดือน

1) การประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ อสม. ในการประชุมประจำเดือน และติดตามผลทุก 3 เดือน

2) ดำเนินการคัดกรองประชาชนทั่วไปโดย อสม. และรายงานเพิ่มเติม 1 ข้อในแบบรายงานประจำเดือน

3) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านซึมเศร้าและผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียนได้รับการเยี่ยมติดตามทุกรายและผู้ป่วยขาดยาทุกรายได้รับการติดตามเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพ

4) ผลการดำเนินงานตามแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ปรับประยุกต์ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในรอบ 12 เดือน ในพื้นที่ทดลอง 34 หมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรชาย 12,776 คน หญิง 12,470 คน ประชากรรวม 25,246 คน¹⁰

● อสม. ได้รับการชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน จำนวน 525 คน

● อสม. คัดกรองด้วย 2Q 9Q (ข้อที่9) และส่งต่อเข้าถึงบริการ จำนวน 49 คน

● ผู้ป่วยจิตเวชรับยาประจำทั้งหมด จำนวน 206 คน รายใหม่ 82 คน

● ผู้ป่วยรับยาต้านซึมเศร้า จำนวน 142 คน

● ผู้ป่วยยาเสพติดที่ดำเนินการบำบัดทั้งหมด จำนวน 9 คน

● ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 288 คน

● ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยขาดยา จำนวน 10 คน

● ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไปรับการรักษาต่อ จำนวน 34 คน

● ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด จำนวน 2 คน

● ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 1 คน

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

จากผลการวิจัยพบว่าข้อมูลการฆ่าตัวตาย 4 ปีย้อนหลัง ระหว่าง พ.ศ.2559-2562 ของจังหวัดเลย มีสถิติการฆ่าตัวตายที่สอดคล้องกับสถิติในระดับประเทศที่พบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า⁶ ซึ่งสอดคล้องสถิติในระดับประเทศของกรมสุขภาพจิต และยังพบว่ากลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตาย มากที่สุดคืออายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 48.33) สอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตใน

ระดับประเทศและสมภพ เรื่องตระกูล ที่พบว่า การฆ่าตัวตายมักพบในคนวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานตอนต้น โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 20-44 ปี เนื่องจากเป็นช่วงที่เครียดกับปัญหาในเรื่องงาน ประสบปัญหาการว่างงาน มีความกังวลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคมมากขึ้น¹¹ ส่วนวิธีการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ใช้วิธีแขวนคอ (ร้อยละ 72.73) รองลงมาคือการดื่มสารพิษ (ร้อยละ 26.32) และใช้อาวุธปืน (ร้อยละ 0.96) ยังสอดคล้องกับข้อมูลในระดับประเทศ แต่แตกต่างจากวิธีการฆ่าตัวตายในภาพรวมของโลก ซึ่งมักใช้วิธีการดื่มสารพิษมากที่สุด และตามด้วยการแขวนคอ ส่วนการฆ่าตัวตายของประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ใช้อาวุธปืนในการฆ่าตัวตาย และกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี มีการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มอายุอื่น^{4,9} และยังพบว่า แม้เพศชายจะมีสถิติการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า แต่วิธีการฆ่าตัวตายไม่ได้แตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง คือส่วนใหญ่ยังใช้วิธีการแขวนคอมากที่สุด และดื่มสารพิษเป็นวิธีการรองลงมา และยังพบว่า พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายนั้นเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีภาวะเครียดมากกว่าเพศชาย เพราะมีหลายบทบาทหน้าที่ในเวลาเดียวกัน เช่น ทำงานนอกบ้านและในบ้านทั้งดูแลครอบครัว บุตร สามี ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ทำให้เพศหญิงเกิดความเครียดได้ง่ายกว่าเพศชาย¹² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ประทีปธีรานันต์ ที่พบว่าพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีอารมณ์ที่หนักแน่นและตัดสินใจเด็ดขาดมากกว่าเพศหญิง¹³

ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

กระบวนการประชุมกลุ่มบุคคลากร ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน นับเป็นกระบวนการเริ่มต้นที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจตรงกันในแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) ในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อบุคลากรมีความเข้าใจที่ตรงกันแล้ว จะสามารถช่วยให้ข้อเสนอแนะได้ว่ามีประเด็นใดที่เป็นจุดอ่อนในการดำเนินงานตามแนวทางเวชปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งผลก็คือพบข้อบกพร่องในระดับการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม โดยข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือการให้ อสม.ดำเนินการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในระดับครัวเรือน ชุมชน การจัดระบบการส่งต่อจากหมู่บ้านไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพบแพทย์และแก้ไขปัญหในระดับบริการทุติยภูมิ ซึ่งเป็นกระบวนการรับประกันว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชตามความเห็นของแพทย์ผู้ทำการรักษา เมื่อได้สรุปแนวทางการดำเนินงานและแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว การเติมเต็มด้วยมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นับเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เพราะจะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เช่น ความละเอียดอ่อนในการเยี่ยมบ้าน ความเป็นส่วนตัวของครอบครัว เพราะปัญหาจิตเวชในครัวเรือนและปัญหายาเสพติด จะเป็นเรื่องที่ปกปิดในระดับชุมชน การดำเนินงานของ อสม.และ

บุคลากรสาธารณสุขต้องดำเนินไปด้วยความระมัดระวัง ปกปิดและช่วยสนับสนุนในส่วนที่เหมาะสมและเป็นความต้องการของครัวเรือน

แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นแนวทางการดำเนินที่ดีมีคุณภาพ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในระดับพื้นที่ หากแต่ในบริบทของจังหวัดเลย กระบวนการได้มาซึ่งกลุ่มเสี่ยงในระดับพื้นที่ครัวเรือน ไม่มีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน การเพิ่มเติมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระดับครัวเรือน โดย อสม.ผู้รับผิดชอบครัวเรือน ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เข้าใจคุ้นเคยและมีข้อมูลรายละเอียดเชิงลึกมากที่สุด พอจะทราบว่าใครมีความเสี่ยง โดยใช้กระบวนการประชุมและเพิ่มองค์ความรู้ด้านจิตเวชชุมชนและการคัดกรองสุขภาพจิต แก่ อสม. ภายหลังบุคลากรนำ อสม.ฝึกปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อคัดกรองกลุ่มที่เฝ้าระวังหรือกลุ่มเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย ไม่ว่าจะเป็น ผู้เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยยาเสพติด โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเรื้อรังทางกาย รักษาไม่หาย ปัญหาจิตสังคมรุนแรงทั้งสูญเสียคนรัก ภัยธรรมชาติและวิกฤตการเงิน ซึ่งหลังจากฝึกปฏิบัติแล้ว อสม.จะดำเนินการติดตามและคัดกรองเป็นประจำทุกเดือน หากพบ จะส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชนเพื่อประเมินและส่งพบแพทย์ กระบวนการนี้เป็นการเพิ่มเติมเข้าไปในแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่แฝงตัวในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้รับการ

รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมได้

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา

การนำกิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพใด ๆ ลงปฏิบัติในระดับพื้นที่ ควรระมัดระวังความสอดคล้องของกิจกรรมกับวิถีชีวิตสุขภาพตามบริบทพื้นที่ เพราะหากต้องการความยั่งยืนควรมีการปรับปรุงให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ การให้ อสม.เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในระดับครัวเรือน อาจช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น การดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามโดยบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับทุติยภูมิโดยโรงพยาบาลชุมชน ก็จะสามารถประเมินความจำเป็นทางสุขภาพที่เกิดขึ้นและจัดบริการที่จำเป็น รวมถึงส่งต่อได้อย่างเหมาะสม โดยขอค้นพบจากการศึกษานี้ อาจพอสรุปได้ดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่าในการดำเนินการคัดกรองและส่งต่อประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้าให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ซึ่งเชื่อมโยงต่อการลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย
2. การลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยการติดตามเยี่ยมบ้านและจัดบริการสุขภาพที่บ้านนับเป็นมาตรการที่ควรใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิ
3. การดำเนินการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับครัวเรือน หมู่บ้าน ชุมชน โดย อสม. มีประสิทธิภาพและลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย

บทเรียนที่ได้

การดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยปกติปัญหาสุขภาพจิตมักเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้น ปกปิด ส่วนใหญ่จะพ้อทราบบรายละเอียดยากเป็น คนที่อาศัยในหมู่บ้านชุมชน ซึ่งมีความใกล้ชิด อสม. จึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะเข้าใจ ทราบปัญหา รายครอบครัว การคัดกรองด้วย 2Q 9Q (ข้อที่ 9) และช่วยส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ หากพบปัญหา หรือแจ้งเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน เพื่อดำเนินการเยี่ยมบ้านหรือ คัดกรองซ้ำ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้ผู้มี ปัญหาสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพได้ ซึ่งเป็น ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัว ตาย การกำหนดให้ อสม. รายงานปัญหา สุขภาพจิต เพิ่มเติมในรายงานประจำเดือน อสม. รายบุคคล จึงนับว่าเป็นประโยชน์ต่อการ ดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย และสร้างความ เข้าใจต่อปัญหาในระดับชุมชน สร้างความ ภาคภูมิใจแก่คนในชุมชน และเกิดความยั่งยืนใน ที่สุด

ปัญหา/ข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรค

การปฏิบัติงานระดับพื้นที่ตามแนวทางการ ดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย พบอุปสรรค หลายประการ ที่สำคัญประการหนึ่งคือบุคลากร สาธารณสุขยังขาดองค์ความรู้เรื่องจิตเวชชุมชน โดยแต่ละอำเภอของจังหวัดเลยมีพยาบาลจิตเวช เพียงอำเภอละ 1-2 คน อำเภอขนาดเล็กมีเพียง 1 คนซึ่งหากเกิดกรณีฉุกเฉินและพยาบาลจิตเวชติด ราชการ การดำเนินงานก็เป็นไปตามข้อจำกัด บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ส่วนใหญ่ยังไม่ ผ่านการอบรมจิตเวชชุมชน ในภาพรวมอาจขาด

องค์ความรู้และทักษะในการดำเนินงาน หากแต่ก็ ยังสามารถดำเนินการส่งต่อได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือ และสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ภาคประชา สังคม แพทย์ พยาบาลจิตเวช โดยให้การสนับสนุน และคำแนะนำ รวมถึงข้อเสนอแนะอื่น ๆ นักวิจัย จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วงศ์พรรณ มลารัตน์ และคณะ. ปัญหาการฆ่า ตัวตายในชุมชน จังหวัดเชียงราย. ศูนย์ สุขภาพจิตที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข. มปป
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29978/>.
3. World Health Organization: WHO. 2020. World Health Statistics data. [Internet].2020. [cited 2020 Nov 1]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg-3-4-viz-2?lang=en>.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนว ทางการจัดการโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร ประเทศไทย จำกัด; 2557.

5. World Health Organization: WHO. 2020. World Health Statistics data. [Internet]. 2020. [cited 2020 April 10]. Available from: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/report/suicide/>.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ฐานข้อมูล Health Data Centre: HDC. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.lo.moph.go.th/main/>.
8. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2552.
9. American Psychiatric Association: APS.2020. Suicide Prevention. [Internet]. 2020. [cited 2020 July 16]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/suicide-prevention>.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ฐานข้อมูล Health Data Centre: HDC. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.lo.moph.go.th/main/>.
11. สมภาพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2553.
12. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. เพศหญิงหรือความเป็นหญิงจึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555; 7: 61-74.
13. วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556; 28: 90-103.

Received: 7 Jan 2021, Revised: 5 Feb 2021

Accepted: 23 Mar 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ศึกษาประสิทธิผลการนวดหน้าเพื่อลดริ้วรอยบนใบหน้า ของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา

นุรรีเยะ ลาเตะเกะ^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ศึกษาแบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (One-group Pretest-posttest Design) การนวดหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการนวดหน้า เพื่อลดริ้วรอยบนใบหน้า ในกลุ่มประชาชน เพศหญิงอายุ 30 - 40 ปี จำนวน 30 คน ทำการทดลองด้วยวิธีการนวดหน้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที จัดบันทึกผลการนวด และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ Repeated Measure ANOVA ทำการทดลองจำนวน 8 ครั้ง ต่อ คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง และประยุกต์ใช้ทำนวดที่ผู้วิจัยผ่านการอบรม จำนวน 14 ท่า ผลการวิจัยพบว่าริ้วรอยบนใบหน้าลดลง ผู้วิจัยประเมินด้วยตาเปล่า อยู่ในระดับมาก (Mean=4.09, SD=0.69) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของรายคู่พบว่าการวัดซ้ำคู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 2 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 7 และคู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 8 , นั้นมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน นอกนั้นมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ ประสิทธิภาพ การนวดหน้า ริ้วรอยบนใบหน้า

¹ คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

* Corresponding author: nureeyah.m@yru.ac.th

Original Article

The Study of the Effectiveness of Anti-Wrinkle Facial Massage among People in Yala City Municipality.

Nuriya Latekeh^{1,*}

Abstract

The objective of this quasi-experimental research study through a one-group pretest-posttest design was to compare the effectiveness of anti-wrinkle facial massage among people in Yala City Municipality between pretest and posttest periods. The sample consisted of 30 female people aged 30-40 years old, experimented with facial massage once a week for 30 minutes each time. The results were recorded and pretest and posttest data were collected. Data were analyzed using statistics, including mean, standard deviation and Repeated Measure Statistics ANOVA. Each sample attended 8 trials. This research was conducted by the researcher who had been trained by applying 14 massage gestures. The experimental results indicated that the reduction in the sample's facial wrinkles was found. Based on the researcher's naked eye assessment, the performance was at a high level (Mean = 4.09, S.D. = 0.69). With pairwise comparisons of means, there were indifference in means between 1st and 2nd repetitions, 1st and 7th repetitions, 1st and 8th repetitions, 2nd and 5th repetitions, 2nd and 7th repetitions, 2nd and 8th repetitions, 3rd and 5th repetitions, 3rd and 7th repetitions, 3rd and 8th repetitions, 4th and 5th repetitions, 4th and 7th repetitions, 4th and 8th repetitions, 6th and 5th repetitions, 6th and 7th repetitions, and 6th and 8th repetitions. For the remaining pairs of comparisons, there were statistically significant differences.

Keyword Effectiveness, Facial massage, Facial wrinkles

¹Faculty of Science Technology and Agriculture Yala Rajabhat University

* Corresponding author: nurreeyah.m@yru.ac.th

บทนำ

ผิวหนังจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ยังมีอายุมากขึ้น ผิวหนังมักจะบางลง หยาดบกพร่อง และหย่อนคล้อยได้ง่าย เมื่อเจอกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมก็อาจเพิ่มความเสียหายและความรุนแรงของปัญหาผิวได้ ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยอาจส่งผลกระทบต่อผิว คือ ปัจจัยภายใน (Intrinsic Aging) เมื่อยังอายุน้อย ใต้ผิวหนังจะมีไขมันสะสมอยู่บริเวณต่าง ๆ ทั่วใบหน้า เช่น หน้าผาก แก้ม รอบดวงตา และรอบปาก แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นไขมันเหล่านี้จะเริ่มสลายไป ทำให้ผิวสูญเสียความยืดหยุ่นและดูหย่อนคล้อย ซึ่งเป็นกระบวนการปกติตามกาลเวลาที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่วนปัจจัยภายนอก (Extrinsic Aging) อาจส่งผลกระทบต่อผิวโดยตรง จึงอาจทำให้ใบหน้าดูแก่กว่าวัย และเกิดปัญหาผิวอื่น ๆ ตามมา โดยปัจจัยภายนอกที่อาจกระตุ้นให้เกิดความเสียหายของผิวได้¹ การป้องกันริ้วรอยบนใบหน้าเพื่อชะลอให้เกิดซ้ำลงสามารถทำได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดริ้วรอย หากเป็นปัจจัยภายในอาจหลีกเลี่ยงได้ยาก แต่ปัจจัยภายนอกนั้นสามารถทำได้โดยหลีกเลี่ยงแสงแดด หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ทำจิตใจให้เบิกบานแจ่มใส ไม่เครียด ไม่นอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่งเป็นเวลานาน และการนวดหน้า²

การนวดหน้า (facial Massage) มีประโยชน์มากต่อผิวพรรณ ช่วยเรื่องความอ่อนเยาว์ ลดเลืกริ้วรอย เนื่องจากการนวดหน้ามีส่วนกระตุ้นการผลิตเซลล์ผิวหนังชั้นนอกที่หมดอายุให้หลุดไป ไม่ตกค้างในรูขุมขน เมื่อผลิตเซลล์ผิวเก่าออกไปแล้ว เซลล์ผิวหนังเกิดใหม่ที่แข็งแรงก็จะ

เกิดขึ้นมาแทนที่ ส่งผลให้ใบหน้าดูสดใส จุดสำคัญของการนวดหน้าคือ การนวดไปตามจุดสำคัญบนใบหน้า ซึ่งมีผลในการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ส่งเสริมกระบวนการเผาผลาญของเซลล์ผิว และช่วยให้เลือดนำออกซิเจนหรือสารอาหารไปหล่อเลี้ยงเซลล์ผิวหนังบนใบหน้าได้อย่างทั่วถึง³ ซึ่งปัญหาผู้หญิง อายุ 30-40 ปี ส่วนใหญ่ปัญหาเรื่องผิวจะมีน้อยลง เพราะฮอร์โมนเอสโตรเจนน้อยลง แต่จะมีปัญหาเกี่ยวกับฝ้า กระ เนื่องจากคอลลาเจนถูกทำลายมากไปกว่าเดิม ทำให้ผิวดูหยาดบกพร่องมากขึ้น เพราะหนังกำพร้ามีการผลัดตัวช้ากว่าเดิม ทำให้เห็นริ้วรอย ความหย่อนคล้อยบนใบหน้าชัดเจนกว่าเดิม⁴ ผลการวิจัยในอาสาสมัครเพศหญิงสุขภาพดี อายุระหว่าง 30-50 ปี โดยคัดเลือกเอารายที่มีปัญหาริ้วรอยมากที่สุด โดยประเมินว่ามีริ้วรอยระดับ 2 คือ มีรอยย่นกระจายทั่วไป มีจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นรอยย่นตื้น ๆ และเป็นรอยย่นตื้น ๆ เกือบทั้งหมด⁵ จำนวน 21 คน มาทำการทดลอง ด้วยการใช้นิเทศการกดคลึง (Finger Kneading) และกดจุด (Acupressure) โดยใช้ศาสตร์การนวดแบบตะวันออกและตะวันตกมาประยุกต์ ทั้งนวดข้อศอกและนวดแบบหยาง จำนวน 11 จุด ในอุณหภูมิห้องที่ 24-26% และควบคุมความชื้น 60-70% ใช้เวลาในการนวด 20 นาที ผลจากการทดลองพบว่าร้อยละ 95 ของผู้เข้ารับการนวดหน้าแบบประยุกต์ มีความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับที่มากถึงมากที่สุด ทำให้สามารถสรุปผลการทดลองได้ว่า การนวดหน้าแบบประยุกต์นี้ มีการเปลี่ยนแปลงแบบมีนัยเกิดขึ้น คือ อุณหภูมิบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้นประมาณ 0.2 องศาเซลเซียส และน่าจะมีผลต่อการเพิ่มการไหลเวียนโลหิต และเมื่อ

มีการไหลเวียนของโลหิตเพิ่มขึ้น ก็จะมีผลทำให้การใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เกิดการรีเฟรชของเซลล์ ทำให้เซลล์สดชื่น และคืนความอ่อนเยาว์ให้แก่ผิวหนัง⁵

ดังนั้นจึงคาดการณ์ได้เลยว่าอนาคตของไทยจะได้รับการตอบรับจากกลุ่มนักลงทุนมากขึ้น ในด้านการตลาดด้านความสวยความงาม⁶ ค่านิยมของผู้บริโภคในสังคมไทยปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับความสวยความงามบนใบหน้า และผิวพรรณกันอย่างแพร่หลาย และมีแนวโน้มที่จะมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในอนาคต⁷

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของนวัตกรรมหน้าชะลอวัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อน และหลังการนวดหน้าชะลอวัยของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา เพื่อนำข้อมูลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา คุณลักษณะของประชาชน ทั้งทางกาย และทางจิต เนื่องจากความงาม และการชะลอวัยมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต อีกทั้งเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ แต่พบว่ามีการทำวิจัยจำนวนน้อยมากในการสนับสนุนการนวดหน้าต่อการลดการเหี่ยวย่นของผิวบนใบหน้า เพื่อให้เกิดนวัตกรรม และเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาในสายวิชาชีพสุขภาพและความงามต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการนวดหน้าเพื่อบรรเทาเหี่ยวย่นบนใบหน้าของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ศึกษาแบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (One-group Pretest-posttest Design) การนวดหน้าชะลอวัย ในกลุ่มประชาชนเพศหญิงอายุ 30 - 40 ปี ที่มีปัญหาเหี่ยวย่นบนใบหน้า จำนวน 30 คน ทำการทดลองด้วยวิธีการนวดหน้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ละครึ่ง 30 นาที จำนวน 8 ครั้ง ต่อ คน เริ่มดำเนินการทำการทดลองเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม 2563 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่ผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรนวดหน้า จำนวน 14 ท่า จัดบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงระดับรอยเหี่ยวย่น และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ Repeated Measure ANOVA

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร คือ ประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา จำนวน 4,117 คน⁸

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา เพศหญิง ที่มีอายุ 30 - 40 ปี ที่มีปัญหาเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับ 3 ซึ่งผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีข้อห้ามเกี่ยวกับการนวด
2. เพศหญิงมีอายุระหว่าง 30 - 40 ปี
3. มีปัญหาเรื้อรบบนใบหน้าระดับ 3 คือ มีรอยย่นค่อนข้างน้อย กระจายหลายแห่ง เป็นรอยย่นตื้น ๆ เกือบทั้งหมด และมีรอยย่นน้อยมาก ขณะทำหน้าเฉย มีเฉพาะบางส่วน มีรอยย่นมาก และลึกขึ้นเมื่อยิ้ม
4. ไม่ศัลยกรรมใบหน้า ไม่ฉีดโบท็อกซ์ฟิลเลอร์ ในระยะเวลา 6 เดือนก่อนและหลังการวิจัย
5. อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครยะลา
6. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เข้าร่วมการทดลองไม่ถึง 10 ครั้ง
2. ย้ายภูมิลำเนาไม่สามารถตามได้
3. สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีข้อห้ามเกี่ยวกับการนวดหน้า เช่น ฉีดโบท็อกซ์ ร้อยไหม ศัลยกรรมจมูก ศัลยกรรมใบหน้า เป็นต้น
4. ไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัยอีกต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ทำนวดหน้า จำนวน 14 ท่าได้แก่
ท่าที่ 1 ทำนวดพนมมือ คือ พนมมือสัมผัสใบหน้า ลูบจากข้างขึ้นมาที่แก้มนอก จำนวน 10 ครั้ง ลงน้ำหนักมือระดับปานกลาง ช่วยลดร่องแก้ม
- ท่าที่ 2 ทำนวดโกยคาง คือ ใช้ฝ่ามือลูบคางสลับซ้ายขวา จำนวน 10 ครั้ง ลงน้ำหนักมือระดับปานกลาง ช่วยยกกระชับใบหน้า และเก็บคาง

ท่าที่ 3 ทำกำปั้นนวดคาง คือ ใช้กำปั้นลูบคางสลับซ้ายขวา ลักษณะท่าโกยคาง จำนวน 10 ครั้ง ช่วยยกกระชับใบหน้า และเก็บคาง

ท่าที่ 4 ทำนวดจีบคาง คือ ใช้หัวแม่มือโป้งกับนิ้วชี้จีบคางขึ้น - ลง จำนวน 10 ครั้ง

ท่าที่ 5 ทำนวดหนดคาง คือ ใช้หัวแม่มือโป้งกับนิ้วชี้ขึ้นวดหนด และคาง สลับขึ้นลง จำนวน 10 ครั้ง

ท่าที่ 6 ทำนวดผีเสื้อ คือ ใช้หัวแม่มือไขว้กัน ถูปีกจมูก สลับซ้าย - ขวา จำนวน 10 ครั้ง

ท่าที่ 7 ทำนวดปูไต่ คือ นิ้วชี้กับนิ้วกลางถูข้างจมูกสลับกันซ้าย - ขวา จำนวน 10 ครั้ง

ท่าที่ 8 ทำนวดตาลเลขแปด คือ ใช้นิ้วกลางนวดรอบดวงตา วนเป็นเลขแปด สลับซ้าย - ขวา จำนวน 3 รอบ ลดถุงใต้ตา และริ้วรอยใต้ตา

ท่าที่ 9 ทำนวดพัดเดียว คือ ใช้นิ้วมือนวดใบหน้าในลักษณะท่าใบพัด จำนวน 10 ครั้ง

ท่าที่ 10 ทำนวดพัดคู่ คือ ใช้นิ้วมือทั้ง 2 ข้าง นวดใบหน้าในลักษณะท่าใบพัดคู่ จำนวน 10 ครั้ง

ท่าที่ 11 ทำนวดปิดหน้าผาก คือ ใช้ฝ่ามือนวดหน้าผากในลักษณะดึงขึ้น จำนวน 3 รอบ ลดริ้วรอยบนหน้าผาก

ท่าที่ 12 ทำนวดศีรษะ คือ นวดศีรษะลักษณะคลึงเบา ๆ จำนวน 2 รอบ

ท่าที่ 13 ทำนวดโอบทั่วใบหน้า คือ ใช้ฝ่ามือนวดโอบใบหน้า จำนวน 10 ครั้ง

ท่าที่ 14 ทำนวดชิงหน้า คือ ใช้ฝ่ามือชิงหน้าให้ตึง ใช้เวลา 10 วินาที⁹

2. แบบบันทึกผลการนวดหน้า กำหนดค่าคะแนนริ้วรอยเหี่ยวย่น ผู้วิจัยประยุกต์จากวรัมพา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2019)¹⁰ ดังนี้

ระดับคะแนน 1 มากที่สุด มีรอยย่นจำนวนมากที่สุด กระจายทั่วใบหน้าและลำคอ และร่องรอยย่นมี ความลึก ส่วนใหญ่เป็นรอยย่นลึก แต่มีบางส่วนเป็นรอยย่นตื้น ๆ

ระดับคะแนน 2 มาก มีรอยย่นกระจายทั่วไป มีจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นรอยย่นตื้น ๆ และเป็นรอยย่นตื้น ๆ เกือบทั้งหมด

ระดับคะแนน 3 ปานกลาง มีรอยย่นค่อนข้างน้อย กระจายหลายแห่ง เป็นรอยย่นตื้น ๆ เกือบทั้งหมด และมีรอยย่นน้อยมากขณะทำหน้าที่ มีเฉพาะบางส่วน มีรอยย่นมากและลึกขึ้นเมื่อยิ้ม

ระดับคะแนน 4 น้อย มีรอยย่นน้อยและตื้นมาก เกือบมองไม่เห็น ขณะทำหน้าที่ เห็นได้ชัดขึ้นขณะยิ้ม

ระดับคะแนน 5 น้อยที่สุด ไม่เห็นรอยย่นขณะทำหน้าที่ เห็นรอยย่นขณะยิ้มจำนวนไม่มาก และเป็นรอยย่นตื้น ๆ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ติดต่อประสานงานเทศบาลนครยะลา เพื่อขอข้อมูล

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ประชาชนเพศหญิงที่มีอายุ 30 - 40 ปี ที่มีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง โดยใช้ตารางการบันทึกที่ดัดแปลงของโรงเรียนสอนความงามและสปาพรานิเย

3. ผู้วิจัยได้กำหนดข้อตกลง และทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินการทดลองให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

4. คัดเลือกผู้ช่วยนวด จำนวน 2 คน ที่มีฝีมือ น้ำหนักมือ อยู่ในระดับเดียวกัน รวมถึงผู้วิจัยด้วย

5. เสนอโครงการร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

6. ผู้วิจัยประชุมผู้ช่วยนวด ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการนวด และระยะเวลาในการนวด เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการควบคุมตัวแปร 3 ตัว คือ เวลาในการนวด ผู้ช่วยนวด และท่านวด

ขั้นทดลอง

7. ผู้วิจัยทำการทดลองวิธีการนวดหน้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที จัดบันทึกการเปลี่ยนแปลงรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้า ก่อนและหลังการนวด ลงในแบบบันทึกผลการนวดหน้าของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน

ขั้นหลังการทดลอง

8. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.163, df = 8, p < .000$) แสดงว่าในแต่ละช่วงเวลามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของรายคู่พบว่าการวัดซ้ำคู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 2 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 8 ,

คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 7 และคู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 8 , นั้นมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน นอกนั้นมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ศึกษาแบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (One-group Pretest-posttest Design) การนัดหมาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการนัดหมาย เพื่อลดรีวรอยบนใบหน้า ในกลุ่มประชาชนเพศหญิงอายุ 30 - 40 ปี จำนวน 30 คน ทำการทดลองด้วยวิธีการนัดหมาย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที จัดบันทึกผลการนัด และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ Repeated Measure ANOVA ทำการทดลองจำนวน 8 ครั้ง ต่อ คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง และประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่ผู้วิจัยผ่านการอบรม จำนวน 14 ท้า

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ได้หมายเลขรับรอง 066/2563 ลงวันที่ 27 เมษายน 2563

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ100.00) ส่วนใหญ่มี 30-35 ปี (ร้อยละ 70.00) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 60.00) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ 76.67) ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการนัดหมายมาก่อน (ร้อยละ60.00) และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยทำศัลยกรรมบนใบหน้า (ร้อยละ 100.00) แสดงดังตารางที่ 1

ความเปลี่ยนแปลงของลักษณะรีวรอยบนใบหน้าของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยประเมินด้วยตาเปล่า พบว่า สัปดาห์ที่ 1 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.80, SD=0.71) สัปดาห์ที่ 2 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.93, SD=0.74) สัปดาห์ที่ 3 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.06, SD=0.74) สัปดาห์ที่ 4 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.13, SD=0.67) สัปดาห์ที่ 5 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.13, SD=0.67) สัปดาห์ที่ 6 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.23, SD=0.68) สัปดาห์ที่ 7 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.23, SD=0.68) และสัปดาห์ที่ 8 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.26, SD=0.69) แสดงดังตารางที่ 2

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรื้อรอยบนใบหน้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการนัดหมายโดยวอเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ แสดงให้เห็นความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.163, df = 8, p < .000$) แสดงว่าในแต่ละช่วงเวลามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของรายคู่พบว่าการวัดซ้ำคู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 2 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 5 ,

คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 7 และคู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 8 , นั้นมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน นอกนั้นมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 30 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0.00
หญิง	30	100.00
อายุ		
30-35 ปี	21	70.00
36-40 ปี	9	30.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	23.33
ปริญญาตรี	18	60.00
ปริญญาโท	5	16.67
ปริญญาเอก	0	0.00
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3	10.00
5,000 – 10,000 บาท	23	76.67
10,000 บาทขึ้นไป	4	13.33

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 30 คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การนวด		
เคย 1-3 ครั้งต่อเดือน	12	40.00
ไม่เคยใช้บริการมาก่อน	18	60.00
เคยตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปต่อเดือน	0	0.00
ประสบการณ์การทำศัลยกรรมบนใบหน้า		
ไม่เคย	30	100.00

ตารางที่ 2 แสดงความเปลี่ยนแปลงของลักษณะรูปร่างบนใบหน้าของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยประเมินด้วยตาเปล่า

ลำดับที่	Mean	SD	ระดับการประเมิน
1	3.80	.71	ระดับปานกลาง
2	3.93	.74	ระดับปานกลาง
3	4.06	.74	ระดับมาก
4	4.13	.67	ระดับมาก
5	4.13	.67	ระดับมาก
6	4.23	.68	ระดับมาก
7	4.23	.68	ระดับมาก
8	4.26	.69	ระดับมาก
โดยรวม	4.09	0.69	ระดับมาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรูปร่างบนใบหน้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการนวดหน้าโดยวอเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ทดสอบ	618.766	1	5.859	85.163**
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	50.859	7	7.266	
รวม		8		

** $p < .0001$, SS = Sum of Square, MS = Mean Square

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญที่ได้จากผลการวิจัยในเรื่องนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายเพื่อสรุปเป็นข้อยุติให้ทราบถึงข้อเท็จจริงโดยมีการนำเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาอ้างอิงสนับสนุนหรือข้อโต้แย้ง และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อน และหลังการนวดหน้าชะลอวัย โดยใช้ ค่าสถิติ Repeated Measure ANOVA สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ความเปลี่ยนแปลงของลักษณะริ้วรอยบนใบหน้าของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยประเมินด้วยตาเปล่าพบว่า สัปดาห์ที่ 1 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.80, SD=0.71) สัปดาห์ที่ 2 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.93, SD=0.74) สัปดาห์ที่ 3 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.06, SD=0.74) สัปดาห์ที่ 4 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.13, SD=0.67) สัปดาห์ที่ 5 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.13, SD=0.67) สัปดาห์ที่ 6 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.23, SD=0.68) สัปดาห์ที่ 7 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.23, SD=0.68) และสัปดาห์ที่ 8 รอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าอยู่ในระดับมาก (Mean=4.26, SD=0.69) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย เรื่องนวดหน้าแบบประยุกต์ลดริ้วรอย เสริมหน้าใส หน้าแดง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในอาสาสมัครเพศหญิงสุขภาพดี อายุระหว่าง 30-50 ปี โดยคัดเลือกเอารายที่มีปัญหาริ้วรอยมากที่สุด โดยประเมินว่ามีริ้วรอยระดับ 2 จำนวน 21 คน มาทำการทดลอง ด้วย

การใช้เทคนิคการกดคลึง (Finger Kneading) และกดจุด (Acupressure) โดยใช้ศาสตร์การนวดแบบตะวันออกและตะวันตกมาประยุกต์ ทั้งนวดชี้อัตชี และนวดแบบหยาง จำนวน 11 จุด ในอุณหภูมิห้องที่ 24-26% และควบคุมความชื้น 60-70% ใช้เวลาในการนวด 20 นาที ผลจากการทดลอง พบว่าร้อยละ 95 ของผู้เข้ารับการนวดหน้าแบบประยุกต์ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับที่มากถึงมากที่สุด ทำให้สามารถสรุปผลการทดลองได้ว่า การนวดหน้าแบบประยุกต์นี้ มีการเปลี่ยนแปลงแบบมีนัยยะเกิดขึ้น คือ อุณหภูมิบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้นประมาณ 0.2 องศาเซลเซียส เพิ่มการไหลเวียนโลหิต และเมื่อมีการไหลเวียนของโลหิตเพิ่มขึ้น ก็จะมีผลทำให้การใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เกิดการรีเฟรชของเซลล์ ทำให้เซลล์สดชื่น และคืนความอ่อนเยาว์ให้แก่ผิวหน้า¹¹

ผลการเปรียบเทียบรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าแสดงให้เห็นความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.163$, $df = 8$, $p < .000$) แสดงว่าในแต่ละช่วงเวลามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของรายคู่พบว่า การวัดซ้ำคู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 2 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 1 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 2 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 3 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 7 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 4 และ 8 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 5 , คู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ 7 และคู่ของการวัดซ้ำครั้งที่ 6 และ

8 , นั้นมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน นอกนั้นมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การนวดหน้าเป็นวิธีการปรนนิบัติผิวที่สามารถทำได้ง่าย วิธีนวดหน้าเกี่ยวข้องกับการกดและคลึงบริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อ และจุดต่าง ๆ บนใบหน้า รวมถึงลำคอ ไหล่ไปจนถึงบ่าและช่วงบนของหน้าอก โดยที่ผู้นวดสามารถใช้ไลชั่น น้ำมัน เซรัม หรือผลิตภัณฑ์ทาความสะอาดใบหน้า การนวดใช้เพียงแค่นิ้วมือ และฝ่ามือ การนวดหน้ามีประโยชน์มากมาย 1) เป็นการผ่อนคลายผิวหนังและกล้ามเนื้อบนใบหน้า 2) ช่วยกระตุ้นการสร้างเซลล์ผิวและเซลล์กล้ามเนื้อใหม่ โดยพบว่าผู้ที่นวดหน้าอย่างต่อเนื่องวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 วินาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีความหนาของชั้นกล้ามเนื้อที่ใบหน้ามากขึ้น 3) กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตที่ผิวหนัง โดยหลังการทดลองนวดหน้าเป็นเวลา 5 นาที พบว่ามีปริมาณโลหิตไหลเวียนมาที่ผิวหนังมากขึ้น และยังพบการหมุนเวียนโลหิตในระดับสูงแม้เวลาผ่านไป 10 นาที 4) ช่วยให้รอยแผลเป็นจางลง และลดการคันหรือเจ็บปวดที่บริเวณรอยแผลเป็น เนื่องจากที่บริเวณรอยแผลเป็นมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น 5) เร่งการผลิตเซลล์ผิว และช่วยสนับสนุนให้สกินแคร์ต่าง ๆ แทรกซึมสู่ผิวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงช่วยเผยเซลล์ผิวใหม่ด้านล่าง และบำรุงผิวให้เปล่งปลั่ง กระชับใส และมีสุขภาพดี 6) การใช้ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวร่วมกับการนวดใบหน้ามีผลด้านความชุ่มชื้นและริ้วรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าจึงดูอ่อนเยาว์มากขึ้น 7) การนวดหน้าอย่างต่อเนื่องกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนในชั้นหนังแท้ ซึ่งมีผลให้ใบหน้ากระชับและเรียวขึ้น 8) การนวดกดจุดบริเวณปีกจมูกและหัวคิ้วสามารถบรรเทาอาการปวดจาก

ไซนัสอักเสบในผู้ที่ม่มีอาการได้ 9) ผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า การนวดผิวหนังช่วยลดความตึงเครียดและวิตกกังวล รวมทั้งช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ทำให้การรับสัมผัสดีขึ้นได้อีกด้วย¹² เพื่อให้การนวดหน้ามีประสิทธิภาพ สามารถชะลอวัยได้ หลังการนวดหน้า 14 ท่า ควรดื่มน้ำสะอาดทันที พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ งดการอยู่กลางแจ้งแดดนานจนเกินไป เนื่องจากแสงแดดส่งผลทำให้เกิดการชราของผิว และงดสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มแอลกอฮอล์ หรือของมีเมาต่าง ๆ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

การนำข้อเสนอแนะผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนต่อไป
2. นำผลการวิจัยใช้ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรวิทยาการธุรกิจสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพและความงาม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มประชาชนเพศหญิง อายุ 30-40 ปี ในเขตเทศบาลนครยะลา จึงควรศึกษาในเพศชาย เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการนวดหน้าเพื่อลดริ้วรอยบนใบหน้า
2. ควรมีการศึกษายกรยอมรับการนวดหน้าชะลอวัย ในทุกกลุ่มอายุ และควรศึกษาวิธีการนวดให้เหมาะสม เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนวิธีการนวดให้มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. หน้าแก่ แก่ได้ หากเข้าใจสาเหตุของปัญหาผิว. หน้าแก่เกิดขึ้นได้อย่างไร .[ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2563 จาก [dhhttps://www.pobpad.com/](https://www.pobpad.com/)
2. รื้อรอยบนใบหน้า จะป้องกันอย่างไรให้มาช้า. รื้อรอยบนใบหน้า ป้องกันได้อย่างไร .[ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2563 จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/>
3. How To นวดหน้าชะลอวัย. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 19 มีนาคม 2563 จาก <https://www.granedathailand.com/massage-age/>
4. วานิสสา คลินิก. ปัญหาผิวของผู้หญิงแต่ละวัย .[ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2563 จาก <https://www.vanissaclinic.net/16827978>
5. กายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (มข.). วิจัยนวดหน้าแบบประยุกต์ ลดริ้วรอย เสริมหน้าใส หน้าแดง .[ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <http://www.yesspathailand.com/BlogSPAb>.
6. พิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล. แนวโน้มธุรกิจความงามกับตลาด AEC. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2563 จาก <https://www.krungsri.com/th/plearn-plearn/beauty-industry-in-aec>
7. อดิษฐ์ ผลประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการคลินิกเสริมความงามด้านผิวพรรณของผู้บริโภค. บริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ; 2558
8. ทะเบียนราษฎร์สำนักงานท้องถิ่นเขตเทศบาลนครยะลา (2563). จำนวนเพศหญิงอายุ 30-40 ปี : เทศบาลนครยะลา; 2563
9. เอกสารประกอบการเรียน หลักสูตรนวดหน้า. นวดและทรีตเมนต์ใบหน้า. กรุงเทพมหานคร : โรงเรียนสอนความงามและสปาพรวินเีย; 2561
10. วรมิพา สุวรรณรัตน์ และคณะ. (2562). การประเมินผลสำเร็จของการใช้พลาสมาเย็นแบบสัมผัสในการฟื้นฟูสภาพผิว. วารสารสาธารณสุขชุมชนมหาวิทยาลัยบูรพา. 14(1) :44-56.
11. กายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (มข.). วิจัยนวดหน้าแบบประยุกต์ ลดริ้วรอย เสริมหน้าใส หน้าแดง .[ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <http://www.yesspathailand.com/BlogSPAb>.
12. Hatayama, T., Kitamura, S., Tamura, C., Nagano, M., & Ohnuki, K. (2008). The facial massage reduced anxiety and negative mood status, and increased sympathetic nervous activity. Biomedical Research, 29(6), 317-320.

Received: 2 Jan 2021, Revised: 3 Mar 2021

Accepted: 26 Mar 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข
จังหวัดกาญจนบุรีสมโภช บุญวัน^{1,*}

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์ความสุขในการทำงาน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความสุขในการทำงาน 3) ความแตกต่างของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในกลุ่มที่มีความสุขแตกต่างกัน และ 4) ปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่เหมาะสมกับความสุขในการทำงานของบุคลากร ศึกษาวิจัย 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิการประเมินความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 867 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้จำนวน 318 คน และระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยอื่นที่เหมาะสมกับระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุข สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน เครื่องมือ คือ แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ และทดสอบ แมน - วิทนี ยู ผลการวิจัยพบว่า 1) บุคลากรสาธารณสุขมีความสุขเฉลี่ยทั้ง 9 มิติอยู่ในระดับมีความสุข โดยมีดัชนีชี้วัดมีความสุขสูงสุดและอยู่ในระดับมีความสุขมาก 2) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุข ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ช่วงวัย ระดับการศึกษา การตั้งครุภรรยา การมีบุตร เวลาการทำงานเร่/กะ ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรปัจจุบัน รายได้ ระดับตำแหน่ง และประเภทการจ้าง 3) ความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรในกลุ่มที่มีความสุขแตกต่างกัน พบว่ามีระดับความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน และ 4) ปัจจัยด้านคุณลักษณะงานของแฮคแมนและโอดแฮมและปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานไวตามินโมเดลมีความเหมาะสมกับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้บริหารหน่วยงานควรส่งเสริมความสุขในการทำงานด้วยการให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านต่างๆ จากการวิจัยนี้ ที่ทำให้บุคลากรมีความสุข ควรศึกษาสถานการณ์ความสุขของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอและศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานที่บ้าน(Work from Home) จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

คำสำคัญ สุขภาพในการทำงาน บุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

¹ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยกระเจา อ.ห้วยกระเจา จ.กาญจนบุรี

*Corresponding author: somphoteboonwan@yahoo.com

*Original Article***Factors Correlated with Happiness in Work of Health Personnel
of Kanchanaburi Province.**Somphote Boonwan^{1,*}**Abstract**

This quantitative research objectives were to study (1) the situation of happiness at work, (2) the relationship between personal characteristics and happiness at work, (3) the differences in opinion levels on job characteristics and work environment factors in personnel with different happiness levels, and (4) the factors of job characteristics and work environment that were suitable for happiness at work of health personnel in Kanchanaburi province. The study was conducted in two phases: Phase 1 involved a sample of 318 health officials selected using simple random sampling from all 867 health personnel under the Kanchanaburi Provincial Public Health Office; secondary data on happiness at work were collected in 2019; and Phase 2 involved a purposively selected sample of 20 health workers for data on other factors that were suitable for happiness at work. Data were collected using a questionnaire with the reliability value of 0.89 and then analyzed with descriptive statistics including chi-square test and Man-Whitney U test. The results revealed that: (1) among the participating health personnel, on average for all nine happiness dimensions, they were happy at the normally happy level; and the “happy heart” dimension had the highest mean score at the “very happy” level; (2) the personal characteristics correlated with the health personnel’s happiness levels were gender, marital status, age, educational level, pregnancy, having children, working time, years of service in the current unit, income, position level and type of employment; (3) the opinions on job characteristics and work environment of personnel with different happiness levels were not different; and (4) Hackman and Olham’s job characteristics and work environment factors of the vitamin model were suitable for happiness at work of health personnel in the province. The management of the agency should promote happiness in work by paying attention to various factors. That makes people happy from this research Should study the happiness situation of personnel regularly and study the factors affecting the happiness at work at home (Work from Home) from the situation of the COVID-19 epidemic.

Keywords: happiness at work; health personnel; personal factor; job characteristics; work environment factor

^{1,*} Public health scholar Huai Krachao District Public Health Office, Huai Krachao District, Kanchanaburi Province.

บทนำ

การบริหารทรัพยากรมนุษย์ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการบริหารองค์การภาครัฐในปัจจุบัน เพราะมนุษย์จัดได้ว่า เป็นทรัพยากรทางการบริหารที่สำคัญ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ตลอดจนการจัดกระบวนการนั้นมีบทบาทในการทำให้บุคลากรทำงานในหน้าที่ของตนและการดำเนินงานในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ผลลัพธ์การพัฒนาด้านองค์กร ในขณะที่เดียวกันบุคคลผู้ทำงานให้กับองค์กรเมื่อมีความพึงพอใจในการทำงานและมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็จะทำให้เกิดความรักภักดีต่อองค์กรและเต็มใจในปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล¹ สอดคล้องกับคำว่า “คนสำราญ งานสำเร็จ” อันหมายถึงงานจะสำเร็จ เมื่อผู้ทำงานนั้นต้องทำงานด้วยความสุข และทำให้งานเป็นแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิตบุคลากรของหน่วยงานนั้นจึงเป็นปัจจัยสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนองค์กรให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย และความสุข ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร จึงน่าจะมีผลโดยตรงกับผลสัมฤทธิ์งานขององค์กร²

นโยบายระดับชาติในประเทศไทย ให้ความสำคัญในเรื่องความสุขมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมาก ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 พ.ศ. 2506 ได้ให้ความสำคัญกับเศรษฐกิจเรื่อยมาโดยใช้จีดีพี เป็นตัววัดความก้าวหน้าของประเทศจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาฉบับแรกที่กล่าวถึง “ความสุข” โดยมุ่งหมายให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และใช้

เศรษฐกิจเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนาให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและในแผนพัฒนาฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 – 2554) ได้จัดให้ความสุขเป็นจุดหมายหนึ่งของการพัฒนา โดยต้องการพัฒนาประเทศไปสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืนและนอกจากจีดีพีแล้ว ได้มีการสร้างดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันของสังคมไทย เป็นดัชนีรวม แต่ยังไม่ได้เป็นการวัดความสุขโดยตรง เหตุผลหลักน่าจะเกิดจากการขาดข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาอย่างเป็นระบบ และผู้กำหนดนโยบายไม่เชื่อมั่นในความน่าเชื่อถือของการวัดความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิต³

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น โดยในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยมียุทธศาสตร์การพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านคือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) จากสำนัคนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขปี 2560 โดยกำหนดเป้าหมาย เจ้าหน้าที่มีความสุข อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เป้าหมายสำคัญ คือบุคลากรมีระดับความสุขอยู่ในระดับมีความสุขในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และอัตราการคงอยู่ของ

บุคลากรสาธารณสุข(Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการสำรวจระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยโปรแกรม Happynometer Online โดยการประยุกต์เครื่องมือวัดความสุขทางสังคมศาสตร์ที่คณะนักวิจัยจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงสาธารณสุขได้ทำบันทึกข้อตกลงในการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการวัดระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศ ประกอบไปด้วยการวัดระดับความสุขใน 9 มิติ เริ่มในปีงบประมาณ 2560 นำไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประเทศ พบว่าโดยรวมแล้วบุคลากรสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 62.60 มีระดับความสุขอยู่ในระดับมีความสุข ในปีงบประมาณ 2562 ทำการสำรวจระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศเป็นครั้งที่ 2 โดยทำการสำรวจในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 พบว่าโดยรวมแล้วบุคลากรสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 83.73 มีระดับความสุขอยู่ในระดับมีความสุข จากการประเมินครั้งที่ 2 พบว่าบุคลากรที่มีระดับความสุขอยู่ในระดับมีความสุขเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งแรกในปีงบประมาณ 2560 และกระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการในการส่งเสริมความสุขให้บุคลากร เช่น การบันทึกความตกลงร่วมกับธนาคารของรัฐในการลดดอกเบี้ยเงินกู้ให้กับบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น สำหรับในจังหวัดกาญจนบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับข้อมูลการตอบโปรแกรม Happynometer Online คืนกลับมาจากเขตสุขภาพที่ 5 และส่งต่อ

ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลในแต่ละอำเภอเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลกันเองตามศักยภาพและนำผลการวิเคราะห์นั้นไปวางแผนการดำเนินงานต่อไป

สำหรับสถานการณ์การสูญเสียบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จากข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ 2557 – 2560 พบว่ามีการสูญเสียด้วยสาเหตุต่างๆ(ย้ายไปต่างจังหวัด/ลาออกเหตุผลต่างๆ/โอนหน่วยงานอื่น/ไล่ออก/ปลดออก/เลิกจ้าง/เสียชีวิต) รวม 158 คน ในปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีบุคลากรสาธารณสุขมีการสูญเสียด้วยสาเหตุต่างๆ เป็นจำนวน 169 คน และการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุขทุกประเภทการจ้าง ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 186 คน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีและไม่มีข้อมูลด้านแรงจูงใจ หรือเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูญเสียที่ชัดเจน ที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจในการลาออก การย้ายสถานที่ทำงาน หรือการเปลี่ยนงาน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสุขของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาสถานการณ์ความสุขของบุคลากรจากข้อมูลทุติยภูมิ ในภาพรวมของจังหวัดกาญจนบุรี ศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรว่ามีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรหรือไม่ รวมถึงปัจจัยอื่นอะไรบ้างที่เหมาะสมกับการทำงานอย่างมีความสุขของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. สถานการณ์ความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การตั้งครุฑ จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร ลักษณะงานที่ทำ ระดับตำแหน่ง ประเภทการจ้างงาน สายงาน การทำงานเป็นกะ/ทำงานเป็นรอบ/เข้าเวร ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรปัจจุบัน การลาออก/ย้าย/เปลี่ยนงานของบุคลากรสาธารณสุข กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

3. ความแตกต่างของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน และปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในกลุ่มที่มีความสุขแตกต่างกัน ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

4. ปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่เหมาะสมกับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบสำรวจภาคตัดขวาง โดยผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์ระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัด

กาญจนบุรี โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการสำรวจระดับความสุข ในโปรแกรม Happynometer ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลความสุขของบุคลากรสาธารณสุขในมิติต่างๆ 9 มิติ (มิติร่างกายดี มิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติการเงินดี มิติการงานดี ความสุขโดยรวม) ประชากรคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) และในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ที่ตอบแบบสอบถามจากโปรแกรม Happynometer จำนวน 867 คน ได้รับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีในรูปแบบไฟล์ Excel นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซี และมอร์แกน⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 318 คน แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ใช้วิธีการจับฉลากตามการจำแนกตัวอย่างตามสัดส่วนที่ผู้วิจัยทำการคำนวณได้แต่ละสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และกระจายตามตามสภาพการจ้างงานของแต่ละอำเภอ วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุด วิเคราะห์สถานการณ์ระดับความสุขของ

บุคลากรแยกรายมิติ 9 มิติและความสุขในภาพรวมของบุคลากร จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลตามเกณฑ์ระดับความสุข โดยใช้เกณฑ์ตามที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล กำหนด คือแบ่งเป็น 4 ระดับ คือไม่มีความสุขอย่างยิ่ง ไม่มีความสุข มีความสุข และมีความสุขมาก วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความสุขรายมิติและความสุขโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุข ด้วยสถิติ ไคสแควร์

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสมต่อความสุขของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี โดยประชากรที่นำมาศึกษาคือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในระยะที่ 1 จำนวน 318 คน นำมาเรียงลำดับคะแนนความสุขและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตรงตามประเด็นการวิจัยและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คือเลือกบุคลากรที่มีระดับความสุขอยู่ในระดับมีความสุขมาก จำนวน 10 คน และบุคลากรที่ไม่มีมีความสุขจำนวน 10 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 20 คน เพื่อนำมาศึกษา โดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและ

สภาพแวดล้อมในการทำงาน และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มเป้าหมายที่คัดเลือกไว้ โดยทางจดหมาย Electronic (E-Mail) และส่งกลับทางจดหมาย Electronic (E-Mail) เนื่องจากอยู่ในช่วงการระบาดโรค COVID-19 วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มที่มีความสุขมาก(กลุ่มที่ 1)และกลุ่มที่ไม่มีมีความสุข(กลุ่มที่ 2) ใช้สถิติทดสอบ แมน - วิทนี ยู (The Mann - Whitney U Test) เพื่อศึกษาความแตกต่างของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน ข้อมูลที่เป็นการตอบแบบสอบถามปลายเปิด คือข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในลักษณะของการพรรณานำไปสู่คำตอบในการศึกษาและสรุปตามหลักวิชาการประกอบการเขียนรายงาน เพื่อศึกษาความเหมาะสมของปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสมต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 จากข้อมูลทฤษฎีภูมิ ที่ได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 318 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ดังนี้

คุณลักษณะประชากรของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุอยู่ในช่วงเจนเนอเรชั่นวาย (Generation Y) ร้อยละ 45.3 และอายุเฉลี่ย 39.86 ปี เพศหญิงไม่ได้ตั้งครรภ์ ร้อยละ 96.32 ภูมิลำเนาของบุคลากรอาศัยอยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาเกิด ร้อยละ 87.10 มีระดับการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.0 แต่งงานและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 57.90 ไม่มีบุตร ร้อยละ 38.10 ลักษณะงานส่วนใหญ่ทำงานด้านบริการ ร้อยละ 49.4 ตำแหน่งงานอยู่ในระดับปฏิบัติงาน ร้อยละ 57.9 สภาพการจ้างงานเป็นข้าราชการร้อยละ 60.4 ลักษณะเวลาในการทำงาน ไม่ได้ทำงานเป็น

กะเป็นรอบ ร้อยละ 90.3 ระยะเวลาการทำงานในองค์กรปัจจุบัน พบว่า ทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.8 และพบว่าบุคลากรที่ไม่เคยลาออกหรือย้าย ร้อยละ 53.1 บุคลากรมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.20 เท่ากัน

ระดับความสุขรายมิติและความสุขโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีมิติที่บุคลากรมีค่าเฉลี่ยความสุขมากที่สุด คือ มิติน้ำใจดี มีค่าเฉลี่ยความสุข 73.31 อยู่ในระดับมีความสุขมากและมีมิติที่บุคลากรมีค่าเฉลี่ยความสุขน้อยที่สุดคือ มิติการเงินดี มีค่าเฉลี่ยความสุข 54.55 อยู่ในระดับมีความสุข โดยที่ความสุขโดยรวมเฉลี่ยทั้ง 9 มิติ ของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ คือ 67.06 อยู่ในระดับมีความสุข รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความสับสนรายมิติ จำแนกตามจำนวนและร้อยละของระดับความสับสนบุคลากรสาธารณสุข
จังหวัดกาญจนบุรี (N=318)

มิติ ความสับสน	ระดับความสับสน				$\bar{x}$	SD	ระดับความสับสน
	ไม่มี	ไม่มี	มีความสับสน	มีความสับสน			
	ความสับสน	ความสับสน		มาก			
	อย่างยิ่ง						
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
สุขภาพดี	0 (0)	22 (6.9)	172 (54.1)	124 (39)	69.21	13.23	มีความสับสน
ผ่อนคลายดี	1 (0.3)	45 (14.2)	210 (66)	62 (19.5)	60.53	13.42	มีความสับสน
น้ำใจดี	0 (0)	6 (1.9)	146 (45.9)	164 (51.6)	73.31	12.77	มีความสับสนมาก
จิตวิญญาณดี	1 (0.3)	4 (1.3)	149 (46.9)	423 (48.8)	72.07	12.70	มีความสับสนมาก
ครอบครัวดี	1 (0.3)	31 (9.7)	99 (31.1)	187 (58.8)	71.85	18.51	มีความสับสนมาก
สังคมดี	0 (0)	21 (6.6)	198 (62.3)	99 (31.1)	66.78	12.08	มีความสับสน
ใฝ่รู้ดี	0 (0)	15 (4.7)	163 (51.3)	140 (44)	65.84	16.28	มีความสับสน
การเงินดี	12 (3.8)	91 (28.6)	167 (52.5)	48 (15.1)	54.55	17.64	มีความสับสน
การงานดี	3 (0.9)	21 (6.6)	198 (62.4)	96 (30.2)	67.46	13.90	มีความสับสน
ความสับสนรวม	0 (0)	10 (3.1)	245 (77.0)	63 (19.8)	67.06	9.28	มีความสับสน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความสับสนของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศและการตั้งครรรค์ มีความสัมพันธ์กับมิติสุขภาพกายดี ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ ช่วงวัย ระดับการศึกษา เวลาการทำงานแวร/กะ ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรปัจจุบัน และรายได้ มีความสัมพันธ์กับมิติผ่อนคลายดี ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรส เวลาการทำงานแวร/กะ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับมิติครอบครัวดี ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ

เพศ มีความสัมพันธ์กับมิติใฝ่รู้ดี ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ การมีบุตร ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรปัจจุบัน และรายได้ มีความสัมพันธ์กับมิติการเงินดี ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ ช่วงวัย ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง และประเภทการจ้าง มีความสัมพันธ์กับมิติการงานดี และพบว่าไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลใดมีความสัมพันธ์กับระดับความสับสนในมิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี และมิติสังคมดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับมิติความสุขของบุคลากรสาธารณสุข
จังหวัดกาญจนบุรี

คุณลักษณะประชากร	มิติความสุขของบุคลากร								
	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	มิติที่ 5	มิติที่ 6	มิติที่ 7	มิติที่ 8	มิติที่ 9
เพศ	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☑	☒	☑
ช่วงวัย	☒	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☑
การตั้งครุฑ	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
สถานภาพสมรส	☒	☒	☒	☒	☑	☒	☒	☒	☒
จังหวัดที่อาศัยอยู่	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
ระดับการศึกษา	☒	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☑
การมีบุตร	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☑	☒
ลักษณะงาน	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
ระดับตำแหน่ง	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☑
ประเภทการจ้างงาน	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☑
เวลาการทำงานแรม/กะ	☒	☑	☒	☒	☑	☒	☒	☒	☒
ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรปัจจุบัน	☒	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☑	☒
การลาออก/ย้าย/เปลี่ยนงาน	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
รายได้	☒	☑	☒	☒	☑	☒	☒	☑	☒

หมายเหตุ : ☑ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

: ☒ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \geq 0.05$)

: มิติที่ 1 = สุขภาพกายดี มิติที่ 2 = ผ่อนคลายดี มิติที่ 3 = น้ำใจดี มิติที่ 4 = จิตวิญญาณดี

มิติที่ 5 = ครอบครัวดี มิติที่ 6 = สังคมดี มิติที่ 7 = ใฝ่รู้ดี มิติที่ 8 = การเงินดี และมิติที่ 9 = การงานดี

ผลการวิจัยระยะที่ 2 นำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างการวิจัยระยะที่ 1 มาสอบถามเพิ่มเติม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในบุคลากรที่มีระดับความสุขมากที่สุด 10 อันดับแรก (อยู่ในระดับมีความสุขมาก) และบุคลากรที่มีระดับความสุขน้อยที่สุด 10 อันดับแรก (อยู่ในระดับไม่มีความสุข) รวมจำนวน 20 คน เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน

สภาพแวดล้อมในการทำงานและข้อเสนอแนะต่างๆที่เหมาะสมต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ดังนี้

ศึกษาความแตกต่างของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงานที่เหมาะสมต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มที่มีความสุขในระดับมีความสุขมาก (กลุ่มที่

- 1) กับกลุ่มบุคลากรที่ไม่มีความสุข (กลุ่มที่ 2) พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3
- การศึกษาระดับความคิดเห็นจาก 2) โดยที่ระดับความคิดเห็นของทั้ง 2 กลุ่มไม่
- แบบสอบถามปลายปิด ต่อปัจจัยด้าน 4
- สภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสมต่อ
- ความสุขของบุคลากร พบว่าบุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของบุคคลกรสาธารณสุข ในกลุ่มที่มีความสุขระดับมาก (กลุ่มที่ 1) และกลุ่มที่ไม่มีความสุข (กลุ่มที่ 2) ต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงานที่มีผลต่อความสุขของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มความสุข	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความคิดเห็น	U
กลุ่มที่ 1					
	8	3.80	0.24	เห็นด้วยมาก	
	2	4.65	0.21	เห็นด้วยมากที่สุด	
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย (N=10) $\bar{X}$ = 3.97 คือ เห็นด้วยมาก					32.00
กลุ่มที่ 2					
	2	3.40	0.00	เห็นด้วยปานกลาง	
	8	3.78	0.14	เห็นด้วยมาก	
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย (N=10) $\bar{X}$ = 3.71 คือ เห็นด้วยมาก					
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ยรวม (N=20) $\bar{X}$ = 3.84 คือ เห็นด้วยมาก					

P = 0.051

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของบุคคลกรสาธารณสุข ในกลุ่มที่มีความสุขมาก (กลุ่มที่ 1) และในกลุ่มที่มีความสุขน้อย (กลุ่มที่ 2) ต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อความสุขของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มความสุข	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น	SD	U
กลุ่มที่ 1					
	3	3.09	ปานกลาง	0.41	
	5	3.62	เห็นด้วยมาก	0.22	
	2	4.33	เห็นด้วยมากที่สุด	0.03	36.00
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย (N=10) $\bar{X}$ = 3.60 คือ เห็นด้วยมาก					

กลุ่มความสุข	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น	SD	U
กลุ่มที่ 2					
	5	3.12	ปานกลาง	0.18	
	5	3.66	เห็นด้วยมาก	0.25	
ระดับความคิดเห็น	5				
เฉลี่ย(N=10) $\bar{X}$ =					
3.40 คือ เห็นด้วย					
ปานกลาง					
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ยรวม(N=20) $\bar{X}$ = 3.50 คือ เห็นด้วยมาก					
P = 0.28					

การศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่เหมาะสมกับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความเหมาะสมต่อการทำงานอย่างมีความสุขของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี แสดงให้เห็นว่าหากมีความเข้าใจในปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรที่สัมพันธ์กับความสุขในมิติต่างๆ ย่อมจะส่งเสริมการทำงานของบุคลากรให้มีความสุขได้ อันจะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิศุภา แก้วมีศรี⁵ ที่ได้ศึกษาความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ โดยพบว่าตำแหน่งงาน

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ของครอบครัว คุณลักษณะงานและ สภาพแวดล้อมในภายในหน่วยงานมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์ และจันทร์ธรา สมตัว⁶ ที่พบว่าเพศหญิง อายุ อยู่ในช่วง 30-41 ปี การศึกษาสูงสุดเป็นวุฒิปริญญาตรี สถานภาพ สมรสและอยู่ร่วมกัน จำนวนบุตร 2 คน ลักษณะงาน งานด้านบริการสถานภาพการจ้างงานประจำระยะเวลาที่ทำงานในองค์กร ปัจจุบัน 10 ปี ขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขภาพรวมคือ 72.34 แปลผลว่า “มีความสุข” ซึ่งเป็นระดับความสุขตามเป้าหมาย

บุคลากรสาธารณสุขที่มีความสุขในระดับแตกต่างกันจะมีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะงานและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่แตกต่างกันและปัจจัยทั้งสองด้านดังกล่าวเหมาะสมต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตารีย์ ยงค์ประวัติน⁷ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความสุขในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

สองกลุ่ม ระหว่างกลุ่มวัยเจนเอเรชั่นเอ็กซ์ และเจนเอเรชั่นวาย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 176 ด้วยการทดสอบ ทีไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ความถดถอยโดย พบว่า สภาพแวดล้อมที่ดึงดูดใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาลสามารถทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้ ร้อยละ 8.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวิน ชินะโชติ⁸ ที่ได้ศึกษาระดับความสุขในการทำงานของกลุ่มพนักงานก่อนวัยเกษียณ ของกลุ่มตัวอย่างพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดนนทบุรีที่มีอายุ 50 ปี ขึ้น ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น โดยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานโดยรวมในด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน คือ การบูรณาการทางสังคม การทำงานร่วมกัน สิทธิของพนักงาน และความเป็นประโยชน์ต่อสังคมของงาน และตรงกับงานวิจัยของปริยณู ชัยกองเกียรติ⁹ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความสุขในการทำงานของสองกลุ่มระหว่างกลุ่มอาจารย์และกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุน พบว่า ดัชนีที่ใช้วัดความสุขในการทำงาน 9 มิติ ได้แก่ Happy Body, Happy Relax, Happy Heart, Happy Soul, Happy Family, Happy Society, Happy Brain, Happy Money และ Happy Work-life ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันและพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน มีผลต่อความสุขใน

การทำงาน ความผูกพันอยากทำงานอยู่ในองค์กรเดิมต่อไปและสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพงานได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้บริหารหน่วยงานควรส่งเสริมความสุขในการทำงานด้วยการให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขมิติต่าง ๆ ในการทำงานของบุคลากร และควรมีนโยบายด้านการส่งเสริมการสร้างความสุขด้วยปัจจัยต่างๆตามผลการวิจัย หน่วยงานควรมีการรับฟังและเก็บข้อมูล ศึกษาสถานการณ์ความสุขของบุคลากร อย่างสม่ำเสมอ การศึกษาเพิ่มเติมด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างความสุขในการทำงาน เพื่อยืนยันผลที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณ ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของหน่วยงานที่มีบริบทแตกต่างกันออกไป ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน ของบุคลากรในหน่วยงานที่กำหนดให้ทำงานที่บ้าน หรือ Work from Home จากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิดสายพันธุ์ใหม่ หรือ Corona Virus 2019 (COVID-19)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์อนุชา วรหาญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี อาจารย์วิสิทธิ์ ปิ่นประชานันท์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอทุกท่านในจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานการตอบแบบสอบถามของบุคลากร

ในสังกัด และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านประกอบด้วย ดร.อรรณพ สนิธิไชย ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี จังหวัดอุบลราชธานี อาจารย์ชัยยุทธ เจริญวัตร เกสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรีและอาจารย์จรัส วรบุตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ช่วยให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องงานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Chadi, A., & Hetschko, C. The magic of the new: How job changes affect job satisfaction. *Journal of Economics & Management Strategy*, 2018; 27(1), 23-39.
2. สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตโต). งานก็ได้ผล คนก็เป็นสุข. Forth Printed. Bangkok: Amarin Dhamma Printing, 2560.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552.
4. อีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี, 2543.
5. อภิศญา แก้วมีศรี. ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ, 2556.
6. กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์ และจันทร์ธรา สมตัว. การสำรวจสุขภาวะบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 6 ปังบประมาณ 2556, 2556.
7. จิตตารีย์ ยงค์ประวัตติ. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยและสภาพแวดล้อมที่ดึงดูดใจในการทำงานกับความสุขในการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 2559; 17(1), 148-155.
8. ภาวิน ชินะโชติ ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานก่อนวัยเกษียณอายุ ในอุตสาหกรรม จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 2561; 12(2) (พฤษภาคม - สิงหาคม).
9. ปรีณัฐ ชัยกองเกียรติ. ความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน ดัชนีความสุขคนทำงานกับความผูกพันในองค์กร ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 2562; 20(2) (พฤษภาคม-สิงหาคม).

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

- **หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)**
 - วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม - มีนาคม เมษายน - มิถุนายน กรกฎาคม - กันยายน และ ตุลาคม - ธันวาคม)
 - วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใด ๆ
 - กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 2 คน เป็นผู้อ่าน
- **ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ**
 - พิมพ์ในไฟล์ Word
 - ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
 - กรอบของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
 - ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด
 - ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหาในนิพนธ์ต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

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

2. ชื่อผู้เขียน (Authors)

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

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

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

5. บทนำ (Introduction) บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

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

7. จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยต้องระบุเลขที่การรับรองจริยธรรมการวิจัย และระบุหน่วยงานที่ให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย

8. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

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

10. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

11. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง

- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไปจนจบเอกสาร หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานี้ จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

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

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสังการ. “พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร. 27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

● การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document มาที่กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/>
 - วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,000 บาท โดยผู้พิมพ์จะได้รับวารสารฉบับที่ตีพิมพ์จำนวน 2 เล่ม
- การชำระเงิน** โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย
ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน”
เลขบัญชี “955-0-13237-4”