

Received: 7 Feb 2021, Revised: 20 Apr 2021

Accepted: 18 May 2021

บทความวิชาการ

การดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด : การทบทวนวรรณกรรม

มนวิภา รียาพันธ์^{1*} สมเกียรติยศ วรเดช² บุญญพัฒน์ ไชยเมธ²

บทคัดย่อ

วัณโรคดื้อยาหลายขนานยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น และพัฒนาความรุนแรงของการดื้อยา ชนิดรุนแรงมากขึ้น บทความวิชาการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด ทำการทบทวนวรรณกรรมจากบทความวิจัยที่เผยแพร่ตีพิมพ์จากฐานข้อมูลระดับชาติและนานาชาติ และนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Forest plot) โดยกำหนดจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size; Odds ratios [OR]) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95% (95% CI) จากการทบทวนวรรณกรรมจำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอดออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ 1) ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ (การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค และการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน) 2) ปัจจัยการเจ็บป่วย (โรคเบาหวาน การติดเชื้อเอชไอวี และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3) ปัจจัยทางคลินิกและการรักษา (ปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค และการกลับมารักษาซ้ำ) จากการทบทวนดังกล่าวจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และเฝ้าระวังต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ต่อไป

คำสำคัญ: วัณโรคดื้อยาหลายขนาน วัณโรคปอด โรคร่วม การกลับเป็นซ้ำ การทบทวนวรรณกรรม

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สม.) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

² สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

*Corresponding author: nice_monwipa@hotmail.com

*Academic Article***Multidrug Resistant among Patients with Pulmonary Tuberculosis:
Literature Review****Monwipa Riyapan^{1*}, Somkiattiyos Woradet² and Bhunyabhadh Chaimay²****Abstract**

Multidrug resistant tuberculosis remains an important health problem worldwide. Patients with multidrug resistant is high risk of disseminating to others and may be developed the severity to be extensively drug resistant. This review aimed to review factors associated with multidrug resistant among pulmonary tuberculosis patients. The research articles published in the national and international databases were reviewed. The results of reviews were presented using forest plots by determining the effect size (Odds ratios, OR) and 95% confidence interval (95%CI). The reviews of factors associated with multidrug resistant among pulmonary tuberculosis patients were grouped into three factors including: 1) health behavior factors (alcohol drinking, smoking, contacted with tuberculosis patients and contacted with multidrug resistant tuberculosis patients), 2) illness factors (diabetes, HIV infection and COPD), and 3) clinical and treatment factors (baseline sputum smear grading, receiving BCG and being relapse cases). The review suggested that medical and public health professionals should develop model of prevention and surveillance using those factors in order to reduce multidrug resistant tuberculosis.

Keywords: Multidrug resistant, Pulmonary tuberculosis, Comorbidity, Relapse, Literature review

¹ Student in Master of Public Health Program, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

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

*Corresponding author: nice_monwipa@hotmail.com

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium* กลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* ที่เรียกว่า *Mycobacterium tuberculosis* แพร่กระจายเชื้อโดยการติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (Airborne transmission) โดยการไอหรือจามและการสัมผัสละอองฝอย (Droplet nuclei) ขนาดเล็ก 1-5 ไมโครเมตร ที่มีเชื้อโรค ซึ่งจะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ทำให้ผู้ที่สูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปสู่ถุงลมที่ปอด และพัฒนาสู่การเป็นวัณโรคปอด วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (Pulmonary TB) (80%) และวัณโรคนอกปอด (Extra pulmonary TB) พบได้ประมาณ 1 ใน 5 (20%) รวมถึงวัณโรคในเยื่อหุ้มปอด ต่อม น้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น¹

จากรายงานในปี พ.ศ.2560 โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) สูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) และมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน (10%) ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดโดยเสียชีวิตปีละ 4 แสนคน สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB (Rifampicin-resistant/Multidrug-resistant TB) คาดว่ามีประมาณ 6 แสนคน โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (4.1%) และผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน (19%) จำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานประมาณ 4.9 แสนคน² ประเทศที่พบผู้ป่วย

วัณโรค คือ จีน อินเดีย อินโดนีเซีย ไนจีเรีย ปากีสถาน และอเมริกาใต้ และประเทศที่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาสูงสุด คือ อาเซอร์ไบจาน เบลารุส คาซัคสถาน คีร์กีซสถาน เปรู มอลโดวา โซมาเลีย ทาจิกิสถาน ยูเครน และ อุซเบกิสถาน สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้ป่วยวัณโรคพบมากในประเทศ อินโดนีเซีย พม่า ไทย ซึ่งจะอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี และประเทศฟิลิปปินส์ จะพบในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานมากที่สุด³

องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 4,700 ราย ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย (ร้อยละ 11) ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย¹ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแพร่กระจายตัวของเชื้อและระดับความรุนแรงของเชื้อวัณโรคในชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่องและขยายเป็นวงกว้างมากยิ่งขึ้น

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistant tuberculosis) เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่มีการใช้ยา Isoniazid (H, INH) และ Rifampicin (R) เมื่อปี พ.ศ. 2533 เป็นปัญหาในระบบสาธารณสุข

ที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อการควบคุมวัณโรค ในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย และเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายของการยุติวัณโรค เนื่องจากใช้เวลาในการรักษานานทำให้มีโอกาสดูแลการรักษาส่งผลให้เกิดการรักษาที่ล้มเหลว อีกทั้งมีผลข้างเคียงจากยา และอัตราการรักษาสำเร็จ (Success rate) ต่ำกว่าวัณโรคที่ไวต่อยา (Drug-susceptible tuberculosis: DS-TB)⁴ ซึ่งปัจจุบันมีการรักษาด้วยสูตรยารักษาในระยะสั้น หรือ Shorter all-oral bedaquiline-containing regimen แล้วก็ตาม แต่ผลข้างเคียงของยาก่อนข้างสูง อีกทั้งผลการรักษาที่ได้ผลไม่ดึ้นัก เมื่อเปรียบเทียบกับกรรักษาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มที่ไม่ดื้อยาหลายขนาน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น โดยปกติค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยวัณโรคต่อรายอยู่ที่ 2,600 - 6,000 บาทต่อราย ใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 6 - 9 เดือน ในกรณีที่เกิดการดื้อยาระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 12 - 18 เดือน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ประมาณ 200,000 บาทต่อราย นอกจากนี้อาจขึ้นอยู่กับการตอบสนองของเชื้อ ดังนั้นการรักษาจึงมีโอกาสล้มเหลวสูงกว่าการรักษาวัณโรคทั่วไป และอาจพัฒนาเป็นวัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรงมาก ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 1 - 2 ล้านบาทต่อราย และใช้ระยะเวลาการรักษา 18 - 24 เดือน¹

วัณโรคดื้อยาหลายขนานสามารถรักษาให้หายขาด โดยการรับประทานยาด้วยสูตรยาระยะยาว (Longer MDR/RR regimens) คือ 6 Bdq-Lzd-Lfx-Cfz (Cs)/12-14Lzd-Lfx-Cfz (Cs) หรือสูตรยาระยะสั้น shorter all-oral bedaquiline-containing regimen คือ 4-6 Bdq (6 เดือน)-Lfx (Mfx) - Pto (Eto) - Cfz-Z-E-H_{high-dose}/5 Lfx

(Mfx) - Cfz-Z-E ภายใต้การรับประทานยาโดยการสังเกตโดยตรง (Directly observe treatment; DOT) อย่างเข้มข้นและสม่ำเสมอต่อหน้าพี่เลี้ยงหรือบุคลากรสาธารณสุข⁵ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอดยังไม่เป็นที่ทราบอย่างแน่ชัด ดังนั้น บทความวิชาการในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อนำปัจจัยดังกล่าวที่ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน ควบคุม และกำหนดกลุ่มเสี่ยง สำหรับการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ต่อไป

วิธีการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2562 บนฐานข้อมูล PubMed (www.pubmed.com) Google Scholar (www.scholar.google.com) และ ThaiJo (www.tci-thaijo.org) โดยใช้คำค้นหรือคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คือ “MDR TB” “MDR TB - Factors” “Factors of MDR TB” “Multidrug resistant Tuberculosis” และใช้คำภาษาไทย คือ “ปัจจัยของวัณโรคดื้อยา” “วัณโรคดื้อยา” และ “วัณโรคดื้อยาหลายขนาน” นอกจากนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นจากเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมจากเอกสารอ้างอิง

ผลจากการสืบค้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่ามีบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้นจำนวน 21

บทความ และนำเสนอด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Forest plot) โดยกำหนดจากค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัย (Effect size; Odds ratio [OR]) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence interval [95%CI]) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์และแนวโน้มของแต่ละปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า มีการศึกษาทางวิทยาการระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 21 บทความ จำแนกเป็นการศึกษาทางวิทยาการระบาด ชนิด Retrospective cohort study จำนวน 4 บทความ การศึกษาชนิด Prospective cohort study จำนวน 2 บทความ การศึกษาชนิด Case control study จำนวน 10 บทความ การศึกษาชนิด Cross-sectional study จำนวน 3 บทความ และการศึกษาแบบ Systematic review จำนวน 2 บทความ จากบทความดังกล่าว จำแนกเป็นการศึกษาในทวีปเอเชีย จำนวน 9 บทความ (จีน เยเมน ไทย มาเลเซีย ตุรกี จอร์เจีย และปากีสถาน) ทวีปยุโรป จำนวน 4 บทความ (เบลารุส เซอร์เบีย สเปน) และทวีปแอฟริกา จำนวน 7 บทความ (เอธิโอเปีย แคเมอรูน ซูดาน และบอตสวานา)

จากบทความวิจัยดังกล่าวสามารถจำแนกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด ดังนี้ 1) ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ คือ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค และการสัมผัสกับ

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 2) ปัจจัยการเจ็บป่วย คือ โรคเบาหวาน การติดเชื้อเอชไอวี และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3) ปัจจัยทางคลินิกและการรักษา คือ ปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค และการกลับมารักษาซ้ำ ดังแสดงในภาพที่ 1 2 และ 3 และมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค และการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้

1.1 การดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) พบว่าเป็นปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด จากการศึกษาของ Mulisa, et al.⁶ ที่ทำการศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้ารับการรักษาวัณโรคปอดมีโอกาสดังกล่าวต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

ในขณะที่การศึกษาของ Garcia, et al.⁷ ที่ทำการศึกษาในประเทศสเปน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้ารับการรักษา มีโอกาสดังกล่าวต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงร้อยละ 77 (OR = 0.23; 95%CI: 0.05 - 0.97) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Stosic, et al.⁸ ในประเทศเซอร์เบีย การศึกษาของ Zhang, et al.⁹ ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศจีน และ

การศึกษาของ Workicho, et al.¹⁰ และการศึกษาของ Mulu, et al.¹¹ ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้ารับการรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 14 - 40 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ (Smoking) พบว่า เป็นปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด จากการศึกษาของ Skrahina, et al.¹² ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศเบลารุส การศึกษาของ Elduma, et al.¹³ ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศซูดาน และการศึกษาที่ได้ทำการศึกษาในประเทศจีน⁹⁻¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประวัติการสูบบุหรี่ก่อนเข้ารับการรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 1.50 - 4.07 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ นอกจากนี้การศึกษาที่ได้ทำการศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย¹⁵⁻⁶ การศึกษาที่ได้ทำการศึกษาในประเทศเยเมน⁸⁻¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประวัติการสูบบุหรี่ก่อนเข้ารับการรักษาโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 1.02 - 3.20 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในทางกลับกันการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบใน ค.ศ. 2018¹⁷ การศึกษาของ Elmi, et al.¹⁸ ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศมาเลเซีย และการศึกษาของ Workicho, et al.¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประวัติการสูบบุหรี่

ก่อนเข้ารับการรักษาโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 10, 33 และ 57 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 การสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค

การสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค (Contacted patient TB) เป็นปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด จากการศึกษาของ Elduma, et al.¹³ และการศึกษาของ Mulisa, et al.⁶ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อนมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 2 - 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค และจากการศึกษาของ Tan, et al.¹⁴ ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อนมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานถึง 30 เท่า และการศึกษาของ Vashakidze, et al.¹⁹ ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศจอร์เจีย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อนมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานถึง 1.36 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค

ในขณะที่การศึกษาของ Garcia, et al.⁷ และการศึกษาของ Tanrikulu, et al.²⁰ ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศตุรกี พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อนมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 38 และ 50 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 การสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

การสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Contacted patient MDR-TB) เป็นปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด จากการศึกษาของ Zhang, et al.⁹ และการศึกษาของ Elduma, et al.¹³ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการติดต่อหรือสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานมาก่อนมีโอกาเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 2 - 5 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และการศึกษาของ Workicho, et al.¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการติดต่อหรือสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานมาก่อนมีโอกาเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ในขณะที่การศึกษาของ Mulu, et al.¹¹ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานมาก่อนมีโอกาเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยการเจ็บป่วย

สำหรับปัจจัยการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม (Comorbidity) เช่น โรคเบาหวาน การติด

เชื้อเอชไอวี และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้

2.1 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Disease; DM) เป็นความผิดปกติของกระบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดเป็นพลังงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนอินซูลินที่สร้างขึ้นจากตับอ่อน เพื่อใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการศึกษาของ Pradipta, et al.¹⁷ และการศึกษาของ Garcia, et al.⁷ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 1 - 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Tang, et al.²¹ ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 69 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และจากการศึกษาของ Elmi, et al.¹⁸ การศึกษาของ Jaber, et al.¹⁶ และการศึกษาของ Workicho, et al.¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณ ร้อยละ 90, 19 และ 57 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus; HIV) หรือ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาในประเทศเบลารุส เอธิโอเปีย และ

เยเมน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 2 - 3 เท่า^{6,10,12,16} และอาจสูงถึง 14 เท่า²² ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี ในส่วนของการศึกษา Garcia, et al.⁷ การศึกษาของ Mekonnen, et al.¹⁵ และจากการศึกษาของ Pradipta, et al.¹⁷ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 1 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่การศึกษาของ Elmi, et al.¹⁸ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 71 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของ Elduma, et al.¹³ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 56 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease; COPD) มีลักษณะอาการที่สำคัญของการอักเสบหรือเสียหายของหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด เนื่องจากการได้รับแก๊สหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองเป็นเวลานาน ส่งผลให้หลอดตีบแคบหรือถูกอุดกั้น โดยไม่อาจฟื้นคืนกลับสู่สภาพปกติได้อีก จากการการศึกษาของ Pradipta, et al.¹⁷ การศึกษาของ Elmi, et al.¹⁸ และการศึกษาของ

Stosic, et al.⁸ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 3 - 5 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้การศึกษาของ Tan, et al.¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณถึง 80 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Garcia, et al.⁷ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 2.13 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยทางคลินิกและการรักษา

สำหรับปัจจัยทางคลินิกและการรักษามีความความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด เช่น ปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค และการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้

3.1 ปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา

ปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา (Baseline sputum smear grading) เป็นการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธีการย้อมเสมหะด้วยสีทนกรด (Acid fast bacilli: AFB) และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ บันทึกลงและแปลผลเป็นจำนวนเชื้อที่พบในเสมหะ จำแนกเป็น การไม่พบเชื้อ (Negative; ใน 100 วงกล้อง) AFB Scanty (จำนวนเชื้อ 1-9 AFB/100 วงกล้อง) AFB1+ (จำนวนเชื้อ 10-99 AFB/100 วงกล้อง) AFB2+

(จำนวนเชื้อ 1-10 AFB/วงกล้อง อย่างน้อย 50 วงกล้อง) AFB3+ (จำนวนเชื้อมากกว่า 10 AFB/100 วงกล้องอย่างน้อย 20 วงกล้อง)

จากการศึกษาของ Sander & Vuchas²³ ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศแคเมอรูน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา ระดับ 2+ และ 3+ มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา ระดับ 1+ นอกจากนี้ การศึกษาที่ได้ทำการศึกษาในประเทศไทย²⁴ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา ระดับ 3+ มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 17 เท่า และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา ระดับ 2+ มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 1.26 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา ระดับ 1+ การศึกษาของ Jaber, et al.¹⁶ และ การศึกษาของ Elmi, et al.¹⁸ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษาในปริมาณที่สูงมีโอกาเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 2 และ 8 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษาในปริมาณต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบใน ค.ศ. 2018¹⁷ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะบวก (Positive) ก่อนการรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 2 เท่า (OR = 1.72; 95%CI: 1.40 - 2.12) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณไม่มีเชื้อในเสมหะ (Negative) ก่อนการ

รักษา และการศึกษาของ Garcia, et al.⁷ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะบวก (Positive) ก่อนการรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานประมาณ 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา

3.2 การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค

วัคซีนป้องกันวัณโรค (Bacille Calmette Guerin; BCG) เป็นวัคซีนที่ผลิตจากเชื้อแบคทีเรีย (*Mycobacterium bovis*) ใช้ฉีดเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค เด็กแรกเกิดทุกคนต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค ซึ่งภูมิคุ้มกันจะเกิดภายหลังฉีด 4-6 สัปดาห์ และอยู่ได้นานถึง 10 ปี สามารถป้องกันวัณโรคได้ประมาณร้อยละ 80 โดยเฉพาะวัณโรคเยื่อหุ้มสมองในเด็ก จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบใน ค.ศ. 2018¹⁷ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคมีโอกาเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 65 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค

ในส่วนการศึกษาของ Mekonnen, et al.¹⁵ และการศึกษาของ Ejaz, et al.²⁵ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคมีโอกาเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 21 และ 21 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค

3.3 การกลับมารักษาซ้ำ

การกลับมารักษาซ้ำ (Relapse) ผู้ป่วยวัณโรคที่เคยได้รับการรักษาและประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ (รวมถึงผู้ป่วยวัณโรคปอด/นอกปอด; ผู้ป่วยที่มีผล

ตรวจเสมหะพบ/ไม่พบเชื้อวัณโรค) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับมารักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานสูงประมาณ 3 - 54 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่^{6,7, 9 10, 12,13, 18 19 20, 12, 25, 26}

ในทางกลับกัน การศึกษาของ Tang, et al.²¹ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับมารักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานลดลงประมาณร้อยละ 83 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค และการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 2) ปัจจัยการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคเบาหวาน การติดเชื้อเอชไอวี และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) ปัจจัยทางคลินิกและการรักษา ได้แก่ ปริมาณเชื้อในเสมหะก่อนการรักษา การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค และการกลับมารักษซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศที่อยู่ในทวีปยุโรป แอฟริกา และเอเชีย ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 ทวีปเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High burden country) ทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มภาระวัณโรคสูง (TB) กลุ่มวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง จากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการศึกษาลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทางวิทยาการระบาดที่มีรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับการค้นหาคำตอบเชิงเหตุและผล ทั้งในกรณีที่มีผลลัพธ์ (Outcome) ของการศึกษามีน้อยหรือเป็นโรคที่หาได้ยาก (Rare disease)²⁷ และมีความแม่นยำสูง พิจารณาได้จากค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Percent confidence interval) อย่างไรก็ตาม การศึกษาลส่วนใหญ่ให้ผลการศึกษาลที่มีความแม่นยำน้อยเนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการศึกษาล จึงส่งผลให้มีค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ที่มีขนาดกว้างมาก²⁷ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการรายงานผลที่ขัดแย้งกัน ซึ่งให้ผลทั้งในเชิงป้องกันและปัจจัยเสี่ยงต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด

ความสำคัญของการศึกษาลปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นในชุมชน ลดระดับความรุนแรงของเชื้อ ประสิทธิภาพของการรักษามีแนวโน้มที่จะสำเร็จ ส่งผลต่อผลการรักษาลสำเร็จ ลดภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาลวัณโรค และลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งมีผลทำให้อุบัติการณ์ ลดลงตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร ภายในปี พ.ศ.2578²⁸

จากผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นการกำหนดแนวทางในการป้องกัน ควบคุม และกำหนดกลุ่ม

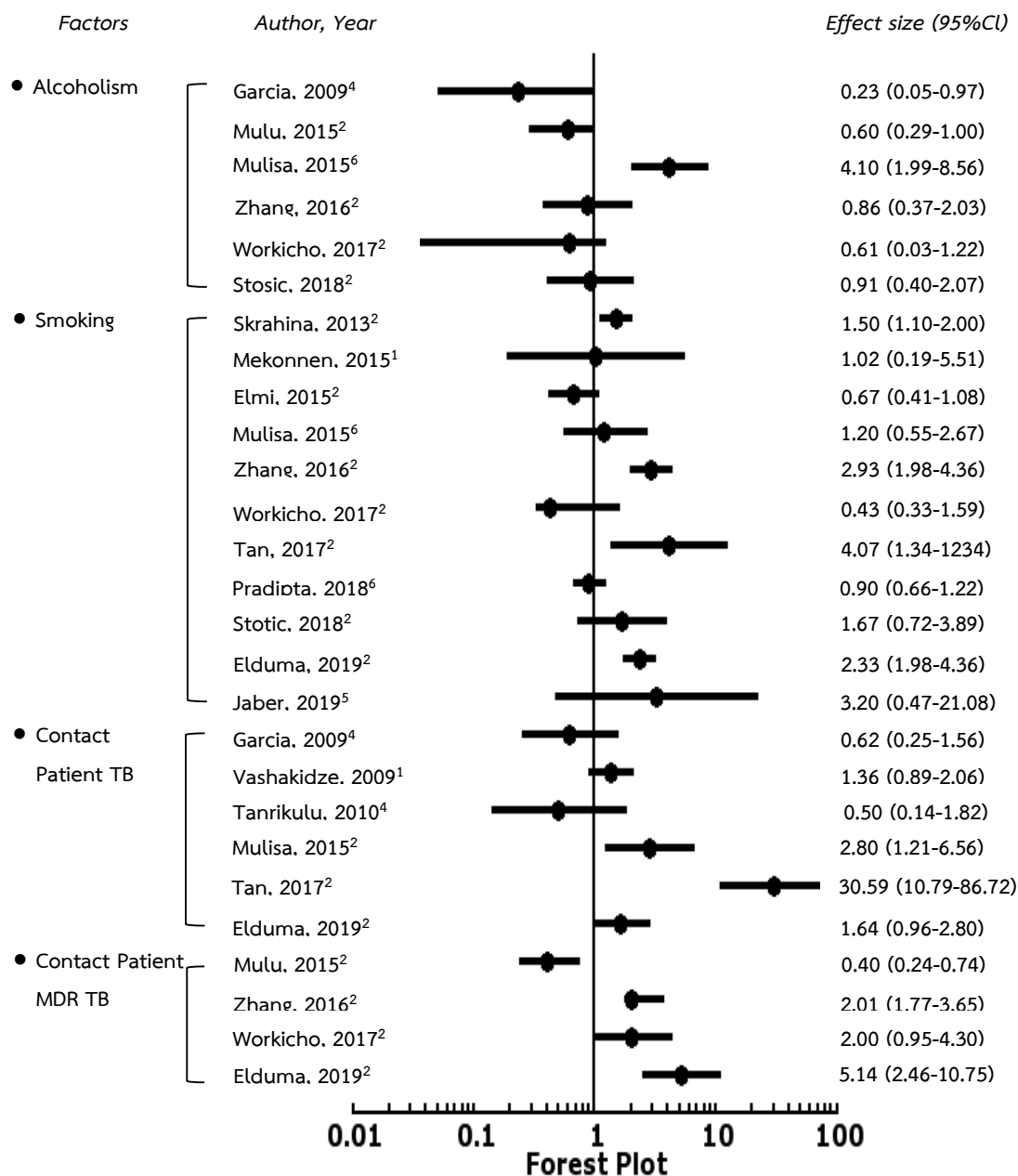
เสี่ยง สำหรับการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนาน นอกจากนี้ควรมีการศึกษาปัจจัยทางพฤติกรรม สุขภาพ ปัจจัยการเจ็บป่วย และปัจจัยทางคลินิก และการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลการยืนยันปัจจัยเสี่ยง ที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วย วัณโรคปอด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561 (National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand, 2018). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
2. World Health Organization. Global TB Report. Geneva; 2017.
3. World Health Organization. Global TB Report. Geneva; 2016.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา Guideline for Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเลือกใช้สูตรยารักษาวัณโรคดื้อยา ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
6. Mulisa G, Workneh T, Hordofa N, Suaudi M, Abebe G, Jarso G. Multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis and associated risk factors in Oromia Region of Ethiopia. International Journal of Infectious Diseases 2015;39:57-61.
7. Garcia IS, Blanco AR, Perez JL, Viejo MA, Hernandez MJ, Lopez O, et al. Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis in a tuberculosis unit in Madrid, Spain. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2009;28:325-330.
8. Stosic M, Vukovic D, Babic D, Antonijevic G, Foley KL, Vujcic I, et al. Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis among tuberculosis patients in Serbia a case-control study. BMC Public Health 2018;18:1-8.
9. Zhang C, Wang Y, Shi G, Han W, Zhao H, Zhang H, et al. Determinants of multidrug-resistant tuberculosis in Henan province in China: a case control study. BMC Public Health 2016;16:1-8.
10. Workicho A, Kassahun W, Alemseged F. Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis among tuberculosis patients: a case-control study. Infection and Drug Resistance 2017;10:91-96.
11. Mulu W, Mekonnen D, Yimer M, Admassu A, Abera B. Risk factors for multidrug resistant tuberculosis patients in Amhara National Regional State. African Health Sciences 2015;15:368-377.

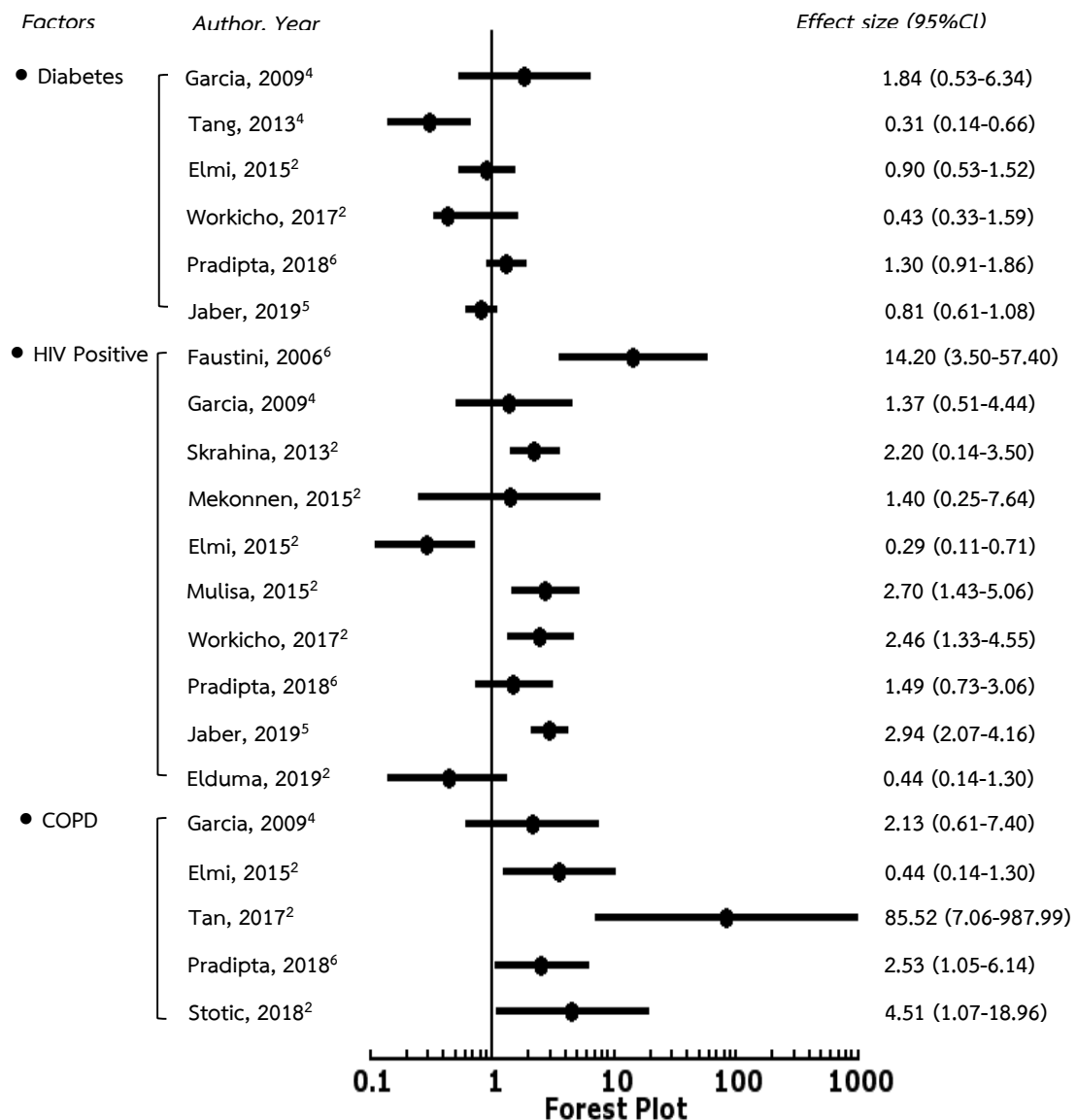
12. Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, Sahalchyk E, Astrauko A, Hoffner S, et al. Multidrug-resistant tuberculosis in Belarus: the size of the problem and associated risk factors. *Bull World Health Organ* 2013;91:36-45.
13. Elduma AH, Mansournia MA, Foroushani AR, Al HM, Elegai AM, Elsony A, et al. Assessment of the risk factors associated with multidrug-resistant tuberculosis in Sudan: a case-control study. *Epidemiol Health* 2019;41:1-9.
14. Tan D, Wang B, Li X, Cai X, Zhang D, Li M, et al. Identification of Risk Factors of Multidrug-Resistant Tuberculosis by using Classification Tree Method. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2017;97:1720-1725.
15. Mekonnen F, Tessema B, Moges F, Gelaw A, Eshetie S, Kumera G. Multidrug resistant tuberculosis: prevalence and risk factors in districts of metema and west armachiho, Northwest Ethiopia. *BMC Infectious Diseases* 2015;15:1-6.
16. Jaber AA, Ibrahim B. Evaluation of risk factors associated with drug-resistant tuberculosis in Yemen: data from centres with high drug resistance. *BMC Infectious Diseases* 2019;19:1-9.
17. Pradipta IS, Forsman LD, Bruchfeld J, Hak E, Alffenaar JW. Risk factors of multidrug-resistant tuberculosis: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Infection* 2018:1-39.
18. Elmi OS, Hasan H, Abdullah S, Jeab, MZ, Alw ZB, Naing NN. Multidrug-resistant tuberculosis and risk factors associated with its development: a retrospective study. *J Infect Dev Ctries* 2015;9:1076-1085.
19. Vashakidze L, Salakaia A, Shubladze N, Cynamon M, Barbakadze K, Kikvidze M, et al. Prevalence and Risk factors for Drug Resistance among Hospitalized TB Patients in Georgia. *NIH Public Access* 2009;13:1148-1153.
20. Tanrikulu AC, Hosoglu S, Ozekinci T, Abakay A, Gurkan F. Risk factors for drug resistant tuberculosis in southeast Turkey. *TROPICAL DOCTOR* 2008;38:91-93.
21. Tang S, Tan S, Yao L, Li F, Li L, Guo X, et al. Risk Factors for Poor Treatment Outcomes in Patients with MDR-TB and XDR-TB in China: Retrospective Multi-Center Investigation. *PLOS ONE* 2013;8:1-8.
22. Faustini A, Hall A, Perucci CA. Risk factors for multidrug resistant tuberculosis in Europe: a systematic review. *Thorax* 2006;61:158-163.

23. Sander MS, Vuchas CY, Numfor HN, Nsimen AN, Abena JF, Noeske J, et al. Sputum bacterial load predicts multidrug-resistant tuberculosis in retreatment patients: a case-control study. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2016;20:793-799.
24. Chuchottaworn C, Thanachartwet V, Sangsayunh P, Than TM, Sahassananda D, Surabotsophon M, et al. Risk Factors for Multidrug-Resistant Tuberculosis among Patients with Pulmonary Tuberculosis at the Central Chest Institute of Thailand. *PLOS ONE*;7:1-17.
25. Ejaz M, Siddiqui AR, Rafiq Y, Malik F, Channa A, Mangi R, et al. Prevalence of multi-drug resistant tuberculosis in Karachi, Pakistan: identification of at risk groups. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2010;104:511-517.
26. Tembo BP, Malangu NG. Prevalence and factors associated with multidrug/rifampicin resistant tuberculosis among suspected drug resistant tuberculosis patients in Botswana. *BMC Infectious Diseases* 2019;19:1-8.
27. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์. วิธีการวิจัยทางสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: บริษัท นำศิลป์โฆษณา จำกัด; 2562.
28. สำนักวิจัยโรค กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์งานวัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564; 2560.



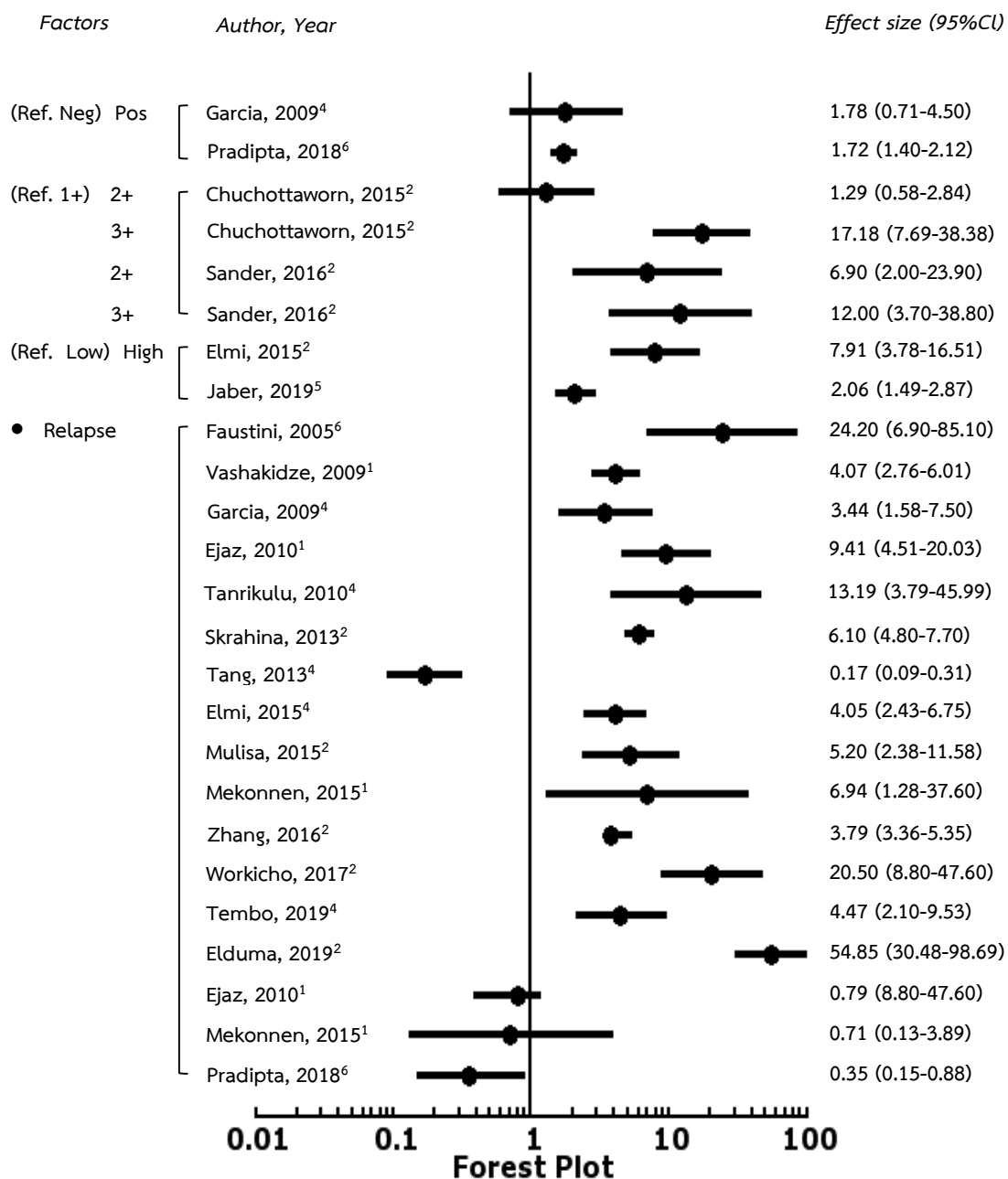
Note: Effect size = Odds Ratio: OR, 95 percent confidence interval: 95%CI ¹cross-sectional study, ²case control study, ³cohort study, ⁴Retrospective cohort study ⁵Prospective cohort Study ⁶Systematic review

ภาพที่ 1 ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด



Note: Effect size = Odds Ratio: OR, 95 percent confidence interval: 95%CI ¹cross-sectional study, ²case control study, ³cohort study, ⁴Retrospective cohort study ⁵Prospective cohort Study ⁶Sysmatetic review

ภาพที่ 2 ปัจจัยการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด



Note: Effect size = Odds Ratio: OR, 95 percent confidence interval: 95%CI ¹cross-sectional study, ²case control study, ³cohort study, ⁴Retrospective cohort study ⁵Prospective cohort Study, ⁶Sysmatetic review

ภาพที่ 3 ปัจจัยทางคลินิกและการรักษาที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด

Received: 8 Aug 2021, Revised: 12 Sep 2021

Accepted: 17 Sep 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

จิระภา ขำพิสุทธิ^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 สาขาการศึกษาปฐมวัย และสาขาการประถมศึกษา ปีการศึกษา 2564 จำนวน 142 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยสุ่มจากนักศึกษาแต่ละสาขาวิชา แต่ละสาขาวิชาสุ่มแยกตามชั้นปี แต่ละชั้นตอนใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ สถิติที่ใช้คือใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจกแจงใช้ความถี่ ร้อยละ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ผลการ ศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.99$, $SD=0.70$) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.34$, $SD=0.60$) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.635$, $p<.01$) โดยข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษา ให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันโรคโควิด 19 ที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด 19 นักศึกษา¹ อาจารย์ ประจำคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

* Corresponding author: jpisut@gmail.com

Original Article

Health Literacy and COVID-19 Prevention Behavior among Students in
Faculty of Education, Northern CollegeJirapa Khampisut^{1,*}

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the level of health literacy, COVID-19 prevention behavior, and the relationship between health literacy and COVID-19 prevention behavior. The samples were 142 students, major in 1st-4th year of early childhood education and elementary education in Faculty of Education, Northern College, were selected by stratified sampling. Data was collected by using health literacy and COVID-19 prevention behavior structured questionnaires. Data analyzed by using percentage, average, standard deviation, and Pearson's Correlation Coefficient. The results revealed that students had a high level of health literacy ($\bar{X}=3.99$, $SD=0.70$) and high level of COVID-19 prevention behavior. ($\bar{X}=4.34$, $SD=0.60$) The relationship between health literacy and COVID-19 prevention behavior was high positive, with statistically significant ($r = .635$; $p < .01$). In conclusion, this study results could be applied among students to promote health literacy and appropriate disease prevention behavior.

Keywords: health literacy, disease prevention behavior, COVID-19, students

¹ Lecturer in Faculty of Allied Health Sciences Northern College

* Corresponding author: jpisut@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 (COVID-19, ย่อจาก Coronavirus disease 2019) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น (Wuhan) เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ (Hubei) ภาคกลางของประเทศไทย ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีผู้คนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ออกแถลงการณ์ระบุว่าไวรัสโคโรนา 2019 ได้เข้าสู่ภาวะแพร่ระบาดไปทั่วโลกแล้ว (Pandemic) มีอัตราป่วย และเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลกสะสมจำนวน 183,022,300 คน เสียชีวิต 3,963,895 คน¹ ไวรัสโคโรนามีสารพันธุกรรมเป็นอาร์เอ็นเอ (Ribonucleic acid ; RNA) จึงมีโอกาสมายพันธุ์สูง และสามารถก่อการติดเชื้อข้ามสายพันธุ์ได้มากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ

สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยรายแรกที่เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากประเทศจีน จากนั้นพบมีการระบาดอย่างรวดเร็ว ในแบบกลุ่มก้อนหรือคลัสเตอร์ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนไทยมีการติดเชื้อจากโควิด 19 มาจากพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ในกรณีเดินทางกลับมาจาก

ประเทศที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ล้างมือเมื่อจับสิ่งของต่าง ๆ เวลาไอ จาม ไม่ใช้ผ้า หรือทิชชูปิดปากปิดจมูก ใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น การรวมกลุ่มเพื่อนสนิท รวมวงสังสรรค์ ต้มสุราแก้วเดียวกัน สูดบุหรี่รวมกัน เดียวกัน การรับประทานอาหารสำหรับเดียวกัน ไม่ใช้ช้อนกลาง และใช้เวลาอยู่ด้วยกันกับผู้ป่วยในห้องแอร์ที่ปิดมิดชิด และเข้าไปในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้แก่ สนามมวย สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์ และที่สาธารณะ หรือแหล่งชุมชนแออัด ฯลฯ² จากการศึกษาของบงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี³ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ไม่ดี ในเรื่องการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เมื่อมือเปื้อนสารคัดหลั่ง เช่น น้ำลาย น้ำมูก เสมหะ

ความรู้สุขภาพ (Health literacy) เป็นแนวคิดที่ถูกกล่าวถึงในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁴ ได้นิยามความรู้สุขภาพคือ “ทักษะต่าง ๆ ทางรับรู้ทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุง รักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมีความชัดเจนมากขึ้นโดย นัทเบีม (Nutbeam)⁵ ได้จำแนกความรู้ด้านสุขภาพ

เป็น 3 ระดับ คือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative /Interactive Health Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) และแบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management Skill) และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy skill) ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถสะท้อนและอธิบายความเปลี่ยนแปลง ของพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหาทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์นเป็นสถาบันอุดมศึกษา⁶ ที่มุ่งจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา เพื่อเปิดโอกาสแก่บุคคลทั่วไป ให้ได้รับการศึกษาพัฒนาทางวิชาการและวิชาชีพให้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญด้านกระบวนการคิดวิเคราะห์ วิจัย และก้าวหน้าเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย สามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีความรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม มีทักษะกระบวนการในการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้เป็นมนุษย์ที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา แต่จากสถานการณ์

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้นักศึกษาเกิดความตื่นกลัว และให้ความสนใจกับการป้องกันดูแลสุขภาพตัวเอง และติดตามข่าวสารเพื่อให้ทันต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับนั้นมีจากหลายแหล่งต้องอาศัยความรอบรู้ในการพิจารณา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านทางสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรค โควิด 19 ในนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ที่เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะไปประกอบอาชีพเป็นบุคลากรทางการศึกษา ที่มีบทบาทในการชี้แนะทางความคิดให้รู้ถูก รู้ผิด จึงควรมีความเข้าใจ รอบรู้ คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน เกิดการเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมในการป้องกันโรค (Prevention Behavior) ที่ถูกต้อง เพื่อให้ นักศึกษามีความพร้อม และมีประสิทธิภาพในการเรียน อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี และความสุขในการใช้ชีวิตประจำวันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) แบบหาความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ได้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรีของคณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ซึ่งประกอบด้วยสาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย และสาขาการประถมศึกษา ชั้นปีที่ 1-4 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 จำนวนทั้งสิ้น 225 คน

2. ขนาดตัวอย่าง (Sampling size) กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม เป็นนักศึกษาจากประชากรที่ศึกษาจำนวน 225 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁷ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน จากนั้นจึงได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยสุ่มจากนักศึกษาแต่ละสาขาวิชา สุ่มแยกตามชั้นปี แต่ละชั้นตอนใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 142 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามในการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามออนไลน์บน Google form แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ที่พักอาศัย การฉีดวัคซีน

ป้องกันโรคโควิด 19 เป็นแบบสอบถามลักษณะให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์ตามแนวคิดของ Nutbeam⁵ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ลักษณะเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) จำนวน รวม 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึงทำกิจกรรมมากที่สุด 4 หมายถึงทำกิจกรรมมาก 3 หมายถึงทำกิจกรรมปานกลาง 2 หมายถึงทำกิจกรรมน้อย และ 1 หมายถึงทำกิจกรรมน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคล และด้านพฤติกรรมการป้องกันทางสังคม ผู้วิจัยสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึงปฏิบัติมากที่สุด 4 หมายถึงปฏิบัติมาก 3 หมายถึงปฏิบัติปานกลาง 2 หมายถึงปฏิบัติน้อย และ 1 หมายถึงไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์การแปลความหมาย กำหนดระดับคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ผู้วิจัยใช้

เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของ เบสท์ (John W. Best)⁸ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.50 - 1.49 หมายถึง ระดับที่ต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบสอบถาม ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีความคล้ายกัน จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์ แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 เท่ากับ 0.82

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ นักศึกษากลุ่มตัวอย่าง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และวิทยาลัยได้

จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ผู้วิจัยได้ นัดหมายนักศึกษากลุ่มตัวอย่างผ่านระบบ Google Classroom เพื่อนัดประชุมวิดีโอทางออนไลน์ด้วย ระบบ Google Meet เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของ การทำวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นจึง ดำเนินการให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านระบบ Google Form

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการการทำวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัย นอร์ทเทิร์น เลขที่ NTC888 - 0002 ลงวันที่ 5 พฤษภาคม 2564 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลที่ตรงตาม ความเป็นจริงและแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าในการตอบ แบบสอบถามในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลนี้เป็น ความลับไม่มีการระบุชื่อ รายงานการวิจัยจะเสนอ ผลโดยรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการปฏิเสธ ไม่ตอบแบบสอบถาม โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ การเรียนแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป และใช้สถิติ ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequencies Distribution) ค่าร้อยละ (Percentage)
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค

โควิด 19 สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 หรือที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs)⁹ ดังนี้

0.01 - 0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

0.21 - 0.40 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

0.41 - 0.60 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

0.61 - 0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

มากกว่า 0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

นักศึกษาส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 92.7 อายุอยู่ระหว่าง 18-45 ปี อายุเฉลี่ย 29.92 ปี (SD=7.06) ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.7 เรียนสาขาการศึกษาปฐมวัย และร้อยละ 7.3 เรียนสาขาการประถมศึกษา ที่พักอาศัย ส่วนใหญ่พักบ้านส่วนตัว ร้อยละ 86.2 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 76.1 ได้รับการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 แล้ว มีเพียงร้อยละ 11.9 ที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด 19

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาประกอบด้วย 5 ด้าน พบว่านักศึกษามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.99$, $SD=0.70$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.66$) รองลงมาได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X}=4.06$, $SD=0.69$) และทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ($\bar{X}=3.99$, $SD=0.69$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้านของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ (n=142)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับความรอบรู้
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ .	4.06	0.69	มาก
ทักษะการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคโควิด 19	4.11	0.66	มาก
ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคโควิด 19	3.99	0.69	มาก
ทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด 19	3.88	0.69	มาก
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคโควิด 19	3.93	0.75	มาก

ความรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับความรู้
ความรู้ด้านสุขภาพรวม	3.99	0.70	มาก

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา พบว่านักศึกษามีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.34$, $SD=0.60$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่านักศึกษามีระดับพฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคลในระดับมาก ($\bar{X}=4.43$, $SD=0.66$) และระดับด้านพฤติกรรมการป้องกันทางสังคมในระดับมาก ($\bar{X}=4.28$, $SD=0.62$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=.635$, $p<0.01$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในภาพรวมและรายด้านของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ (n=142)

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม
ด้านพฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคล.	4.28	0.62	มาก
ด้านพฤติกรรมการป้องกันทางสังคม	4.43	0.66	มาก
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 รวม	4.34	0.60	มาก

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในภาพรวม และรายด้านของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	
	r	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.573	<.001
ทักษะการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคโควิด 19	.649	<.001
ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคโควิด 19	.565	<.001
ทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด 19	.573	<.001
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคโควิด 19	.527	<.001
ความรู้ด้านสุขภาพรวม	.635	<.001

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.99$, $SD=0.70$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 นักศึกษามีความรู้ในระดับมากในทุกด้าน เนื่องจากตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบัน เป็นช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 มีการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ผ่านสื่อต่าง ๆ ในทุกช่องทางอย่างกว้างขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่มีทักษะในการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีออนไลน์ เว็บไซต์ จึงมีความตื่นตัว สนใจที่จะแสวงหาความรู้ การติดต่อ การป้องกัน และสถานบริการรักษาเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพนม คลื่นยา¹⁰ ที่พบว่าประชาชนมักจะมีการตื่นตัวเมื่อโรคเข้าใกล้ตัวและเกิดการตื่นตัวขึ้นเฉพาะพื้นที่ ที่ระบาด และเมื่อการระบาดเข้ามาใกล้จะมีการตื่นตัวมากขึ้น ด้านทักษะการตรวจสอบความถูกต้อง การนำข้อมูลข่าวสารไปใช้เพื่อการตัดสินใจ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีการนำไปใช้ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การระบาด และนำไปใช้ดูแลสุขภาพของตนเองในการกินอยู่อย่างถูกลักษณะ สรรวจอาการเจ็บป่วยของตนเอง และการแสวงหาและติดตามข่าวสาร

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการสื่อสารของกระทรวงสาธารณสุขตลอดระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการใช้ชีวิตบนฐานวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ที่มีการดำเนินชีวิตในรูปแบบที่เปลี่ยนไป เช่น สวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) รวมทั้งมีมาตรการทางกฎหมายในกรณีที่ไม่ปฏิบัติ ทำให้นักศึกษาได้ปฏิบัติจนเป็นนิสัย และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมด้านการป้องกันส่วนบุคคลในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮูดา แวหะยี¹¹ ที่พบว่าร้อยละ 96.0 สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน และ ร้อยละ 88.1 ล้างมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ ทุกครั้งเมื่อสัมผัสกับสิ่งของและสถานที่นอกบ้าน ในส่วนด้านพฤติกรรมการป้องกันทางสังคม พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ คำแสน¹² ที่ศึกษาประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าร้อยละ 98.70 หลีกเลี่ยงการออกไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาดนัดและหลีกเลี่ยงการใช้บริการรถสาธารณะ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระดับความรู้และความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรองประเมินข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติต่อพฤติกรรมตนเอง ทั้งนี้ นักศึกษามีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้นักศึกษามีความสามารถในการใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดี และผลเสีย เพื่อเลือกวิธีปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด 19 สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam)⁵ ที่ว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการดูแลจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมส่วนบุคคล และกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ¹³ ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.710$, $p < 0.01$) และการศึกษาของบงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี³ ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าความรู้ด้านการป้องกันโรค โควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.231$, $p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายให้มีการสอดแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 และโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ เข้าในการจัดการเรียนการสอนในแต่ละหลักสูตร เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อจะทำงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค จะได้ขยายผลการศึกษาให้ได้รับประโยชน์มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ นักศึกษาผู้ให้ข้อมูล อาจารย์คณะศึกษาศาสตร์ ผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 545 วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12.00 น [ออนไลน์] 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564]. เข้าถึงได้จาก:

- <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no545-010764.pdf>.
2. คลังความรู้สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุของการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 อย่างรวดเร็ว. [ออนไลน์] 2564. [เข้าถึงเมื่อ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=730
 3. บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี. “ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์” วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 15(37): 179-195; พฤษภาคม-สิงหาคม, 2564.
 4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์จำกัด, 2541.
 5. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 15(3): 259–267; 2000.
 6. วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น [ออนไลน์] 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://northern.ac.th>
 7. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. “Determining Sample Size for Research Activities.” Educational and Psychological Measurement. 30(3); 607-610. 1970.
 8. Best, John W., Kahn, James V. Research in Education. Boston MA. 8thed. Allyn and Bacon, 1997.
 9. Wiersma, W., & G. Jurs, S. Research Method in Education an Introduction. 9thed. Massachusetts: Pearson, 2009.
 10. พนม คลีฉายา. การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2561.
 11. สุตา แหวะยี่. “การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด- 19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา” วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 6(4): 158-168; ตุลาคม-ธันวาคม, 2563.
 12. ญัฐวรรณ คำแสน. “ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี” วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 4(1): 33-48; มกราคม-เมษายน, 2564.

13. วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. “ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์” วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 3(1): 35-44; มกราคม-มิถุนายน, 2563.

Received: 19 Apr 2021, Revised: 4 Jun 2021

Accepted: 16 Jun 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

อรรรรณ แพนคง^{1,*} สุนทรีย์ คำเพ็ง¹ ภาทิตา สุวรรณโน² กมลลักษณ์ สุตรสุข³

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 22 คน อาศัยอยู่ชุมชนเทศบาลตำบลเขาพระงาม อ.เมือง จ.ลพบุรี เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะที่ 2 กิจกรรมประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเสริมสร้างมุมมองด้านบวกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินมุมมองด้านบวกในการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon signed-rank test ผลการวิจัยพบว่า 1) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นที่สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z=4.12$, $p<0.05$) 2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีมุมมองด้านบวกในการดูแลภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นที่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z=4.14$, $p<0.05$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพได้ โดยการสนับสนุนให้บุคคลเหล่านี้ให้คงไว้ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีและความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นไปอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เทศบาลตำบลเขาพระงาม จ.ลพบุรี³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระงาม จ.ลพบุรี* Corresponding author: kag251610@gmail.com

Original Article

The Effects of Program Strengthening Caregiving Ability for Dependence Chronic Diseases Older Adults of Community Health Workers

Orawan Pankong ^{1,*}, Soontharee Khampeng ¹,
Patarita Suwanno², Kamonlux Soodsuk³

Abstract

Older adults with chronic diseases have increased incidence. A community health worker is a key person for caring older adults in the primary care unit. The purpose of this study was to evaluate the effects of program, strengthening ability for community health workers of chronic diseases older adults with dependence on caregiving ability and positive aspects of caregiving among community health workers. Twenty-two as purposive sampling, were participants who lived in Khao Pra Ngam community, Lpurburi Province. The program was two periods that the first period, activities consist of providing knowledge, practicing care skills, and caregiving practices in dependent older adults. The second period, activities consist of sharing experiences and enhancing positive aspects of caregiving. Data were collected using the Caregiving ability scale and the Positive Aspects of Caregiving Questionnaire. Analyzed using descriptive statistics, and Wilcoxon signed-rank test. Results showed that 1) community health worker had increased caregiving ability significantly after program implementation ($Z= 4.12$, $p< 0.05$) 2) Community health worker increased positive aspects of caregiving significantly after program implementation ($Z= 4.14$, $p< 0.05$). Results of this study suggest that community health workers could work together with health care team and should encourage positive attitudes and caregiving ability sustainable.

Keywords: Program strengthening caregiving ability, community health workers, dependent older adults

¹ Registered Nurse, Senior Professional level, Boromarajonani Nursing College, Praputhabat, Saraburi Province, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse, Senior Professional level, Khao Phra Ngam Subdistrict Municipality,, Lopburi Province

³ Registered Nurse, Professional level, Khao pra ngam Health Promoting Hospital, Lopburi Province

* Corresponding author: kag251610@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด ทิศทางการดำเนินงานจึงมุ่งเน้นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง¹ รวมถึงปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับ ภาวะข้อเสื่อม ภาวะทุพโภชนาการ ท้องผูก และปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น ซึ่งหากผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพของตนเองไม่เหมาะสมจะส่งผลให้โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่นั้น มีอาการกำเริบขึ้นได้ และสามารถนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการเกิดภาวะทุพพลภาพตามมาได้ในที่สุด จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายในครอบครัว ซึ่งในสังคมไทยบุคคลที่เข้ามารับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลคือ ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หรือ หลาน² ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้เวลาในการดูแลในระยะยาว อีกทั้งเมื่อระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นประกอบกับการที่มีการเสื่อมถอยตามวัยร่วมด้วย จะส่งผลให้การจัดการดูแลมีความยุ่งยากเพิ่มขึ้นและจำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลต่อวันเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้ผลจากการรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล จึงส่งผลให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปัญหาการนอนหลับ ความเครียด และปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งผลกระทบดังกล่าว สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสดับการ

ดูแลที่ไม่มีคุณภาพได้ และนำไปสู่ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นลดลงได้เช่นกัน³

สถานการณ์ปัจจุบัน แนวโน้มสังคมไทยเป็นลักษณะแบบครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้นทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท โดยพบผู้สูงอายุที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 9 และ ผู้สูงอายุที่อยู่กันระหว่างสามีและภรรยา คิดเป็นร้อยละ 19⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 77.48 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน ในปี พ.ศ.2557 มีอัตราการพึ่งพิงคิดเป็นร้อยละ 22.3 และ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.3 ในปี พ.ศ. 2560⁵ ดังจะเห็นได้ว่า แนวโน้มอัตราการพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลได้ในอนาคต ดังนั้น แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จึงควรสนับสนุนให้มีทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (นักบริบาลชุมชน) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งบุคคลดังกล่าวสามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่โดยลำพัง รวมถึงแบ่งเบาภาระญาติได้ในบางเวลา โดยการพลัดเปลี่ยนกับญาติ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในบางครั้ง อีกทั้งสามารถเสริมสร้างกำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดูแลกับญาติได้ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้พบว่า การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะ

พึ่งพา ถือว่าเป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างหนัก และใช้เวลาค่อนข้างมาก ดังนั้นการสนับสนุนให้อาสาสมัครมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังขั้นพื้นฐาน จะช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁷ สำหรับการมีมุมมองด้านบวกในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้สึกทางด้านบวกหมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อการดูแล ได้แก่ ความรู้สึกว่ามีจุดหมายในชีวิต ความรู้สึกว่าได้ประโยชน์จากการดูแล และความรู้สึกได้ตอบแทนบุญคุณ ซึ่งความรู้สึกทางบวกสามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านบวกตามมา⁸ สิ่งเหล่านี้สามารถสนับสนุนให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการปฏิบัติในบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยทางด้านบวกที่มีผลต่อการคงอยู่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในระยะ 1 ปี ขึ้นไป ประกอบด้วย การเป็นบุคคลสำคัญต่อการจัดการระบบสุขภาพ การได้รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ยังส่งผลต่อความรู้สึกพึงพอใจของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สำหรับปัจจัยด้านลบที่ส่งผลต่อการคงอยู่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพ ความรู้สึกกดดันจากการทำงาน และการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากองค์กรในชุมชน¹⁰ อีกทั้งกิจกรรมการดูแลต้องมีการประยุกต์ใช้ความรู้ ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละรายอย่างเหมาะสม ซึ่งระหว่างการทำงานอาจมีปัญหาและอุปสรรค อีกทั้งระยะเวลาในการ

เข้ามารับบทบาทหน้าที่ของการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถส่งผลกระทบต่อมุมมองด้านบวกในการดูแลและอาจนำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุแต่ละคนนั้นลดลงได้¹¹ ด้วยเหตุนี้การพัฒนาให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งความรู้ และความสามารถในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ อีกทั้งส่งเสริมให้มีมุมมองที่ดีต่อบทบาทของการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงมีความสำคัญต่อระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมถึงสามารถลดผลกระทบรอบด้านที่มาจากภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงได้ในระยะยาว⁶

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเทศบาลตำบลเขาพระงาม พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทั้ง 3 ระดับ ประกอบด้วย ติดเตียง ติดบ้าน และติดสังคม ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวโดยมีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก อีกทั้งชุมชนดังกล่าว มีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ซึ่งพบว่าญาติมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การมาพลัดเปลี่ยนการดูแลแทนญาติในบางครั้ง การประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น การตรวจวัดระดับความดันโลหิต

การเจาะระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสามารถเฝ้าระวังความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ อีกทั้งชุมชนเล็งเห็นว่า อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่สามารถช่วยสนับสนุนการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้¹² ดังนั้นจึงควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ มีเครื่องมือในการบันทึกผลและติดตามการดูแลรายบุคคล เพื่อให้อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแล และมีมุมมองด้านบวกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น สามารถประสานงานกับทีมสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อีกทั้งสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยมุมมองด้านบวกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยมุมมองด้านบวกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเทศบาลตำบลเขาพระงาม อ.เมือง จ. ลพบุรี จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้มาด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณลักษณะที่กำหนด ดังนี้ 1) ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง (โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) ที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 0 -11 คะแนน 2) มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปี 3) มีความสามารถในการรับรู้ สื่อความหมายความเข้าใจและสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ 4) มีภูมิลำเนาอยู่ในเทศบาลตำบลเขาพระงาม 5) มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และมุมมองด้านบวกในดูแลของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุซึ่งโปรแกรมดังกล่าวผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุก่อนนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 35 ชั่วโมง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้แก่ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย และการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย และการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ และการบริหารร่างกาย

สัปดาห์ที่ 2 จำนวน 35 ชั่วโมง การสอนการใช้คู่มือการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะทุพโภชนาการ และการประเมินปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาการกลืนปัสสาวะ ความเสี่ยงการหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า การแปลผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุรายบุคคล สามารถแบ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ออกเป็น 3 ประเภท คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เรื้อรัง (ภาวะปกติ) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเรื้อรังปานกลาง (ควบคุมอาการไม่ได้และเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ) และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเรื้อรัง (มีภาวะทุพพลภาพ) จากนั้นนำไปสู่การวางแผนการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล และแนวทางการนำไปปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 3 - 6 ภายหลังเสร็จสิ้นจากการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน โดยกำหนดให้อาสาสมัครดูแล 1 คน ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง 3 ประเภท คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เรื้อรัง (ภาวะปกติ) จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเรื้อรังปานกลาง (ควบคุมอาการไม่ได้และเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ) จำนวน 1 คน และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเรื้อรัง (มีภาวะทุพพลภาพ) จำนวน 1 คน โดยใช้คู่มือคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มี

ภาวะพึ่งพิงในชุมชน และมีพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ให้คำปรึกษาในตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ระยะเวลา 2 วัน มีรายละเอียดดังนี้

วันที่ 1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุแนะนำเสนอผลการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 3 ราย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เรื้อรัง (ภาวะปกติ) จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเรื้อรังปานกลาง (ควบคุมอาการไม่ได้และเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ) จำนวน 1 คน และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเรื้อรัง (มีภาวะทุพพลภาพ) จำนวน 1 คน และการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับบทบาทหน้าที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

วันที่ 2 กิจกรรมเสริมสร้างมุมมองด้านบวกในการดูแล ประกอบด้วย การเสริมสร้างความตระหนักรู้ การสร้างมุมมองด้านบวกในชีวิตทักษะการจัดการกับปัญหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นแบบประเมินของ Pattarapong¹³ ได้พัฒนาขึ้นซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติต่าง ๆ ดังนี้ 1) การออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ 2) การถ่ายทอดความรู้ให้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) การให้ความช่วยเหลือทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุ 4) การเป็นผู้ประสานงาน 5) การเป็นผู้คอยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพดี 6) การช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพ มี

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 50 ข้อ แบ่งระดับการวัดออกเป็น 3 ระดับตั้งแต่ 0-3 คือ ไม่ได้ปฏิบัติปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติประจำ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือ และเมื่อได้รับอนุญาต ผู้ศึกษาได้ทำการทดสอบในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบหาระดับความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2.2 แบบประเมินมุมมองด้านบวกในการดูแล (Positive Aspects of Caregiving Scale) เครื่องมือนี้สร้างโดย Tarlow และคณะ¹⁴ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความพึงพอใจในชีวิตของ ลอร์ดตันและคณะ และแปลเป็นภาษาไทยโดย Pankong and college⁸ แบบประเมินนี้มีแบ่งออกเป็น 2 หมวด คือ ด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเองว่ามีประโยชน์ มีค่า (self-affirmation) และความรู้สึกเข้มแข็งสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง (outlook on life) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งระดับการวัดออกเป็น 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนกระทั่งเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งได้นำไปทดสอบหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .79 สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท เอกสารเลขที่ EC 025/2560 ผู้ศึกษาพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มโดยแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีการบังคับใดๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถหยุดการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาหากต้องการโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผลประโยชน์ที่จะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบประเมินมุมมองด้านบวกในการดูแล และแบบประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง พร้อมกับนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ 2 วัน แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล จำนวน 70 ชั่วโมง และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 4 สัปดาห์ ระยะที่ 2 กิจกรรมประกอบด้วย การ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเสริมสร้างมุมมองด้านบวกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 2 วัน

3. ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบประเมินมุมมองด้านบวกในการดูแล และแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าเฉลี่ยคะแนนมุมมองด้านบวกในการดูแล โดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย Wilcoxon signed- rank test เนื่องด้วยผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ด้วยวิธีการวิเคราะห์ Kolmogorov-Smirnov test ผลการทดสอบพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

ผลการวิจัย

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลและมุมมองด้านบวกในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลและคะแนนเฉลี่ยมุมมองด้านบวกในการดูแล ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ของคะแนนความสามารถในการดูแล และมุมมองด้านบวกในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที โดยใช้วิธีการ วิเคราะห์ Wilcoxon signed-rank test

ตัวแปรตาม	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ความสามารถในการดูแล				
ก่อนการทดลอง	22	1.00	1.00	4.12*
หลังการทดลอง	22	11.50	253	
มุมมองด้านบวกในการดูแล				
ก่อนการทดลอง	22	1.00	1.00	4.14*
หลังการทดลอง	22	11.50	253	

* $p < .05$

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการดูแลของอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการ ทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่ง เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากโปรแกรม การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้าง ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มี ภาวะพึ่งพิง โดยครอบคลุมองค์ประกอบด้าน ความสามารถในการดูแล นั่นคือ การให้ความรู้ เกี่ยวกับ โรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ และการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถช่วยให้อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ มีความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้รับการ สนับสนุนให้มีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงโดย มีพยาบาลวิชาชีพคอยให้คำปรึกษาและคอย ช่วยเหลือ ร่วมกับการใช้คู่มือการคัดกรองภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งคู่มือฉบับนี้ประกอบด้วย การ ประเมินความสามารถทางด้านร่างกาย สติปัญญา และการรับรู้ การประเมินระดับน้ำตาลในกระแส เลือด การวัดระดับความดันโลหิต และการ ประเมินปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ผลจากการคัด กรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ พึ่งพิงรายบุคคล สามารถนำมาประมวลและจัด ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ออกเป็น 3 ประเภท คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ เร่งด่วน (ภาวะปกติ) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ พึ่งพิงเร่งด่วนปานกลาง (ควบคุมอาการไม่ได้และ

เสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ) และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเร่งด่วน (มีภาวะทุพพลภาพ)

ด้วยเหตุนี้จึงทำให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสามารถวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถให้คำแนะนำ และให้การดูแลที่ตอบสนองตามความต้องการของแต่ละบุคคลได้อีกทั้งสามารถติดตามอาการและความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมดังกล่าว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Karuhadej, P., Popijan, M., Danpradit, P. (2019)¹⁵ พบว่า ภายหลังจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมการเพิ่มความสามารถ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ ส่งผลให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น อีกทั้งพบว่า การสนับสนุนด้านความรู้และทักษะการดูแลกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สามารถส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจบทบาทหน้าที่ของการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ¹⁶

ผลการทดลองพบว่า คณะเนลเยี่ยมมองด้านบวกในการดูแลของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังจากทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนด นอกจากโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นแล้ว ยังสามารถเสริมสร้างความรู้สึกรักภูมิใจใน

ตนเองได้ ซึ่งผลจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตอบสนองตามความต้องการ และมีความรู้สึกพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศได้หวั่น ร้อยละ 73.4 มีความต้องการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุเข้ามาช่วยเหลือเกี่ยวกับ การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและโรคเรื้อรัง¹¹ นอกจากนี้โปรแกรมดังกล่าวมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างมุมมองด้านบวกในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความตระหนักรู้ 2) การสร้างมุมมองด้านบวกในชีวิต 3) ทักษะการจัดการกับปัญหา โดยการสนับสนุนให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุฝึกสติ โดยการสวดมนต์และนั่งสมาธิ ระยะเวลา 15 นาที ก่อนเริ่มกิจกรรม มีการสนับสนุนการคิดบวกในการดำเนินชีวิตทั่วไป รวมถึงการค้นหาข้อดีในบทบาทหน้าที่ของการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และการสอนกลวิธีในการจัดการกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในขณะเยี่ยมบ้าน และใช้กิจกรรมแบบกลุ่ม ซึ่งวิธีดังกล่าว สามารถสนับสนุนให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้แสดงบทบาทของการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับในเวลาเดียวกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกภูมิใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นได้ นำไปสู่ความรู้สึกมั่นใจในบทบาทของตนเอง รวมถึงเกิดเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการเสริมแรงจิตใจในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง และจากการที่นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากสมาชิกภายในกลุ่มไปให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

จนกระทั่งสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ส่งผลให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่มุมมองด้านบวกในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นได้ในที่สุด¹⁷ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการมีเครือข่ายของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สามารถส่งผลต่อความรู้สึกทางด้านบวกหรือความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตได้¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลไปใช้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ด้านการศึกษา สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ไปใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาวิจัยโดยการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในการอ้างอิงกับกลุ่มประชากรอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Elderly 2014. [cited 2021 March 10]. Available from: www.thaitgri.org.pdf
2. Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S., Amnatsatsue, K. Community care model for older people in Thailand. 2009; 22-31. (in Thai).
3. Aman Z, Liew S M, Ramdzan S N, Philp L, Khoo E M. The impact of caregiving on caregivers of older persons and its associated factors: a cross-sectional study. Singapore Medical Journal 2020; 61(5): 238-245.
4. Phalasuekand, R., Thanomchayathawatch, B. A Family Model for Older People Care. 2017; 135-150. (in Thai).
5. National statistical office ministry of information and communication technology. The 2014 survey of the older persons in Thailand. 2014; 5-6. (in Thai).
6. Woldie, M., Feyissa, G. T., Bitiya Admasu, B., Hassen, K., Mitchell, K., Mayhew, S., McKee, M., Balabanova, D. Community health volunteers could help improve access to and use of essential health services by communities in LMICs: an umbrella review. Health Policy and Planning 2018; 33: 1128–1143. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czy094>.
7. Naylor, C., Mundle, C., Weeks, L., Buck, D. Volunteering in health and care

- securing a sustainable future. London: The King's Fund; 2013.
8. Pankong, O., Pothiban, L., Sucamvang, K., Khampolsiri, T. A Randomized Controlled Trial of Enhancing Positive Aspects of Caregiving in Thai Dementia Caregivers for Dementia. *Pacific Rim International Journal Nursing Research* 2018; 22(2): 131-143.
 9. World Health Organization. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programs, activities, costs, and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: World Health Organization; 2007
 10. McGarvey, A., Jochum, V., Davies, J., Dobbs, J., Hornung, L. Time well spent a nation survey on the volunteer experience. *NCVO* 2019; 1-100.
 11. Zhao, L., Xie, H., Dong, R. Volunteers as caregivers for elderly with chronic diseases: An assessment of demand and cause of demand. *International journal of nursing sciences* 2015; 2: 268-272.
 12. Pankong, O., Khrabiad, K., Amphawa, K., Sangsee, P. Effectiveness of Care in Older Adults With Chronic Illness by Community Participation. *Journal of Health and Nursing Research* 2020; 36(3): 94-140. (in Thai)
 13. Pattarapong, S. Practices of volunteers caring for older persons at home in San Kampaeng District, Chiang Mai Province [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007. (in Thai)
 14. Tarlow, B.J., Wisniewski, S.R., Belle, S.H., Rubert, M., Ory, M.G., Gallagher-Thompson, D. Positive aspects of caregiving: contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on Aging*. 2004; 26: 429-453.
 15. Karuhadej, P., Popijan, M., Danpradit, P. Effectiveness of increase health volunteer ability program in basic care for the dependent elderly in the communities, Nakhon Pathom Province, Thailand. *Journal of Health Research* 2019; 33(3): 219-227.
 16. Escajeda, K. The Role of the Community Health Worker: An Educational Offering. College of Nursing and Health Sciences. Available at: <https://scholarworks.uvm.edu/cnhsmp>. Accessed March 28, 2021.
 17. Janpipatpong, T. Personal and Social Environmental Factors Related to Volunteering Behavior of Village Health Volunteer in Wiangnue Municipality, Wiangchai District, Chiangrai Province. *Journal of Behavioral Science for Development* 2019; 11(1): 1-14. (in Thai).

18. Kevin, Brown, Russell, Hoyer, Matthew, Nicholson. Self-Esteem, Self-Efficacy, and Social Connectedness as Mediators of the Relationship Between Volunteering and Well-Being. *Journal of Social Service Research* 2012; 38(4): 468-483.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมากัญนิกา อยู่สำราญ^{1,*}

บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุมักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเครียดสวนปรุง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.75 อายุเฉลี่ย 56.12 ปี (13.10) จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.25 อาชีพรับจ้างร้อยละ 28.75 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 55.00 มีการเข้าร่วมในกิจกรรมในชุมชนร้อยละ 58.12 ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 60.00 ความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 50.00 ดูแลมากกว่า 5 ปีร้อยละ 56.25 ใช้เวลาในการดูแลมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 35.62 และได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนร้อยละ 58.12 กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเครียดร้อยละ 65.63 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ อายุ ($OR_{adj} = 2.92$; 95%CI = 1.03-8.27; p -value = 0.044) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ($OR_{adj} = 2.24$; 95%CI = 1.12-4.44; p -value = 0.022) และการได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ($OR_{adj} = 0.32$; 95%CI = 0.14-0.75; p -value = 0.009) ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน จัดการป้องกันและแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตใจ และเป็นการส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย

คำสำคัญ ความเครียด ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัย

¹ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

* Corresponding author : kannika_yoo@vu.ac.th

Original Article

Factors Associated with Psychological Stress among Older Adult
Caregivers in Muang district, Nakhon Ratchasima ProvinceKannika Yoosamran^{1,*}

Abstract

Caring for the older adult often puts a stress on the caregivers. Affect health and may cause reduced impact on quality of life of caregivers. This research was a cross-sectional analytical research. The objectives were to study factors associated with psychological stress among older adult caregivers in Muang district, Nakhon Ratchasima province. The participants were 160 older adult caregivers. The study tool consisted of a Suanprung stress test. The data was analyzed by descriptive statistic and multiple logistic regression analysis. The analysis found that most of the participants were female (78.75%). The average age was 56.12 years (SD =13.10), had graduated primary school (46.25 %), employment (28.75%), had never underlying disease (55.00%), have participated in activities in the community (58.12%), had never received training in caring for the older adult (60.00%), have relationship as a child (50.00%). The length of care for the elderly was more than 5 years (56.25%) and 12 hours per day (35.62%). They were getting help from the community (58.12%) The most of the participants were not stress (65.63%). The factors associated with psychological stress among older adult caregivers with significance level of 0.05 were age ($OR_{adj} = 2.92$; 95%CI = 1.03-8.27; p -value = 0.044), participated in activities in the community ($OR_{adj} = 2.24$; 95%CI = 1.12-4.44; p -value = 0.022) and getting help from the community ($OR_{adj} = 0.32$; 95%CI = 0.14-0.75; p -value = 0.009). This study showed that can be used for planning, managing, preventing, solving problems, to prevent mental illness and to promote the quality of care for the older adult.

Keyword: Stress, Older Adults Caregivers, Factors

¹ Lecturer, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

* Corresponding author : kannika_yoo@vu.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society) ซึ่งสหประชาชาติระบุว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ aging society และจะเป็น "สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ" (aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20¹ ส่วนภูมิภาคอาเซียน ในปีพ.ศ.2560 ประเทศไทยมีอัตราผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.1 รองจากประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 19.50² กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิโดยประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่วัดได้ด้วยดัชนีบาร์เทิลหรือดัชนี ADL (Barthel ADL index) ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยในปี พ.ศ.2558 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมประมาณร้อยละ 79.0 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมประมาณร้อยละ 21.0³ ในปี พ.ศ.2563 จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ในอันดับ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร โดยคิดเป็นอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 17.98⁴ กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ปีพ.ศ.2563 จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุทั้งหมด 62,365 คน ได้รับการคัดกรองการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำนวน 42,099 คน ร้อยละ 67.50 พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 41,196 คน กลุ่มติดบ้าน 694 และกลุ่มติดเตียง 209 คน หรือร้อยละ 97.86, 1.65 ละ 0.50

ตามลำดับ โดยมีรายงานจำนวนผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 393 คน⁵

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น การทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกายค่อย ๆ เสื่อมถอยลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ส่งผลทำให้มีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง มีภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง และการดูแลระยะยาวจากผู้อื่น ในสังคมไทยการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ทั้งในเขตเมืองและชนบท หน้าที่ของการดูแลผู้สูงอายุ คือ สมาชิกครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันอาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง จะรับหน้าที่ในการดูแล และนิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล⁶ แต่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วย เป็นการดูแลที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นของผู้ดูแล บางครั้งจึงทำให้เกิดปัญหาในการดูแลได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงได้ การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสถานการณ์ที่มักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการจัดการความเครียดของลาซารัส (Lazarus's Theory) ที่กล่าวว่า ความเครียด (stress) คือ เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพ และเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง และมีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่มีอยู่เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ⁷ มีการศึกษาของจิรนนท์ บุรีมาตย์ ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ ทักษะคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลและสถานภาพสมรส³ และมีการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสามารถทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 35.90 คือ ปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว⁸ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้พลังกาย พลังใจ และต้องทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพราะภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนได้รับผลกระทบ อาจเกิดความเครียดสะสม ผลของความเครียดยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้

ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจและยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ยังเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ดูแลและคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรที่ศึกษา ประชากรคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน² อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 742 คน โดยยึดจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁹ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน มีอายุมากกว่า 18 ปี มีความยินดีและสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม ไม่มีภาวะทุพพลภาพ วิกฤตจิต มีการรับรู้ปกติ สามารถรับรู้และสื่อสารเข้าใจภาษาไทย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการย้ายถิ่นฐานในระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 160 คน

ขนาดตัวอย่าง และวิธีสุ่มตัวอย่าง ได้จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power Analysis¹⁰ สำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวๆ หลายตัวแปร (multivariable analysis) กรณีตัวแปรตามประเภทแจกแจงนับ (categorical outcome) แบบทวินาม (Dichotomous) และใช้สถิติ multiple logistic regression กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$)¹¹ แทนค่าในโปรแกรม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 104 คน

เพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อทดแทนในกรณีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 160 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละตำบลในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งหมด 24 ตำบล มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 742 คน หลังจากนั้นก็ได้แบ่งตามสัดส่วนของแต่ละตำบล สุ่มกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดของสวนปรุง (SPST – 20) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นการประเมินระดับความเครียด จะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยว่าคำถามแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดมากที่สุด มีการแปลผลคะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ไม่มีความเครียดมีค่า 0 – 42 คะแนน และมีความเครียดมีค่า 43 คะแนนขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลต่อสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ชุมชนโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย โดยรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้ที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และมีการฝึกหัดสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยวิจัยให้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงข้อมูลจากการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ และเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น

3. แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละตำบล ในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 ราย ต่อจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อ

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล

5. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ในบางประเด็น ผู้ช่วยวิจัยของตำบลนั้นต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วหาว่ามีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความเครียดของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าต่ำสุด (minimum) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) โดยใช้สถิติ multiple logistic regression นำเสนอค่า adjusted odds ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา เลขที่ 002/2564 รับรองวันที่ 20 มกราคม 2564 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีการให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 160 คน โดยใช้แบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล มีผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.75 อายุเฉลี่ย 56.12 ปี (13.10) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.25 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 28.75 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 55.00 ไม่มีงานอดิเรกทำร้อยละ 84.38 ไม่ได้ออกกำลังกายร้อยละ 53.75 มีการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนร้อยละ 58.12 ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานของรัฐร้อยละ 60.00 และมีหนี้สินร้อยละ 58.75 แสดงดังตารางที่ 1

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุร้อยละ 50.00 ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 5 ปีร้อยละ 56.25 ในแต่ละวันใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 12 ชั่วโมงร้อยละ 35.62 และได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนร้อยละ 58.12 แสดงดังตารางที่ 2

ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเครียดร้อยละ 65.63 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n=160)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	126	78.75
ชาย	34	21.25
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 60	99	61.88
60 ขึ้นไป	61	38.12
Mean = 56.12 SD = 13.10 Max = 89 Min = 20		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.25
ประถมศึกษา	74	46.25
มัธยมศึกษาตอนต้นและปลาย	59	36.88
ปวส. ขึ้นไป	25	15.62
อาชีพของผู้ดูแล		
ไม่มีงานทำ /ว่างงาน	35	21.88
ทำงานบ้าน / แม่บ้าน / พ่อบ้าน	22	13.75
รับจ้าง	46	28.75
เกษตรกร	12	7.50
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	45	28.12
โรคประจำตัวของผู้ดูแล		
ไม่มี	88	55.00
มี	72	45.00
งานอดิเรกของผู้ดูแล		
ไม่มี	135	84.38
มี	25	15.62
การออกกำลังกายของผู้ดูแล		
ไม่ออกกำลังกาย	86	53.75
ออกกำลังกาย	74	46.25
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน		
ไม่มี	67	41.88
มี	93	58.12

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การเคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานของรัฐ		
ไม่เคย	96	60.00
เคย	64	40.00
หนี้สิน		
ไม่มี	66	41.25
มี	94	58.75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุ (n=160)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ		
สามี/ภรรยา	31	19.38
บุตร	80	50.00
ญาติ	49	30.62
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ (ปี)		
ไม่เกิน 5	70	43.75
มากกว่า 5	90	56.25
ชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวัน		
1 - 4	34	21.25
5 - 8	41	25.63
9 - 12	28	17.50
มากกว่า 12	57	35.62
การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน		
ไม่ได้รับ	67	41.88
ได้รับ	93	58.12

ตารางที่ 3 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=160)

ความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	105	65.63
มี	55	34.37

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้วพบว่า อายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้น อายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดเป็น 2.92 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ($OR_{adj} = 2.92$; $95\%CI = 1.03\text{--}8.27$; $p\text{-value} = 0.044$) (ตารางที่ 4) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่

ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดเป็น 2.24 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ($OR_{adj} = 2.24$; $95\%CI = 1.12\text{--}4.44$; $p\text{-value} = 0.022$) (ตารางที่ 4) และการได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดลดลง ร้อยละ 68.00 ($OR_{adj} = 0.32$; $95\%CI = 0.14\text{--}0.75$; $p\text{-value} = 0.009$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว งานอดิเรก การออกกำลังกาย การเคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานของรัฐ หนี้สิน ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ และจำนวนชั่วโมงที่ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อควบคุมอิทธิพลต่าง ๆ ด้วย multiple logistic regression (n=160)

ปัจจัยทำนาย	ความเครียด		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่มี	มี			
เพศ					
หญิง	78 (48.75)	48 (30.00)	1	1	
ชาย	27 (16.88)	7 (4.38)	2.37 (0.96-5.87)	0.38 (0.13-1.07)	0.067
อายุ (ปี)					
ต่ำกว่า 60	61 (38.13)	38 (23.75)	1	1	
60 ขึ้นไป	44 (27.50)	17 (10.63)	0.62 (0.31-1.24)	2.92 (1.03-8.27)	0.044*
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	1 (0.63)	1 (0.63)	1.78 (0.10-31.98)	1.66 (0.05-61.93)	0.783
ประถมศึกษา	46 (28.75)	28 (17.50)	1.08 (0.42-2.78)	1.47 (0.43-5.05)	0.541

ปัจจัยทำนาย	ความเครียด		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่มี	มี			
มัธยมศึกษา	42 (26.25)	17 (10.63)	0.72 (0.27-1.94)	0.79 (0.25-2.48)	0.681
ปวส. ขึ้นไป	16 (10.00)	9 (5.63)	1	1	
อาชีพของผู้ดูแล					
ไม่มีงานทำ /ว่างงาน	21 (13.13)	14 (8.75)	1	1	
ทำงานบ้าน	16 (10.00)	6 (3.75)	0.56 (0.18-1.79)	0.45 (0.12-1.75)	0.251
รับจ้าง	29 (18.13)	17 (10.63)	0.88 (0.36-2.17)	0.77 (0.25-2.34)	0.646
เกษตรกร	8 (5.00)	4 (2.50)	0.75 (0.19-2.94)	0.66 (0.13-3.33)	0.615
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	31 (19.38)	14 (8.75)	0.68 (0.27-1.71)	0.66 (0.22-2.01)	0.466
โรคประจำตัวของผู้ดูแล					
ไม่มี	59 (36.88)	29 (18.13)	1	1	
มี	46 (28.75)	26 (16.25)	1.15 (0.60-2.21)	1.56 (0.67-3.62)	0.306
งานอดิเรกของผู้ดูแล					
ไม่มี	85	50	2.35 (0.83-6.66)	0.54 (0.18-1.61)	0.269
มี	20	5	1	1	
การออกกำลังกายของผู้ดูแล					
ไม่ออกกำลังกาย	52	34	1.65 (0.85-3.21)	0.81 (0.39-1.65)	0.553
ออกกำลังกาย	53	21	1	1	
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน					
ไม่มี	36	31	2.48 (1.27-4.83)	2.24 (1.12-4.44)	0.022*
มี	69	24	1	1	
การเคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานของรัฐ					
ไม่เคย	61 (38.13)	35 (24.55)	1.26 (0.64-2.47)	1.69 (0.73-3.94)	0.224
เคย	44 (27.50)	20 (12.50)	1	1	
หนี้สิน					
ไม่มี	45 (28.13)	21 (13.13)	1	1	
มี	60 (37.50)	34 (21.25)	1.21 (0.62-2.37)	1.50 (0.69-3.24)	0.302
ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ					
สามี/ภรรยา	19 (11.88)	12 (7.50)	1	1	
บุตร	55 (34.38)	25 (15.63)	0.72 (0.30-1.71)	0.37 (0.12-1.15)	0.084
ญาติ	31(19.38)	18 (11.25)	0.92 (0.36-2.32)	0.80 (0.23-2.75)	0.721
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ (ปี)					
ไม่เกิน 5	45 (28.13)	25 (15.63)	1	1	
มากกว่า 5	60 (37.50)	30 (18.75)	0.90 (0.47-1.74)	0.83 (0.37-1.88)	0.654

ปัจจัยทำนาย	ความเครียด		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่มี	มี			
ชั่วโมงที่ใช้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวัน					
1 - 4	25 (15.63)	9 (5.63)	1	1	
5 - 8	28 (17.50)	13 (8.13)	0.62 (0.24-1.57)	1.00 (0.32-3.10)	0.994
9 – 12	16 (10.00)	12 (7.50)	0.80 (0.34-1.86)	1.42 (0.40-4.97)	0.587
มากกว่า 12	36 (22.50)	21 (13.13)	1.27 (0.51-3.23)	1.78 (0.58-5.46)	0.312
การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน					
ไม่ได้รับ	66 (41.25)	25 (15.63)	0.49 (0.25-0.96)	0.32 (0.14-0.75)	0.009*
ได้รับ	39 (24.38)	30 (18.75)	1	1	

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

อายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเครียด 2.92 เท่าของกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ในชีวิต อายุเป็นเงื่อนไขภายในบุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียดได้ และการที่มีอายุมากทำให้มีพัฒนาการและประสบการณ์เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ พิจารณาเหตุการณ์ และตัดสินใจได้อย่างสุ่มรอบคอบ สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐพงศ์ เป็นลาภ และ

ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์¹² ศึกษาความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุของผู้ดูแล

ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มที่ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเครียด 2.24 เท่าของกลุ่มที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบครัว ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่ผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างในชุมชนร้อยละ 58.12 ส่วนใหญ่จะไปทำบุญที่วัด และเข้าร่วมประชุมต่างๆในชุมชน ทำให้เมื่อเจอกับสภาวะความเครียด ก็สามารถเผชิญหน้ากับสิ่งนั้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของจิรนนท์ บุริมาตย์ และคณะ³ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี พบว่าการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 58.1

ส่วนการได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มที่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดลดลงร้อยละ 68.00 เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนร้อยละ 58.12 ทำให้ทราบว่ามีแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต เช่นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างเพียงพอ การได้รับความช่วยเหลือและการติดตามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสิริทิพย์ สีหะวงษ์ และภุชฌิศา มินาเขตร⁹ ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว (family resistance resource) ได้แก่การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านอย่างเพียงพอ การได้รับความช่วยเหลือและการติดตามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน และสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของของณัฐพงศ์ เป็นलगและธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์¹² ศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลเผชิญกับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการ และช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยมีดังนี้ จุดอ่อนคืองานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลวิจัยในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ช่วยวิจัยแยกตามแต่ละตำบล และเป็นผู้ที่รู้จักชุมชนเป็นอย่างดี ซึ่งในการเตรียมผู้ช่วยวิจัยได้มีกระบวนการชี้แจงขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน แต่ทั้งนี้อาจมีผลต่อการชี้แจงรายละเอียดต่างๆ และการตอบข้อซักถามจากแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนจุดแข็งคือผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ 160 คนโดยแบ่งสัดส่วนตามขนาดของประชากร มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า และเกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย

ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน จากผลการวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพหรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลนี้มาใช้ในการวางแผนจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลหลักในชุมชน โดยส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อลดภาวะเครียดลงได้

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดหน่วยเยี่ยม บ้านหรือทีมหมอครอบครัว ติดตามผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องทุกเดือน รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล และครอบครัวในการจัดการความเครียดเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แม้ว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะไม่มี ความเครียด แต่ก็ต้องเฝ้าระวังความเครียดที่ อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ นายสุริยา คำสบาย สาธารณสุข อำเภอเมืองนครราชสีมา คุณพิมพ์พรรณ เรืองธนาธิป นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รวมถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพที่ รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) ของตำบลทั้ง 16 ตำบล ที่อำนวยความสะดวกและกรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ การะเกตุ. ประเทศไทยกับสังคมผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://il.mahidol.ac.th/th/i-Learning-Clinic/general-articles/>. 2562.
- สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล. ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย, วารสารข้าราชการ. 60(4): 5-6; 2561.
- จิรนนท์ ปุริมาตย์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิตกุลตั้ง และ กรวรรณ ยอดไม้. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 28(2) : 610-619; 2562.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ ธันวาคม 2563. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>. 2563.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานจำนวนผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2563. 2563.
- ณัฏฐา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง, และ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. วารสารสภาการพยาบาล. 33(2): 97-109; 2561.
- ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง, และ นุชนาฏ สุทธิ. ความเครียดและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง, วารสารการพยาบาล. 35(2) : 117-131; 2563.
- สิริทิพย์ สีหะวงษ์ และ ภูษณิศ มินาเขตร. ปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี, วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 33(2): 48-60; 2562.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559.

10. Mayr S., Erdfelder E., Buchner A., & Faul F. A short tutorial of G*Power. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, 3(2): 51-59; 2007.
11. นพรัตน์ สอนปาน, แสงทอง ชีระทองคำ และสมนึก สกุนตเสถียร. ปัจจัยทำนายความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เลือกสรร, วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์. 11(2) : 133-148; 2562.
12. ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์. ความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, วารสารเวชศาสตร์ร่วมสมัย. 60(4): 425-438; 2559.

Received: 1 Aug 2021, Revised: 5 Sep 2021

Accepted: 15 Sep 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร

โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอปัว จังหวัดน่าน

จินตนา จันทรดี^{1,*} กิ่งดาว โพธิ์สุยะ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจทางสุขภาพ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Plan) เป็นการศึกษาสถานะสุขภาพสามเณรกลุ่มตัวอย่าง 2) การลงมือปฏิบัติ (Act) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมภายใต้แนวคิดสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณรเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ 3) ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observe) เป็นการบันทึกควบคุมการปฏิบัติกิจกรรม และ 4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นการประเมินสถานะสุขภาพสามเณร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 111 รูป ได้แก่ สามเณรที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1- 6 โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ รูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร , แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสามเณร 4) พฤติกรรมสุขภาพสามเณร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบผลการศึกษาศักดิ์สถิติทดสอบที (Paired t – test) ผลการวิจัยดังนี้ สามเณรมีอายุเฉลี่ย 15.20 ปี ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 28.83 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 12.61 และผลการปฏิบัติก่อนและหลังกิจกรรม พบว่า สามเณรมีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วนลดลง มีภาวะสมส่วนเพิ่มขึ้น รอบเอวเฉลี่ยลดลง มีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพจากระดับพอใช้เป็นระดับดีมาก มีพฤติกรรมสุขภาพจากระดับปานกลางเป็นระดับดี มีสมรรถภาพทางกายภาพรวมไม่ผ่านเกณฑ์ลดลง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่า สามเณรมีความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวม ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพสามเณร และสามเณรมีรอบเอวลดลงกว่าก่อนการเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สามเณรควรได้รับการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจทางสุขภาพ และการจัดการตนเอง เพื่อประสิทธิผลที่ดีขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ ความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สามเณร

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

* Corresponding author: Jintana_jandee@hotmail.com

Original Article

The effective of health literacy model in Novices, Phrapariyattidhamma Watphuket School, Nan Province

Chintana Chandi ^{1,*}, Kingdaow Posuya¹

Abstract

The research aim to development model and study the effective of health literacy model in novices, to access skill, cognitive skill, communication skill, media-literacy skill, decision skill, self-management skill and health behavior. The action research consist 4 step, 1) Plan was study of health status in novices 2) Act was practice under health literacy concept in novices for 12 weeks 3) Observe was a recording together with activities and 4) Reflect was to assessment health status in novices. The sample were purposive 111 novices who studying secondary education grade 1-6 in Phrapariyattidhamma Watphuket School. Research instruments consist of health literacy model in Novices, the questionnaire 4 parts were 1) personal data 2) health literacy assessment 3) cognitive of health promotion and 4) health behavior. Data was analyzed by descriptive statistics and paired t – test. Result that novices were average age 15.20 years old, study in grad 3 were 28.83 percent, had obesity 12.61 percent, and result between before and after enrolling health literacy practice novices were obesity decreased, asymmetrical shape increased, waist size decreased, cognitive of health promotion from medium to good level, health behavior from medium to good level and physical fitness overall not pass the standard decreased. The compare mean differences found that novices had overall of health literacy, cognitive of health promotion and health behavior were higher than before enrolling health literacy model and novices were had decrease of waist size with statistical significance level at .05 Therefore novices should achieve knowledge and skill of health behavior for access information, communication, cognitive, media literacy, health decisions and self-management for better effectiveness of health behavior.

Keyword: health literacy, health behavior, novice

¹ Nan Public Health Office, Nan Province

*Corresponding author: Jintana_jandee@hotmail.com

บทนำ

การสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 7 ถึง 18 ปี ตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2561 พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ถึงดี คิดเป็นร้อยละ 86.48, 59.94, 63.20, 69.38 และ 57.88 ตามลำดับ ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ถึงดี คิดเป็นร้อยละ 74.61, 36.72, 64.70, 56.64 และ 43.54 ตามลำดับ¹ สามเณรเป็นเด็กชายหรือวัยรุ่นชาย ซึ่งดำรงสมณเพศถือศีล 10 ข้อ ประพฤติปฏิบัติตนเพื่อรักษาศีล เรียนรู้ธรรมะของพระพุทธเจ้าเช่นเดียวกับพระภิกษุ สามเณร ถือว่าเป็นกำลังที่สำคัญทางพระพุทธศาสนา และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าของสังคมไทยที่จะพัฒนาเป็นผู้นำในด้านจิตวิญญาณ เป็นผู้นำสังคมให้อยู่ในกรอบศีลธรรม ทำบุญทำกุศลตามความเชื่อทางพระพุทธศาสนา สามเณรจึงเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชาวพุทธที่มีให้เห็นอยู่ทั่วไป² และจัดเป็นกลุ่มวัยเรียนที่สำคัญที่ควรได้รับโอกาสในการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน เช่นเดียวกับเด็กและเยาวชนทั่วไปโดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย ด้านพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะความมีสุขภาพดีของตนเองต่อไป

จังหวัดน่าน มีโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จำนวนทั้งหมด 16 โรงเรียน ในสังกัดสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดน่าน ผู้ที่บวชเป็นสามเณรในจังหวัดน่านโดยส่วนใหญ่ มาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจน หรืออยู่ในพื้นที่สูงห่างไกล บางส่วนมาจากชนเผ่า เช่น ม้ง เมี่ยน ลัวะ มีลักษณะความเชื่อทางสังคมและทางวัฒนธรรม

และพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน สามเณรบางส่วน เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาสายสามัญตามปกติของกระทรวงศึกษาธิการได้ โรงเรียนพระปริยัติธรรมจึงเป็นช่องทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา จากการสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพสามเณรจังหวัดน่านในปี 2561 - 2563 ยังพบว่าสามเณรมีปัญหาสุขภาพ มีภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 16.81, 17.07 และ 18.99 ตามลำดับ การวัดสมรรถภาพทางกายในสามเณรประจำปี 2562 พบว่าสามเณรมีความทนทานของระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.64 รองลงมาเป็นระดับปานกลางร้อยละ 6.36 มีความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.27 รองลงมาเป็นระดับต่ำมากร้อยละ 33.63 มีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นระดับต่ำมากร้อยละ 36.36 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลปี 2562 และ 2563 พบว่า ด้านความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของสามเณรอยู่ในระดับต่ำจากร้อยละ 37.27 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48.23 สำหรับข้อมูลของโรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต พบว่า สามเณรมีภาวะอ้วนสูงเป็นอันดับต้นของโรงเรียนพระปริยัติธรรมในจังหวัดน่านตลอดในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมาและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561 - 2563 ข้อมูลพบว่าสามเณรวัดภูเก็ตมีภาวะอ้วนคิดเป็นร้อยละ 23.21, 22.76 และ 23.28 ตามลำดับ และพบว่าภาวะเริ่มอ้วน คิดเป็นร้อยละ 12.50, 12.20, 12.07 ตามลำดับ มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน คิดเป็นร้อยละ 35.71, 34.96 และ 35.34 ตามลำดับ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการฉันทาอาหาร การบริหารกายที่เหมาะสม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.86 รองลงมามีพฤติกรรม

สุขภาพอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 23.53 ตามลำดับ³

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการของสามเณร ซึ่งโรคอ้วนในวัยเด็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ภาวะอ้วนในเด็กจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระดูกและข้อ โรคผิวหนังที่มีลักษณะผิคล้ำหนาเหมือนกำมะหยี่ บริเวณซอกคอ รักแร้ ข้อพับต่างๆ และขาหนีบ เป็นต้น มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้นอนกรน (Snoring) และทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep Apnea) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะอ้วนทำให้เสียบุคลิก และถูกล้อเลียน เกิดความกดดัน มีปัญหาในสังคม⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสามเณรแบบมีส่วนร่วม มีผลให้สามเณรมีการพัฒนาทั้งความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพสามารถพึ่งตนเองได้ และดูแลซึ่งกันและกันในกลุ่มสามเณรภายใต้การสนับสนุนของพระภิกษุและครูอาจารย์⁵ การจัดการสุขภาพจะส่งผลให้สามเณรมีพฤติกรรม การฉันทาอาหาร การล้างมือ การออกกำลังกายที่เหมาะสมการทำกิจวัตรที่เหมาะสม⁶ ดังนั้นการจะแก้ปัญหาและลดผลกระทบทางสุขภาพในสามเณรดังกล่าว จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณรให้เกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบความรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณร ขึ้น โดยคัดเลือกโรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอบัว ที่มีจำนวนสามเณรที่มีภาวะอ้วนมากที่สุดของจังหวัดน่านมาเป็นกลุ่มศึกษา ซึ่งความรู้ทางสุขภาพ

เป็นทักษะการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคล ในการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการสื่อสาร สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น⁷ เพื่อสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอบัว จังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอบัว จังหวัดน่าน

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอบัว จังหวัดน่าน ผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน⁸ ที่ส่งผลตามแนวคิดการสร้างเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy; HL) กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁹ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การ

ตัดสินใจทางสุขภาพ และการจัดการตนเอง รวมถึง พฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยรวม 16 สัปดาห์ ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 – มีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สามเณรที่กำลังศึกษาใน โรงเรียนพระปริยัติธรรมแห่งหนึ่งในจังหวัดน่าน จำนวน 111 รูป

กลุ่มตัวอย่าง คือ สามเณร 111 รูป คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นสามเณร ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ที่กำลังศึกษาในโรงเรียน พระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต ประจำปีการศึกษา 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นสามเณรที่ ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 2) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่กำหนดขึ้น เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถปฏิบัติตาม กิจกรรมได้ต่อเนื่องตามที่กำหนด 2) ย้ายหรือออกจากโรงเรียนก่อนกิจกรรมสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน วิจัย ได้แก่ รูปแบบสร้างเสริมความรู้ทาง สุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณร ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากคู่มือแนวทางการพัฒนา ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ⁹ และคู่มืออนามัยสามเณร¹ และจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อย่างสร้างสรรค์ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องการวิจัย รวม ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้จากแบบประเมินความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพนักเรียน¹⁰ แบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5

ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติม คำ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ⁹ จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน ลักษณะ คำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผล 4 ระดับ คือ ไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก ส่วนที่ 3 ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ สามเณร จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูกต้อง ไม่ แน่ใจ ไม่ถูกต้อง แปลผล 4 ระดับ คือ ไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก และส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ สามเณร จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ แปล ผล 4 ระดับ คือ ไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 6.67-1.00

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ สามเณรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย จำนวน 30 รูป ในโรงเรียนนันทบุรี วิทยาปริยัติธรรม อำเภอเมือง จังหวัดน่าน โดย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความรู้ในการสร้าง เสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.926, 0.814 และ 0.729 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในสามเณร จังหวัดน่าน ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนวางแผน (Plan) เป็นการค้นหาข้อเท็จจริงโดยศึกษาสถานะสุขภาพสามเณรครั้งที่ 1 เกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สมรรถภาพทางกาย ภาวะอ้วน และรอบเอวของสามเณร และประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation-Influence-Control: AIC) ในบุคลากรครูหรือพระอาจารย์ประจำโรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ท และตัวแทนสามเณรในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 -6 เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสามเณรที่ผ่านมา และนำปัญหาที่ได้มาวางแผนการพัฒนาแบบสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณร และกำหนดแนวทางกิจกรรมร่วมกันเพื่อการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสภาพบริบทในพื้นที่

2. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในสามเณรที่ได้ร่างขึ้นในขั้นตอนข้างต้น เป็นระยะเวลา 3 เดือน

3. ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observe) เป็นการบันทึกข้อมูลและสังเกตควบคู่ไปกับการดำเนินงานขั้นลงมือปฏิบัติ เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (คปสอ.) และผู้วิจัยออกเยี่ยม ติดตามผลการดำเนินกิจกรรม ร่วมพิจารณาวางแผนแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบร่วมกัน และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่บุคลากรครูหรือพระอาจารย์ประจำโรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ท และสามเณร

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ผู้วิจัยทำการประเมินสถานะสุขภาพสามเณรครั้งที่

1 เกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สมรรถภาพทางกาย ภาวะโภชนาการ และรอบเอวของสามเณร ครั้งที่ 2 และประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) ในบุคลากรครูหรือพระอาจารย์ประจำโรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ท และตัวแทนสามเณรในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 -6 เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในสามเณรที่ได้ปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 และในขั้นตอนที่ 4 โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอน และเครื่องมือในการวิจัย เน้นถึงความสนใจเข้าร่วม และขอคำยินยอมแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และรอบเอว ด้วยสถิติวิเคราะห์ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินโครงการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย หลังจากได้รับอนุมัติดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดน่าน เลขที่ 043/2563 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2563

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้นตอนวางแผน (Plan) เป็นการศึกษาสถานะสุขภาพสามเณร ครั้งที่ 1 และพัฒนารูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณรผลการวิจัย จำแนกดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า สามเณรทั้งหมดจำนวน 111 รูป อายุเฉลี่ย 15.20 ปี (SD=1.536) ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 32 รูป ร้อยละ 28.83 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 21 รูป ร้อยละ 18.92 มีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วน จำนวน 12 รูป ร้อยละ 10.8 และมีภาวะอ้วน จำนวน 14 รูป ร้อยละ 12.61 มีรอบเอวเฉลี่ย 73.37 เซนติเมตร (SD=13.266)

1.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า สามเณรมีระดับความรู้ทางสุขภาพภาพรวมมากที่สุดระดับไม่ดี จำนวน 108 รูป ร้อยละ 97.30 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 3 รูป ร้อยละ 2.70 เมื่อพิจารณารายด้านความรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 58 รูป ร้อยละ 52.25 ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับระดับไม่ดี จำนวน 84 รูป ร้อยละ 75.68 ด้านการตัดสินใจทางสุขภาพอยู่ในระดับระดับไม่ดี จำนวน 91 รูป ร้อยละ 81.98 ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 61 รูป ร้อยละ 54.95 ด้านการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 94 รูป ร้อยละ 84.68 และด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย

10.13 (SD=3.583) คิดเป็นร้อยละ 67.53 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเป็นส่วนน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่ดี

1.3 พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า สามเณรมีพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 61.03 (SD=10.569)

1.4 สมรรถภาพทางกาย พบว่า สามเณรมีสมรรถภาพทางกายภาพรวมไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 105 รูป ร้อยละ 94.59 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านความทนทานของระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจอยู่ในระดับดี จำนวน 66 รูป ร้อยละ 59.46 ด้านความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับต่ำ จำนวน 49 รูป ร้อยละ 44.14 ด้านความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อในระดับต่ำมาก จำนวน 69 รูป ร้อยละ 62.16

2. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบภายใต้แนวคิดสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณรที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 3 เดือน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ในการสนับสนุนสามเณรให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถใช้ศักยภาพในการจัดการตนเอง มีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องได้ รวมทั้งได้กำหนดบทบาทในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับบุคลากรครูหรือพระอาจารย์ประจำโรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ทและแต่งตั้งสามเณรอาสาสมัครประจำวันในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 -6 เพื่อให้คำแนะนำชักจูงให้สมาชิกในชั้นเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่

เหมาะสม รวม ถึงการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 5-8 ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 9-12 และครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 13-16

และภาวะสุขภาพสามเณรจากบุคลากร ที่ 3 สัปดาห์ที่ 13-16

สาธารณสุข ทุก 1 เดือน ติดต่อกัน 3 เดือน โดย 4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

การติดตาม และทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพใน ประสิทธิภาพของรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทาง

สามเณร รายละเอียดดังนี้ สุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามเณร

3. ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observe) จังหวัดน่าน สามารถจำแนกได้ดังนี้

เดือนละ 1 ครั้งติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน 4.1 สถานะสุขภาพสามเณร หลังได้รับ

โดยบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายบริการ การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ สามเณรมี

สุขภาพอำเภอ (คปสอ.) และผู้วิจัยออกเยี่ยม ภาวะเริ่มอ้วน ลดลงเหลือ จำนวน 10 รูป ร้อยละ

ติดตามผลการดำเนินงานกิจกรรม ร่วมพิจารณา 9.01 และมีภาวะอ้วน ลดลงเหลือ จำนวน 4 รูป

วางแผนแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบร่วมกัน ร้อยละ 3.60 มีภาวะสมส่วน เพิ่มขึ้น จำนวน 87

และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปฏิบัติที่ถูกต้อง รูป ร้อยละ 78.38 มีรอบเอวเฉลี่ย 71.89 เซนติเมตร

แก่บุคลากรครูหรือพระอาจารย์ประจำโรงเรียน (SD=11.078) รายละเอียดดังแสดงตารางที่ 1

พระปริยัติธรรมวัดภูเก็ตและสามเณร ครั้งที่ 1 ใน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับภาวะโภชนาการ และรอบเอวเฉลี่ยในสามเณร เปรียบเทียบก่อนและหลังสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ (n=111)

ระดับ	ก่อนสร้างเสริมความรอบรู้		หลังสร้างเสริมความรอบรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการ (เกณฑ์อ้างอิงกราฟการเจริญเติบโตอายุ 5-18 ปี)¹¹				
ค่อนข้างผอม (อยู่ใต้เส้น -1.5 SD.)	3	2.70	0	0.00
สมส่วน (อยู่ระหว่างเส้น ± 1.5 SD.)	82	73.87	87	78.38
ท้วม (อยู่ระหว่างเส้น +1.5 ถึง +2 SD.)	0	0.00	10	9.01
เริ่มอ้วน (อยู่ระหว่างเส้น +2 ถึง +3 SD.)	12	10.81	10	9.01
อ้วน (อยู่เหนือเส้น +3 SD.)	14	12.61	4	3.60
รอบเอว (เซนติเมตร)	Mean=73.37 SD=13.266		Mean=71.89 SD=11.078	
	Min- Max=56 -120		Min- Max=65 -116	

4.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี และทักษะด้านการสื่อสาร

หลังได้รับการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับพอใช้ ด้านความรู้

สามเณรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการ ความเข้าใจ หลังได้รับการสร้างเสริมความรอบรู้

เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการ ทางสุขภาพสามเณรมีความรู้ความเข้าใจเพิ่ม

ตัดสินใจทางสุขภาพ และด้านการจัดการตนเอง ขึ้นอยู่ในระดับถูกต้องที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.87

จากคะแนนเต็ม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 สามเกณฑ์มีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.35 (SD= 4.4 พฤติกรรมสุขภาพสามเกณฑ์ หลัง 4.331) ดังตารางที่ 3 ได้รับการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสามเกณฑ์ เปรียบเทียบก่อนการ และหลังสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ จำแนกรายด้าน (n=111)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	$\bar{X}$	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับ	การแปลผล
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ				
ก่อนการสร้างเสริม	11.17	55.85	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ
หลังการสร้างเสริม	14.06	70.30	ดี	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้และนำมาใช้ตัดสินใจได้
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ				
ก่อนการสร้างเสริม	9.64	48.20	ไม่ดี	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน
หลังการสร้างเสริม	14.76	73.80	ดี	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อ โดยมีการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลก่อนเป็นส่วนใหญ่
ด้านการตัดสินใจ				
ก่อนการสร้างเสริม	9.90	49.5	ไม่ดี	ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ทำตามตัวตามสบายโดยไม่คำนึงถึงผลเสียต่อสุขภาพตนเอง
หลังการสร้างเสริม	14.24	71.25	ดี	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่น

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	$\bar{X}$	ร้อยละของ คะแนนเต็ม	ระดับ	การแปลผล
ด้านการจัดการตนเอง				
ก่อนการสร้างเสริม	11.55	57.75	ไม่ดี	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้าน ความคิด ความต้องการภายในตนเอง และจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็น อุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้
หลังการสร้างเสริม	16.05	80.25	ดีมาก	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้าน ความคิด ความต้องการภายในตนเอง และจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็น อุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี
ด้านการสื่อสาร				
ก่อนการสร้างเสริม	9.96	49.80	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในด้านการสื่อสาร เช่น การ ฟัง การอ่าน การเขียนหรือการเล่าเรื่อง ให้ผู้อื่นเข้าใจในการปฏิบัติตนในการดูแล สุขภาพตนเองได้
หลังการสร้างเสริม	13.37	66.85	พอใช้	สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อ สื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและ ยอมรับในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้บ้าง แต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
ด้านความรู้ความเข้าใจ				
ก่อนการสร้างเสริม	10.13	67.53	พอใช้	รู้และเข้าใจ ถูกต้องเป็นส่วนน้อยไม่ เพียงพอต่อการปฏิบัติตนในการดูแล สุขภาพที่ดี
หลังการสร้างเสริม	14.23	94.87	ดีมาก	รู้และเข้าใจ อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการ ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่ดีอย่าง ยั่งยืน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับพฤติกรรมสุขภาพสามเณร เปรียบเทียบก่อนและหลัง
สร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพ (n=111)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการสร้างเสริมความรู้		หลังการสร้างเสริมความรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี (<60%ของคะแนนเต็ม)	56	50.45	0	0.00
ระดับพอใช้ (<70%ของคะแนนเต็ม)	50	45.05	0	0.00
ระดับดี (<80%ของคะแนนเต็ม)	3	2.70	100	90.09
ระดับดีมาก (≥80%ของคะแนนเต็ม)	2	1.80	11	9.91
พฤติกรรมสุขภาพภาพรวม	Mean=61.03 SD=10.569		Mean=85.35 SD=4.331	
	Min- Max=38 -95		Min- Max=80 -98	

4.5 สมรรถภาพทางกายสามเณร หลัง ระดับต่ำมากลดลงจากร้อยละ 62.16 เป็นร้อยละ
ได้รับการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพ 41.44 ร้อยละเอ็ดดั่งแสดงในตารางที่ 4
สามเณรมีสมรรถภาพทางกายภาพรวมไม่ผ่าน 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่าง
เกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 94.59 เป็นร้อยละ 73.87 ค่าเฉลี่ย หลังการเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพ
เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านความทนทานของ สามเณร พบว่า สามเณรมีความรู้ทางสุขภาพ
ระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจอยู่ในระดับดีมาก ภาพรวม ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ สูง
เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.54 เป็นร้อยละ 90.99 ด้าน กว่าก่อนการสร้างเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพ
ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อเพิ่ม สามเณร และสามเณรมีรอบเอวลดลงกว่าก่อนการ
ขึ้นอยู่ในระดับปานกลางจากร้อยละ 34.23 ร้อย เสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ
ละ 59.46 ด้านความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อใน ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ร้อยละเอ็ดดั่งแสดงใน
ตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับสมรรถภาพทางกายสามเณรเปรียบเทียบก่อนและหลัง
สร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพ (n=111)

ระดับ	ก่อนสร้างเสริมความรู้		หลังสร้างเสริมความรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สมรรถภาพทางกายภาพรวม				
ไม่ผ่าน	105	94.59	82	73.87
ผ่าน	6	5.41	29	26.13
ความทนทานของระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ				
ระดับดี	66	59.46	10	9.01
ระดับดีมาก	45	40.54	101	90.99

ระดับ	ก่อนสร้างเสริมความรู้		หลังสร้างเสริมความรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ				
ระดับต่ำมาก	14	12.61	6	5.41
ระดับต่ำ	49	44.14	29	26.13
ระดับปานกลาง	38	34.23	66	59.46
ระดับดี	10	9.01	10	9.01
ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ				
ระดับต่ำมาก	69	62.16	46	41.44
ระดับต่ำ	28	25.23	32	28.83
ระดับปานกลาง	12	10.81	31	27.93
ระดับดี	1	0.90	1	0.90
ระดับดีมาก	1	0.90	1	0.90

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และรอบเอวของสามเณรก่อนและหลังได้รับการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพ (n=111)

หัวข้อ	กลุ่มตัวอย่าง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD		
ความรู้ทางสุขภาพ				
ก่อนเสริมสร้างความรอบรู้	52.21	3.852	-51.870	0.001*
หลังเสริมสร้างความรอบรู้	72.49	2.700		
ความรู้ความเข้าใจ				
ก่อนเสริมสร้างความรอบรู้	10.13	3.583	-12.141	0.001*
หลังเสริมสร้างความรอบรู้	14.23	.901		
พฤติกรรมสุขภาพ				
ก่อนเสริมสร้างความรอบรู้	61.03	10.569	-22.276	0.001*
หลังเสริมสร้างความรอบรู้	85.35	4.331		
รอบเอว				
ก่อนเสริมสร้างความรอบรู้	73.37	13.266	4.498	0.001*
หลังเสริมสร้างความรอบรู้	71.89	11.078		

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในสามเณร จังหวัดน่านส่งผลให้สามเณรมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น โดยเน้นหลักการบริโภคภัตตาหาร การใช้พลังงานและคุณค่าทางโภชนาการ และการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการด้วยตนเองจากการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินภาวะโภชนาการเป็นประจำเพื่อติดตามแนวโน้มของภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน¹¹ นอกจากนี้ สามเณรมีความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้น ผ่านกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ประกอบการสาธิตและฝึกปฏิบัติการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพโดยสืบค้นผ่านเว็บไซต์ การตรวจสอบแหล่งข้อมูล การฝึกทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร การฟังข้อมูล และการสื่อสารข้อมูล และฝึกทักษะการตัดสินใจ ทบทวนการปฏิบัติตน การให้เหตุผล การสร้างทางเลือก ผ่านกิจกรรม “กินพอดี ไม่มีอ้วน” ฝึกทักษะการจัดการตนเองและฝึกทักษะการบอกต่อผู้อื่น ผ่านกิจกรรม “อ่านฉลากอย่างฉลาด” การออกกำลังกาย ฝึกทักษะการจัดการตนเอง และตั้งเป้าหมาย ผ่านกิจกรรม “บริหารชั้น Fun For Fit” และการติดตามทบทวนการปฏิบัติตัวสามเณร การดำเนินกิจกรรม ให้ข้อเสนอแนะโดยบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกับครูหรือพระอาจารย์ประจำโรงเรียน ทุก 1 เดือน ติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ โดยการควบคุมกำกับอย่างใกล้ชิดจากคณะครูหรือพระอาจารย์ประจำโรงเรียน

เมื่อสามเณรมีความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การฉันทภัตตาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม ลด

การฉันทอาหารประเภทหวาน ไขมันสูง การจัดบันทึกภาวะโภชนาการ การบริหารชั้นเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 30-60 นาที ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงและทนทานตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น รวมถึงการสร้างสามเณรอสาสมัครประจำชั้นเพื่อเป็นต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพให้คำแนะนำ ชักจูงให้สมาชิกในชั้นเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และติดตามพฤติกรรมสุขภาพของสามเณรในห้องเรียน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมสามเณรผู้ที่มีสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้นจะได้รับเกียรติบัตรยกย่องให้เป็นบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ จะส่งผลถึงพฤติกรรม การกระทำ การแสดงออกที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นผลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของอาเนช โออิน¹² ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพจากข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการศึกษาของ เอ็ดเวิร์ด, วู้ด, เดวิส และเอ็ดเวิร์ด¹³ ได้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพระยะยาว ในการสร้างความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเอง พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายส่วนมากมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น เกิดแรงจูงใจและความมั่นใจในความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเอง เมื่อได้รับการกระตุ้น แรงบันดาลใจ หรือแนวทางใหม่ ๆ จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ ในการตัดสินใจและเกิดพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนสื่อสารกับ

ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจ จากทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของกิจกรรม ผู้ป่วยบางรายมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลสุขภาพนอกเหนือจากที่เคยได้รับ หรือปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลายเพื่อใช้เป็นข้อมูลทางเลือกในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญคือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้¹⁴ และขอบเขตของบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการค้นหาหรือการคัดกรองก่อนที่จะทราบว่าเป็นโรค โดยการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษา แนะนำ การให้ความรู้ และการสาธิตเพื่อสร้างเสริมและป้องกันโรค การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกจากนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังเชื่อมโยงตามแนวคิดของหลักประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน 4 มิติของสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ เพิ่มการเข้าถึงบริการ (access) ที่มีคุณภาพ (quality) สร้างความเท่าเทียม (equity) ในการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (efficiency) และสร้างการมีส่วนร่วม (social accountability) รวมถึงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามแนวคิดของระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) เพื่อกำกับการดำเนินงานระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย ในการพัฒนาสุขภาพประชาชนเรียกว่า

The Six Building Blocks¹⁵ หากสามารถจัดการได้ดีจะส่งผลต่อ การเข้าถึงและความครอบคลุมด้านบริการ (Access & Coverage) คุณภาพและความปลอดภัย (Quality & Safety) เกิดผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน คือ สุขภาพดีขึ้น (Improved health) การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน (Social & Financial risk protection) และการเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved efficiency)ของการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. รูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้วยกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ทางสุขภาพ ประกอบการสาธิตและฝึกทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร ทักษะการฟังข้อมูล ทักษะการสื่อสารข้อมูล และฝึกทักษะการตัดสินใจ ทบทวนการปฏิบัติตน การให้เหตุผล และการสร้างทางเลือก สามารถนำกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้แก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ในสามแผนต่อไป

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวัดประสิทธิผลในสามแผนกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมความแตกต่างระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งจะสามารถแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนของประสิทธิผลของโปรแกรมยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาว ถึงความต่อเนื่องพฤติกรรมสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนไปตามวิถีชีวิต เปลี่ยนแปลงตามนโยบาย สภาพเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2562. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออนามัยสามเณร. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2556.
3. รายงานผลการตรวจสุขภาพสามเณร. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปัว จังหวัดน่าน; 2564.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรองส่งต่อและแก้ปัญหาเด็กอ่อนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
5. พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, นิตยา ไทยาภิรมย์ และพระชินภัทร ชินภทโทพิมพ์ภรณ์. กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพสามเณร โรงเรียนสมเด็จพระพุทธชินวงศ์. วารสารพยาบาล, 2556; 40 (พิเศษ): 57-66.
6. พระอรรถชัย ปริญญาโณ, ไพรัตน์ ฉิมหาด และกันตภณ หนูทองแก้ว. แนวทางการจัดการสุขภาพของพระภิกษุ-สามเณรในอำเภอเมืองจังหวัดสงขลา. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 2563; 7(4): 46-57.
7. กรมอนามัย. แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School : HLS). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
8. Kemmis, S. Action research as a practice based practice. Educational Action Research, 2009; 17(3): 463-474.
9. กองสุศึกษา. กลยุทธ์การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด; 2561.
10. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ถึงเวลาพัฒนาสุขภาพเด็กไทย แนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแลพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์; 2561.
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์; 2559.
12. อาเนช โออิน. ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง. วารสารการวิจัยการพัฒนากิจการ, 2559; 9(1): 113-132.
13. Edwards, M. Wood, F. Davies, M. & Edwards, A. The development of health literacy in patients with a long – term health condition: the health literacy pathway model. BMC Public Health, 2012; 14: 120-130.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2562.
15. World Health Organization; WHO. [Internet]. MONITORING THE BUILDING BLOCKS OF HEALTH SYSTEMS: A

HANDBOOK OF INDICATORS AND
THEIR MEASUREMENT STRATEGIES.
2010. [Cited 2020 April 5]. Available
from: [https://www.who.int/
healthinfo/systems/WHO
_MBHSS_2010_full_web.pdf](https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf)

Received: 8 Aug 2021, Revised: 30 Aug 2021

Accepted: 4 Sep 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของประชาชนวัยทำงานอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราชบุญประจักษ์ จันทรวิน^{1*}, วิทยา ศรีแก้ว², วัลลภา ดิษสระ³

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มีผู้กลายเป็นพาหะนำโรค มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งมีจำเป็นต้องดำเนินงานป้องกันและควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดการระบาด บุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนัก รวมไปถึงการอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับพฤติกรรม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนวัยทำงานอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง 282 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม – เมษายน 2563 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วย Binary logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เหมาะสม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า วัยทำงานที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/ปวส/อนุปริญญา มีพฤติกรรมที่ลดลง ร้อยละ 73 ($OR_{adj}=0.27$, 95%CI: 0.09-0.77) เมื่อเทียบกับวัยทำงานที่มีการศึกษาประถมศึกษาลงมา ส่วนวัยทำงานที่มีความรู้ในระดับสูง มีพฤติกรรมที่สูงกว่า 2 เท่า เมื่อเทียบกับวัยทำงานที่มีความรู้ในระดับต่ำ-ปานกลาง ($OR_{adj}=1.99$, 95%CI: 1.21-3.26) ข้อเสนอแนะเนื่องจากยังพบว่าพฤติกรรมส่วนบุคคลของประชาชนวัยทำงานที่ไม่เหมาะสม ฉะนั้นควรให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง เน้นย้ำให้ประชาชนป้องกันตนเอง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรค

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ โรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุม

¹ วิทยากร ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

² นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง

³ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author: boonprajak2518@gmail.com

Original Article

Factors related to Dengue Haemorrhagic Fever Protective and Control
Behaviour to Dengue Haemorrhagic Fever of Working-age in
Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province

Boonprajuk Junwin^{1*}, Wittaya Sonkaew², Wanlapa Dissara³

Abstract

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) is a significant public health problem because it spreads in Thailand every year. Prevention is the critical issue for this problem. Therefore, people should understand, be aware, and cooperate responsibly to protect and control DHF incidents adequately. This cross-sectional study aims to explore the level of knowledge, attitudes, and protective behaviour of DHF among working people in the Chawang subdistrict, Nakhon Si Thammarat. Furthermore, it seeks to examine the related factors of protective and control behaviour for DHF as well. The 282 participants were purposive selection to join the study. The data was collected from March to June 2020 by questionnaires. Descriptive statistics were used to analysing data. In addition, related factors have been analysed by Binary logistic regression. The findings show that most participants have a high level of knowledge about DHF protection, attitudes' level is medium, and they have proper DHF protective and control behaviours. Regarding related factors with protective and control behaviour, the education level has been involved. Participants with secondary education or diploma degrees have 73% protective and control behaviour lower than those with primary education or under ($OR_{adj}=0.27$, 95%CI: 0.09-0.77). At the same time, participants who have knowledge at a high level have nearly two times higher in protective and control behaviour than those who have a lower level of knowledge ($OR_{adj}=1.99$, 95%CI: 1.21-3.26). The recommendation, regarding the results, showed that working-age people remain to have inappropriate behaviour, so the government should continually give them the knowledge. Remarkably, the people should more protect themselves during the outbreak period.

Keyword: Related factors, DHF, Protective and control behaviour

¹ Instructor, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Chang Klang District Public Health Office.

³ Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author: boonprajuk2518@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นมาเมื่อประมาณ 40 ปีมาแล้ว เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภูมิภาคเขตร้อนของโลก รวมถึงประเทศไทย มีรายงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 เกิดระบาดใหญ่เป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในปี พ.ศ. 2497 ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุก 3-5 ปี สำหรับประเทศไทยมีการระบาดครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2501 แนวโน้มจะผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่ปลายเดือนเมษายนและพบสูงสุดในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน¹ และยังไม่สามารถที่จะหยุดสถานการณ์อันตรายนี้ได้ พาหะของโรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงลาย (*Aedes aegypti*)² ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การเพิ่มของจำนวนประชากร การเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน และการเพิ่มของภาชนะขังน้ำที่มนุษย์ทำขึ้น³ ซึ่งในช่วงทศวรรษแรก ๆ มีรูปแบบการระบาดแบบปีเว้นปี หรือปีเว้นสองปี มีรูปแบบการเกิดโรคที่เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล (Seasonal Pattern) แต่ในช่วงประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา รูปแบบการเกิดโรคเริ่มไม่ชัดเจนส่งผลให้การคาดการณ์การเกิดโรคในปีถัดไปคลาดเคลื่อนได้⁴

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อมาโดยยุงลาย คาดการณ์ว่าในปี 2563 จะพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกประมาณ 140,000 ราย จากการพยากรณ์โรคไข้เลือดออก จึงควรมุ่งเน้นในการป้องกันโรคล่วงหน้า โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งในชุมชน โรงเรียน และ

สถานที่ราชการต่าง ๆ⁵ ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสม 89,157 ราย อัตราป่วย 134.24 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 97 ราย อัตราตายร้อยละ 0.5 เมื่อพิจารณาจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 10 อันดับแรกของประเทศไทย พบว่า นครศรีธรรมราชเป็นอันดับที่ 12 ของประเทศไทย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดของประเทศไทย คือ จังหวัดอุบลราชธานี อัตราป่วย 350.85 ต่อประชากรแสนคน⁶

สำหรับอำเภอฉวาง ได้รับรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF/DHF/DSS) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-30 พฤศจิกายน 2562 จำนวน 128 ราย อัตราป่วย 190.59 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับ คือ ตำบลนาแวง จำนวน 31 ราย อัตราป่วย 420.57 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ตำบลจันดี จำนวน 26 ราย อัตราป่วย 348.67 ต่อประชากรแสนคน และตำบลไสหร้า จำนวน 18 ราย อัตราป่วย 258.51 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่ม 0-14 ปี รองลงมาคือ อายุ 15-59 ปี ตามลำดับ และไม่พบผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป⁷ ทั้งนี้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฉวางได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีการประสานหน่วยงานจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การดำเนินงานรณรงค์ในช่วงก่อนฤดูการระบาด (มกราคม-มีนาคม) อย่างต่อเนื่องและเข้มข้น โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงสูงซึ่งดำเนินการทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁸ ซึ่งการดำเนินงานยังไม่

ประสบผลสำเร็จ ปัญหาหลักของการดำเนินงาน คือ การขาดความร่วมมือจากประชาชนบางกลุ่ม โดยเฉพาะวัยทำงานที่ต้องออกไปประกอบอาชีพ นอกบ้าน อีกทั้งยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เจตคติที่ดีต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และเป็นกลุ่มอายุที่ยังพบอัตราป่วยอยู่อันดับต้นๆ ของอำเภอฉวาง จากประเด็นปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีการศึกษาความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมของประชาชนวัยทำงานเพื่อให้ทราบว่า มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และสามารถ นำข้อมูลจากการศึกษามาเป็นแนวทางส่งเสริมให้ ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุม โรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนวัยทำงานอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนวัยทำงานอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ และ ทักษะ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนวัยทำงานอำเภอฉวาง จังหวัด นครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ ภา ค ต ั ต ข ว า ง (Cross sectional Survey research) ประชากรที่ศึกษาในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอฉวางมีอายุ 19- 59 ปี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากพื้นฐาน ของ (power analysis) โดยพิจารณาการใช้ Logistic regression ซึ่ง จ า ก ก า ร ท บ ท ว น วรรณกรรมพบความรู้ของประชาชนมีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก⁹ Odds ratio= 1.52, Pr (Y=1|X=1) H0= 0.7, α err prob= 0.5, Power (1- β err prob)= 0.8 ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 282 คน เลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ประชาชนที่อาศัย อยู่ในพื้นที่อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา ที่ มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย มีอายุ 19- 59 ปี สามารถอ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ และไม่อยู่ในระหว่างการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้มีคุณลักษณะบาง ประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่ สะดวกใจให้ข้อมูล และปฏิเสธความร่วมมือในการ ร่วมโครงการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนมีนาคม- เมษายน พ.ศ.2563 โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการ ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัย และให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ และ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผู้ช่วยนักวิจัย) เป็นผู้แจกแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมมายังผู้วิจัย หลังจากได้แบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องก่อนรวบรวมกลับเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม รายละเอียด คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom¹⁰ ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนร้อยละ ≥ 80) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ < 60)

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลระดับทัศนคติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best¹¹ คือ ทัศนคติระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33) สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะมีการกลับค่าคะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ เป็น

คำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 3 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ จนถึงไม่ปฏิบัติเลย สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะมีการกลับค่าคะแนน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ในการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้านพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ($P < 0.05$) จึงแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับพฤติกรรมเหมาะสม (คะแนน $\geq \text{Mean}$) และระดับพฤติกรรมควรปรับปรุง (คะแนน $< \text{Mean}$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) จำนวน 3 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากนั้นนำไปหาความ IOC ได้ค่า 0.67–1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการทดสอบเครื่องมือกับประชาชนที่ในตำบลละอาย อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) ได้ค่าระหว่าง 0.21–0.76 และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ได้ค่าระหว่าง 0.33–0.96 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.72 ส่วนแบบสอบถามด้านทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้วิธีหา

ค่า Cronbrach'alpha Coefficient เท่ากับ 0.81 และ 0.86

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวม

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Odds Ratio, 95% CI และ Binary logistic regression ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามวัตถุประสงค์วิจัย เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่อนุมัติ P066/2563

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.0 อยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลาย (45-59 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 33.7 อายุเฉลี่ย 46.01 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 46.8 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.1 มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 44.3 รายได้เฉลี่ย 9,650.86 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 35,000 บาท ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 95.4 และประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 100.0 โดยได้รับจากเพื่อนบ้านมากที่สุด ร้อยละ 89.0

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 130 คน (ร้อยละ 46.1) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 119 คน (ร้อยละ 42.1) และระดับต่ำ จำนวน 33 คน (ร้อยละ 11.7) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	(คะแนนร้อยละ ≥ 80)	130	46.1
ระดับปานกลาง	(คะแนนร้อยละ 60-79)	119	42.2
ระดับต่ำ	(คะแนนร้อยละ < 60)	33	11.7

(Mean= 7.17, SD= 1.34, Minimum= 3 คะแนน, Maximum= 9 คะแนน)

3. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.45, SD=0.37) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การปล่อยปลาหางนกยูงในอ่างบัวเป็นการป้องกันยุงไปวางไข่ (Mean= 4.63, SD=0.69) การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำทุก 7 วัน เป็นการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ดีที่สุด (Mean= 4.63, SD=0.73) และ หากสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออกควรรีบไปพบแพทย์ให้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันภาวะช็อค (Mean= 4.61, SD=0.69) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำมี 2 ข้อ คือ อบต. หรือเทศบาล มีหน้าที่ในการพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงตัวเต็มวัยให้กับประชาชนในพื้นที่ (Mean= 2.11, SD= 1.27) และหากมีผู้ป่วยไข้เลือดออกภายในบ้านควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อบต. มาพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงที่มีเชื้อ (Mean= 1.63, SD=0.92) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	Mean	SD	แปลผล
1. การใช้ยากันยุงเหมาะกับบ้านที่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเท่านั้น*	3.88	1.18	สูง
2. การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*	3.18	1.61	ปานกลาง
3. อบต. หรือเทศบาล มีหน้าที่ในการพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงตัวเต็มวัยให้กับประชาชนในพื้นที่*	2.11	1.27	ต่ำ
4. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำทุก 7 วัน เป็นการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ดีที่สุด	4.63	0.73	สูง
5. หากสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออกควรรีบไปพบแพทย์ให้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันภาวะช็อค	4.61	0.69	สูง
6. หากมีไข้สูงควรเช็ดตัวลดไข้ และรับประทานยาพาราเซตามอลเพื่อป้องกันอาการชักจากการมีไข้สูง	4.16	1.29	สูง
7. การนำเด็กเล็กไปรับวัคซีนไข้เลือดออกเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในเด็ก*	2.92	1.52	ปานกลาง
8. การพับเสื้อผ้าให้เรียบร้อยเพื่อไม่ให้ยุงลายเข้าไปอาศัยแทนการแขวนเสื้อ	3.60	1.84	ปานกลาง
9. การปล่อยปลาหางนกยูงในอ่างบัวเป็นการป้องกันยุงไปวางไข่	4.63	0.69	สูง
10. ควรเก็บขยะมูลฝอยทั้งในบ้านและนอกบ้านเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก	4.31	1.06	สูง
11. ควรปิดประตูและหน้าต่างให้มิดชิดเพื่อไม่ให้ยุงเข้าไปอยู่ในบ้านทั้งกลางวันและกลางคืน*	3.05	1.38	ปานกลาง

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	Mean	SD	แปลผล
12.การใส่ทรายอะเบทในน้ำจะเป็นอันตรายถึงคน*	3.60	1.34	ปานกลาง
13.คนที่เป้นโรคไข้เลือดออกแล้วจะไม่มีโอกาสเป็นซ้ำอีก*	3.34	1.37	ปานกลาง
14.หากมีผู้ป่วยไข้เลือดออกภายในบ้านควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อบต.มาพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงที่มีเชื้อ*	1.63	0.92	ต่ำ
15.การทำความสะอาดภาชนะเก็บน้ำทุก 7 วันเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและไม่จำเป็นต้องทำเนื่องจากใช้น้ำหมักก่อน 7 วัน	2.41	1.51	ปานกลาง
ภาพรวม	3.45	0.37	ปานกลาง

ข้อที่มี * เป็นข้อความเชิงลบ และมีการกลับค่าคะแนนแล้ว

4. ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 3 อันดับแรก คือ มีการกำจัดขยะและภาชนะที่ไม่ใช้ทั้งในบ้านและนอกบ้าน (Mean= 2.85, SD= 0.37), มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายทั้งในบ้านและบริเวณนอกบ้านทุก 7 วัน (Mean= 2.82, SD= 0.39) และท่านจัดบ้านและรอบๆ บ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เพื่อให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Mean= 2.82, SD= 0.39) และปิดฝาโอ่งน้ำดื่มและนำใช้ทันที

หลังใช้ (Mean= 2.82, SD= 0.59) ส่วนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ควรปรับปรุง 3 อันดับแรก คือ การแขวนเสื้อผ้าไว้ตามฝาผนัง (Mean= 2.12, SD= 0.73), การใช้โลชั่นหรือสมุนไพรทาตัวเมื่อต้องออกนอกบ้านเพื่อป้องกันยุงกัด (Mean= 2.35, SD= 0.54) และการนอนกางมุ้ง หรือนอนในห้องที่ติดมุ้งลวด หรือมีการจุดยากันยุงเสมอทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน (Mean= 2.40, SD= 0.69) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	Mean	SD	แปลผล
1. ท่านมีการกำจัดขยะและภาชนะที่ไม่ใช้ทั้งในบ้านและนอกบ้าน	2.85	0.37	เหมาะสม
2. ท่านนอนกางมุ้ง หรือนอนในห้องที่ติดมุ้งลวด หรือมีการจุดยากันยุงเสมอทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน	2.40	0.69	ควรปรับปรุง
3. ท่านใส่ทรายอะเบทลงในภาชนะที่ใส่น้ำที่ไม่มีฝาปิด	2.69	0.50	เหมาะสม
4. ท่านแนะนำและชักชวนให้เพื่อนๆ หรือคนรู้จักร่วมดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก	2.71	0.46	เหมาะสม
5. ท่านมีการสำรวจลูกน้ำยุงลายทั้งในบ้านและบริเวณนอกบ้านทุก 7 วัน	2.82	0.39	เหมาะสม
6. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	2.74	0.45	เหมาะสม

พฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	Mean	SD	แปลผล
7. ท่านจัดบ้าน และรอบๆ บ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	2.82	0.39	เหมาะสม
8. ท่านใช้โลชั่น หรือสมุนไพรทาตัวเมื่อต้องออกนอกบ้านเพื่อป้องกันยุงกัด	2.35	0.54	ควรปรับปรุง
9. ท่านแขวนเสื้อผ้าไว้ตามฝาผนัง*	2.12	0.73	ควรปรับปรุง
10. เมื่อท่านพบลูกน้ำยุงลายในภาชนะซึ่งน้ำใช้ในห้องน้ำ จะขัดล้างทำความสะอาด และเทน้ำทิ้งจากนั้นคอยเติมน้ำและใส่ทรายอะเบท	2.81	0.39	เหมาะสม
11. ท่านปิดฝาโอ่งน้ำดื่มและนำใช้ทันทีหลังใช้	2.82	0.52	เหมาะสม
12. ท่านกำจัดลูกน้ำในแหล่งน้ำที่อาจมีน้ำขังรอบบริเวณบ้าน เช่น กาบตัน กล้วย ต้นไผ่ โพงร้งไม้	2.61	0.53	ควรปรับปรุง
13. ท่านใส่เกลือหรือผงซักฟอกหรือใส่น้ำส้มสายชูในน้ำขาตู้กับข้าว	2.51	0.73	ควรปรับปรุง
14. ท่านให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกกับบุคคลในบ้านหรือเพื่อนบ้าน	2.72	0.45	เหมาะสม
15. ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อบต.เมื่อพบหรือสงสัยผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออก	2.77	0.48	เหมาะสม
ภาพรวม	2.65	0.25	-

ข้อที่มี * เป็นข้อความเชิงลบ และมีการกลับค่าคะแนนแล้ว

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนวัยทำงานอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนวัยทำงานอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

ด้านระดับการศึกษา พบว่า ประชาชนวัยทำงานที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./อนุปริญญา/ปวส. จะมีพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ลดลง ร้อยละ 73 เมื่อเทียบกับประชาชนวัยทำงานที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ($OR_{adj}=0.27$, 95%CI: 0.09-0.77) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนวัยทำงานที่มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงมีพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่สูงกว่า 2 เท่า ($OR_{adj}=1.99$, 95%CI: 1.21-3.26) เมื่อเทียบกับประชาชนวัยทำงานที่ประชาชนวัยทำงานที่มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	เหมาะสม	ต้องปรับปรุง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	54(85.7)	9(14.3)	Ref	Ref	0.643
หญิง	188(85.8)	31(14.2)	1.01(0.45-2.25)	1.23(0.52-2.93)	
อายุ (ปี)					
≤ 44 ปี	89(36.8)	17(42.5)	Ref	Ref	0.794
≥ 45 ปี	153(63.2)	23(57.5)	1.27(0.64-2.51)	1.11(0.52-2.38)	
สถานภาพการสมรส					
โสด/หย่า/แยก	54(84.4)	10(15.6)	Ref	Ref	0.849
สมรส	188(86.2)	30(13.8)	1.16(0.53-2.52)	1.08(0.47-2.48)	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาลงมา	71(93.4)	5(6.6)	Ref	Ref	0.014*
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./อนุปริญญา/ปวส.	127(81.9)	28(18.1)	0.32(0.19-0.86)	0.27(0.09-0.77)	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	44(86.3)	7(13.7)	0.44(0.13-1.48)	0.58(0.15-2.21)	
อาชีพ					
รับราชการ/พนักงานของรัฐ/ค้าขาย/รับจ้าง	54(81.8)	12(18.2)	Ref	Ref	0.429
เกษตรกร	188(87.0)	28(13.0)	1.49(0.71-3.13)	1.40(0.61-3.24)	
รายได้ต่อเดือน					
≤ 10,000 บาท	176(81.8)	26(12.9)	Ref	Ref	0.251
≥ 10,001 บาท	66(82.5)	14(17.5)	0.70(0.34-1.42)	0.64(0.30-1.38)	
การมีผู้ป่วยไข้เลือดออกในบ้านรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา					
ไม่มีผู้ป่วย	230(85.5)	39(14.5)	Ref	Ref	0.377
มีผู้ป่วย	12(92.3)	1(7.7)	2.04 (0.26-16.09)	2.64 (0.31-22.73)	

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	เหมาะสม	ต้องปรับปรุง			
	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก					
ระดับต่ำ-ปานกลาง	120(78.9)	32(21.1)	Ref	Ref	
ระดับสูง	122(93.8)	8(6.2)	1.84(0.14-2.98)	1.99(1.21-3.26)	0.007*
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก					
ระดับต่ำ-ปานกลาง	185(88.1)	25(11.9)	Ref	Ref	
ระดับสูง	57(79.2)	15(20.8)	1.84(0.14-2.98)	0.92(0.53-1.55)	0.707

* นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนวัยทำงานอยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่าการรณรงค์ และการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีอยู่อย่างต่อเนื่องทั้งในระดับประเทศ จังหวัด หรือพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ประชาชนมีความรู้ในระดับสูง แต่ทั้งนี้ก็ยังมีความเข้าใจผิดที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมาก 3 อันดับแรก คือ ควรเปลี่ยนถ่ายน้ำในโถงหรือภาชนะน้ำขังอย่างน้อยเดือนละครั้งเพื่อป้องกันยุงมาวางไข่และเป็นตัวยุงเต็มวัย (ร้อยละ 63.8), การพ่นหมอกควันในบ้านเรือนเป็นวิธีป้องกันที่ดีที่สุดในการป้องกันไม่ให้โรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 41.1) และการใช้ยากันยุง หรือการใส่เสื้อมิดชิดสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ (ร้อยละ 50.7) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของชมพูนุชอินทศรี และคณะ⁹ ที่พบว่า ประชาชนชุมชนบ้านคลองบางนา ต.ศิระจรเข้ น้อย อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ มีความรู้ในระดับดี ส่วน

สิวลี รัตนปัญญา¹² ก็พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ มีความรู้ในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับพอใช้ดี แต่ไม่สอดคล้องคล้อยกับธนภฤต นัยกุลวงศ์¹³ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับธนรัชต์ งามโพธิ์ และคณะ¹⁴ ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เช่น หากมีผู้ป่วยไข้เลือดออกภายในบ้านควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อบต. มาพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงที่มีเชื้อ (Mean= 1.63, SD= 0.92) และ อบต. หรือเทศบาล มีหน้าที่ในการพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงตัวเต็มวัยให้กับประชาชนในพื้นที่ (Mean= 2.11, SD= 1.27) ซึ่งทัศนคติเป็นความรู้สึก หากบุคคลเชื่อว่าสิ่งใดดีก็จะเกิดความ

คิดเห็นที่ดีต่อสิ่งนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนฤต นัยกุลวงศ์¹³ ที่พบว่า ระดับทัศนคติต่อการ ป้องกันไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และธ ณะรัชต์ จอบโพธิ์ และคณะ¹⁴ ก็พบว่า ด้านทัศนคติ ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับ ความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรค ไข้เลือดออกมีพฤติกรรมเหมาะสม จำนวน 10 ข้อ โดยเฉพาะด้านกายภาพ ได้แก่ กำจัดขยะและ ภาชนะที่ไม่ใช้ทั้งในบ้านและนอกบ้าน (Mean= 2.85, SD= 0.37) มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายทั้งใน บ้านและบริเวณนอกบ้านทุก 7 วัน (Mean= 2.82, SD= 0.39) การจัดบ้านและรอบๆบ้านเป็นระเบียบ เรียบร้อย/ไม่รกรุงรัง เพื่อไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย (Mean= 2.82, SD= 0.39) และการปิดฝา โอ่งน้ำดื่มและนำใช้ทันทีหลังใช้ (Mean= 2.82, SD= 0.52) สอดคล้องกับสิวลี รัตนปัญญา¹² ที่ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.แม่ ริม จ.เชียงใหม่ ได้ทำการสำรวจ/ตรวจนับภาชนะ ที่สามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามครัวเรือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่การศึกษานี้พบว่าพฤติกรรม ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างยังมีที่ต้องปรับปรุง ซึ่ง เป็นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างต้องป้องกันตนเองใน ระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ ในประเด็นการ แขนงเสื้อผ้าไว้ตามฝาผนัง (Mean= 2.12, SD= 0.73) การใช้โลชั่น หรือสมุนไพรทาตัวเมื่อต้อง ออกนอกบ้านเพื่อป้องกันยุงกัด (Mean= 2.35, SD= 0.54) และ การนอนกางมุ้ง หรือนอนในห้อง ที่ติดมุ้งลวด หรือมีการจุดยากันยุงเสมอทั้งในเวลา กลางวันและกลางคืน (Mean= 2.40, SD= 0.69) หากประชาชนมีพฤติกรรมส่วนบุคคลร่วมกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคด้านกายภาพที่เหมาะสม

จะทำให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา จารุวรรณ วงบุตดี และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ไม่นอนกางมุ้งในเวลากลางวัน (ร้อยละ 61.90) และยังพบว่าหากประชาชนขาด ทักษะในการประยุกต์ใช้วิธีการในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกด้วยตนเองทำให้พฤติกรรมของ ประชาชนไม่เป็นไปตามที่พึงประสงค์ของ กระทรวงสาธารณสุข¹⁶

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนที่มีการศึกษาในระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./อนุปริญญา/ปวส. จะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกที่ลดลง ร้อยละ 73 เมื่อเทียบกับ ประชาชนวัยทำงานที่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา อาจจะเป็นเพราะว่า ประชาชนที่มี ระดับการศึกษาน้อยจะทำงานอยู่กับบ้านจะมีเวลา ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใน ขณะเดียวกันผู้ที่ได้ศึกษาในระดับที่สูงกว่าแต่ไม่ ถึงกับสูงมากนักต้องไปทำงานนอกบ้านจนทำให้มี พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคที่น้อยลง ทำ ให้ไม่มีเวลาในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกหรือร่วมรณรงค์ในชุมชน สอดคล้อง กับการศึกษาของภิรมย์รัตน์ เกียรติธนบดี และ คณะ³ ที่พบว่า การศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่นเดียวกับ วัชร กันทะโย¹⁷ ที่พบว่า การศึกษาของประชาชน ในเขต ต.ท่าเตื่อ อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่ มี ความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ

ส่วนด้านความรู้ พบว่า ประชาชนที่มีความรู้ระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่สูงกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำ-ปานกลาง เท่ากับ 2 เท่า แสดงให้เห็นว่า การมีความรู้สูงและเป็นความรู้ที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นตัวช่วยในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกเหมาะสม ซึ่งจากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 100 ซึ่งยังแสดงว่าประชาชนให้ความสนใจและได้รับข้อมูลข่าวสารที่ต่อเนื่องและถูกต้องจนทำให้เกิดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาสิริรัตน์ปัญญา¹² ที่พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน และยังพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอมะนัง จังหวัดตาก¹⁴ ส่วนชนิดา มัททวงกูร และคณะ¹⁸ ก็พบว่าปัจจัยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมระดับบุคคล ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ฉะนั้นนอกจากยังคงให้ความรู้ที่ต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนนำองค์ความรู้ไปป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน จะต้องเน้นให้ประชาชนหันมาป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออกที่ตัวบุคคลด้วย โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรค ส่วนประเด็นการพ่นหมอกควันหรือฉีดสเปรย์ไต่ยุงที่ประชาชนเข้าใจว่าเป็น

หน้าที่ของ อบต./เทศบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็ต้องสร้างความเข้าใจถึงบทบาทและหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเน้นให้ชุมชนมีกิจกรรมและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง และควรมีการวิจัยรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participatory Action Research) เพื่อหา รูปแบบที่เหมาะสมกับการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2562. นนทบุรี. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
2. ชลิต เกตุแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2558; 2:24-36.
3. ภิญญรัตน์ เกียรติธนบดี, วิโรจน์ ไวกานิชกิจ และเจตต์ ดิยัง. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคี เครือข่ายสุขภาพในอำเภอมะนัง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 2558;10(2), 84-91.
4. หาญณรงค์ แสงแก. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองใต้ อำเภอรัญ

- ประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏ
พระนคร, 2558; 10(1), 65-81.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน
พยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2563. นนทบุรี.
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2563.
 6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
รายงานประจำเดือนกันยายน พ.ศ. 2562.
นครศรีธรรมราช. 2562
 7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฉวาง. รายงาน
ประจำเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562.
นครศรีธรรมราช. 2562.
 8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฉวาง. รายงาน
ประจำปี 2562. นครศรีธรรมราช. 2562.
 9. ชมพูนุช อินทศรี, ภัคจิรา สารวงษ์, อนันทัย
ผลิตนนท์เกียรติ และดวงใจ เอี่ยมจ้อย. ปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรค
ไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลอง
บางนา ตำบลศีร์ษะจรเข้ชั้น้อย อำเภอบางเสา
ธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ,
2560;3(1):43-51.
 10. Bloom, Benjamin S., et al. Hand book
on Formative and Summative
Evaluation of Student Learning. New
York: Mc Graw Hill Book Company;
1971.
 11. Best, J.W. Research in Education.
(3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall;
1977.
 12. สิวลี รัตนปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน อำเภอแม่ริมจังหวัดเชียงใหม่. วารสาร
ราชพฤกษ์, 2561;16(2):87-96.
 13. ชนกฤต นัยกุลวงศ์. พฤติกรรมการป้องกัน
ไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: อำเภอ
สะเดา จังหวัดสงขลา (วิทยานิพนธ์นี้
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สาธารณสุขชุมชน), บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา; 2558.
 14. ธนะรัชต์ งอบโพธิ์, พุฒิพงศ์ มากมาย, รัฐนันท์
พงศ์วิริทธิ์ธร, วลัยลักษณ์ พันธุ์ และกัญญ
กาญจน์ ไชเออร์ส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล
หนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก. วารสาร
การบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมการท้องถิ่น,
2564;7(1):253-268.
 15. จารุวรรณ วงบุตดี, วัชรพงษ์ แสงนิล และนัน
ทยา กระสวยทอง. การรับรู้และพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน จังหวัด
อุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข,
2552;18(2):272-279.
 16. จักรกฤษณ์ พลราชม, นิรันดา ศรีบุญทิพย์
และอภิรดี วังคะฮาด. ปัจจัยเชิงสาเหตุของ
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกใน
ประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-สาธารณรัฐแห่ง
สหภาพเมียนมา : การวิจัยเชิงคุณภาพ,
2561;20(1):46-55.
 17. วัชร กันทะโย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
ประชาชนในเขตตำบลท่าเตื่อ อำเภอดอยเต่า
จังหวัดเชียงใหม่. พิษณุเวชสาร, 2556;
9(2):63-79.

18. ชนิตา มัททวงกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว,
อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อัมพร สิทธิจิต และ
อัครเดช น้อยสิริวัฒนา. ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่
รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร. วารสาร
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม,
2560;18(34):34-48.

Received: 5 May 2021, Revised: 27 May 2021

Accepted: 21 Jun 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กิตติศักดิ์ ประครองใจ^{1,*} สุมัทนา กลางคาร² สมศักดิ์ ศรีภักดี³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาทั้งหมด 48 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลพรสำราญ 30 คน และผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน คือ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตระหนักว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องร่วมกันแก้ไขและป้องกัน โดยการป้องกันควรเริ่มตั้งแต่ “ต้นน้ำ” ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชน ร่วมกันกำหนดมาตรการทางสังคมที่เรียกว่า “พรสำราญ 3 ไม่” (ไม่กินปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ “เคาะบ้าน” ส่งผลให้ประชาชน “ลด และ เลิก” การบริโภคปลาน้ำจืดที่ไม่ถูกสุขลักษณะเพิ่มมากขึ้น และไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องสิ่งปฏิกูลในชุมชน ภายหลังการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากประชาชนและทุกหน่วยงานในพื้นที่ตระหนักถึงปัญหาและมีส่วนร่วมแก้ไข ปัญหาแบบ “การเข้าถึงชุมชน” โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนและชี้แนะทางวิชาการ

คำสำคัญ: พรสำราญ 3 ไม่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เข้าถึงชุมชน

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

* Corresponding author :kittisak_bma@hotmail.com

Original Article

The Development of Participatory Prevention for Liver Fluke in
Pornsamran Sub-District, Khumuang District, Buriram ProvinceKittisak Prakrongjai^{1,*}, Sumattana Glangkarn², Somsak Sripakdee³

Abstract

The purpose of this action research was to develop the participatory prevention for liver fluke in Pornsawan Sub-District, Khumuang District, Buriram province. The action research of PAOR cycle was employed with participatory planning technique. The 48 participants comprised of 30 members from Board of Disease and Health Hazards Prevention and Control and 18 persons who had liver fluke. Data was collected by questionnaire, interview and observation. Descriptive and inferential statistics were used to analyze data such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired sample t-test. Qualitative data was analyzed by content analysis. The study result found the participant realized that live fluke disease was still a major health problem that must to solve and prevent the problem. The public relations by multi-channel communication need to be informed for people understanding in liver fluke prevention. Community network participated together the lessons from role models revealed the “3 No Pornsamran” including No raw fish eating, No liver fluke, and No cholangiocarcinoma. There were the active behavioral modification and behavioral tracking to raise people awareness called “Knock the house”. As a result, the participants could reduce and quit raw fish consumption. There was no complaint about sewage in community. After the development, knowledge, attitude, practice and participation of the samples were significantly improved (p -value < 0.001). Key success factors of liver fluke prevention were problem awareness, community participation, and support disease prevention.

Keywords: 3 No Pornsamran, Behavioral modification, Community access¹ Student (M.P.H.), Faculty of Public Health, Mahasarakham University² Association Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University³ Public Health Technical Officer, Buriram Provincial Public Health Office

* Corresponding author :kittisak_bma@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจัดอันดับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโรคสำคัญและยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี นับได้ว่าเป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งประชาชนในประเทศไทยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีประมาณ 6 ล้านคนและประชาชนกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ 20-30 ปีข้างหน้า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงประมาณรายละ 500,000 บาท¹ โดยโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เกิดจากอุปนิสัยที่ชอบรับประทานปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ โดยการปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อยปลา ส้มปลา ซึ่งมีระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis Viverrini*)² และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่โรคพยาธิใบไม้ตับ คือ บุคคลที่มีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายแล้วขับถ่ายอุจจาระนอกส้วม ทำให้ไข่พยาธิที่ปนออกมากับอุจจาระลงสู่พื้นดินและแหล่งน้ำ โดยมีหอยพาหะกึ่งกลางของพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ (หอยปีไทเนีย) ซึ่งเป็นการเริ่มเข้าสู่วงจรของโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไปอีก³ เมื่อคน รวมทั้งสัตว์รังโรค ถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำ ก็จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้ เมื่อร่างกายมีตัวพยาธิสะสมมากๆ เป็นเวลานาน จะมีการอักเสบของท่อน้ำดี หากติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำบ่อยๆ ยิ่งทำให้มีการทำลายสารพันธุกรรมที่ไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ นำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีใน

ที่สุด ซึ่งพยาธิใบไม้ตับชนิดนี้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็ง (Group 1, Carcinogenic to Human)⁴

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในประเทศไทยปี 2552 พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภค ส้มตำใส่ปลาร้าดิบมากที่สุด ร้อยละ 20.10 รองลงมา ได้แก่ การรับประทานปลาร้าดิบๆ และน้ำพริกปลาร้าสับเครื่องแกงดิบๆ หรือแจ่วของปลาร้าดิบ ร้อยละ 15.20 และ 9.30 ตามลำดับ⁵ การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยยังไม่เคยมีมาก่อน นอกจากนี้จากการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทย ในปี 2557 จังหวัดที่มีอัตราความชุกสูงกว่าร้อยละ 10 สามลำดับแรก จาก 12 จังหวัด ได้แก่ นครพนม (23.20) บุรีรัมย์ (17.60) ร้อยเอ็ด (15.50) ในปี 2559 พบว่ามีการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ เขตสุขภาพที่ 6, 7, 8, 9 และ 10 ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.48, 5.8, 3.89, 8.71 และ 6.72 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องขยายพื้นที่การตรวจคัดกรองและรับยารักษาให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น ซึ่งจะ เป็นแนวทางการควบคุมและกำจัดพยาธิใบไม้ตับต่อไป¹

จังหวัดบุรีรัมย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ได้ดำเนินโครงการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการตรวจคัดกรองไขพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในกลุ่มเสี่ยงและรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลเสี่ยงสูง อำเภอละ 1 ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้านเสี่ยงสูง พบแนวโน้มอัตรา

ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับระดับจังหวัดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2558 - 2560 พบอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.28, 5.14, 8.72 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2560 เมื่อวิเคราะห์รายตำบลพบอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดที่ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง ร้อยละ 16.98 ผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100⁶

จากสภาพปัญหาและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาดำเนินการศึกษาให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพปัญหาในระดับพื้นที่เป็นกลวิธีหลักเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบล พรสำราญและผู้ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ ในการจัดทำแผนร่วมกันและนำไปสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดพลังในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นรากฐานการพัฒนาที่มั่นคงและเป็นฐานการดำรงชีวิตของชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะวงรอบ (Cycle) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 24 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีประชากรใช้ในการวิจัยโดยคัดเลือกประชากรและพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกกอง ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 หมู่บ้านโดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 30 คน และผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ชุด คือ 1) เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน คือ ความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตัว รวมถึงการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และส่วนของแบบสังเกต/แบบสัมภาษณ์ และ 2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบสังเกตและจดบันทึก โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล จากการดำเนินการตามกระบวนการ PAOR แบ่งออกเป็น 4 ระยะประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วยเตรียมการ (เตรียมชุมชน ข้อมูล และคน) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการศึกษาบริบท ประเมินวิเคราะห์สภาพปัญหาชุมชน และประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม ก่อนดำเนินการ (Pre-test) สัมภาษณ์ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ประชุมวางแผนการดำเนินงานวิจัยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ประชาคมหมู่บ้าน เพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์เพิ่มเติมและหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน รวมถึงประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตำบลพรสำราญ เพื่อทบทวนแลกเปลี่ยนข้อมูล สภาพปัญหาในระดับพื้นที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ และจัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงาน โครงการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action) มุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการทบทวน คัดวิเคราะห์ปัญหา และบริบทในชุมชน การให้ความรู้และเสริมพลัง การวางแผน กำหนดผู้รับผิดชอบ การประสานงานร่วมกันและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation) ทำการประเมินผล ได้แก่ การนิเทศ ติดตาม สัมภาษณ์ สังเกตการณ์การมีส่วนร่วม และ

ประเมินสถานการณ์หลังดำเนินการ โดยประเมินสถานการณ์ชุมชน ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับหลังดำเนินการ (Post-test)

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ /ถอดบทเรียน เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน - หลังดำเนินการ สรุปปัญหา อุปสรรคข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขปัญหารวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ และสรุปแนวทางการพัฒนา/ปรับปรุงแผนงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) 2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) จากการสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน PAOR การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In – Depth Interview) นำมาตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง : PH048/2560

ผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีผลการวิจัยดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning) ดำเนินการประเมินก่อนการวิจัย (Pre-test) และดำเนินการวางแผนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 48 คน ก่อนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1) การเตรียมการ ผู้วิจัยได้ทำการเตรียมชุมชน โดยติดต่อประสานขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกกอง องค์การบริหารส่วนตำบลพรสำราญ สถานศึกษา ผู้นำชุมชน และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และเตรียมด้านเนื้อหาเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับเพื่อนัดประชุมผู้เข้าร่วมวิจัยให้ได้รับทราบแนวทางการดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

2) การประเมินสถานการณ์ ทำให้สรุปสภาพปัญหาหรือจุดอ่อน โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ **ด้านพฤติกรรม** พบว่า ประชาชนยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานเมนูปลาน้ำจืดแบบสุกๆ ดิบๆ และบางส่วนมีพฤติกรรมการขับถ่ายในแหล่งธรรมชาติ, ปรุงอาหารไม่สุกไม่สะอาด, ขาดการสื่อสารความเสี่ยงทั้งในครัวเรือนและชุมชน, ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับครัวเรือนและชุมชน **ด้านสิ่งแวดล้อม** มีแหล่งน้ำธรรมชาติที่มีปลาอุดมสมบูรณ์อาจปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับ และ **ด้านองค์ความรู้** ประชาชนยังไม่ทราบความสัมพันธ์ของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับกับมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยเสี่ยง ความรู้เชิงระบบ ขาดการเสริมพลังทางความคิด วิเคราะห์ หรือกำหนดแนวทางการป้องกันที่ไม่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี

และการแก้ปัญหาเพื่อครอบครัวและชุมชน นอกจากนั้นยังทำให้ทราบ **จุดแข็งและโอกาสการพัฒนา** โดยพบว่า หน่วยงานราชการ มีนโยบายแนวทางการดำเนินงาน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และยารักษา โดยได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง และประชาชนมีความเป็นกันเอง สื่อสารเข้าใจง่ายและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางหน่วยงานราชการขอความร่วมมือเป็นอย่างดี

3) ประชุมเชิงแผนปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลพรสำราญโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ประกอบด้วย **การสร้างความรู้ (Appreciation : A)** ดำเนินการโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยการแสดงข้อคิดเห็นด้วยการเขียนหรือวาดภาพ ได้ข้อสรุป คือ ชุมชนหรือตำบลพรสำราญในปัจจุบัน เห็นว่าชุมชนมีความช่วยเหลือกันดี มีวิถีชีวิตที่ใกล้ชิดธรรมชาติ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีความอุดมสมบูรณ์ของแหล่งน้ำธรรมชาติ ป่าไม้ อยากเห็นทุกชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และจากการสัมภาษณ์ พบว่า คณะกรรมการฯ และผู้ตรวจพบไข่พยาธิเพ็งได้รับทราบสถานการณ์ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้มีการพิจารณาตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานเมนูปลาน้ำจืดด้วยตนเอง และยินดีขยายข้อมูลความรู้ ความรุนแรงเพื่อร่วมรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ในชุมชนและครอบครัว **การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)** ผู้วิจัยและทีมวิทยากร ได้อธิบายแนวทางการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน โดยกำหนดกติการ่วมกันให้ทุกความคิดเห็นมีความหมาย และให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นได้

อย่างเต็มที่ ให้เกียรติรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีมติกำหนดให้มีการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและลดโอกาสพัฒนาสู่โรคมะเร็งท่อน้ำดี ภายใต้สโลแกน “**พรสำราญ 3 ไม่**” คือ ไม่กินปลาดิบ ไม่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี โดยร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับสโลแกนดังกล่าว 7 กิจกรรม **การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)** เมื่อทราบแนวทางการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันกำหนดแผนงาน ระบุผู้รับผิดชอบ เพื่อให้นำไปสู่การปฏิบัติ โดยเริ่มต้นในครัวเรือนสู่ชุมชน ที่ประชุมมีมติให้รายงานผลการติดตามมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกก่อทุกเดือน ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับทีมบุคลากรได้ออกแบบแบบติดตามประเมินการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลพรสำราญส่งให้คณะกรรมการฯ ส่วนผู้ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ อสม. และผู้ใหญ่บ้านจะเป็นผู้รวบรวม ผู้เข้าประชุมรับทราบ และถือปฏิบัติตามมติที่ประชุม

ขั้นปฏิบัติ (Action) เมื่อได้ผลลัพธ์จากการประชุมเพื่อสร้างแนวทางพัฒนา จึงได้มีการนำกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมที่ได้จากการระดมความคิดเห็นประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 อบรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแกนนำชุมชนและผู้ประกอบการร้านอาหาร จำนวน 70 คน และแกนนำนักเรียนจำนวน 100 คน เนื้อหาการอบรมประกอบด้วยสถานการณ์โรค ขนาดของปัญหาและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างครอบคลุมโดยใช้สื่อ ภาพที่น่ากลัวและภาษาที่เข้าใจง่าย ทำให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ที่ถูกต้อง เกิด

ความตระหนักในการป้องกันตนเอง สมาชิกในครอบครัวและลูกค้า โดยประกอบอาหารปรุงสุกด้วยความร้อนเพิ่มมากขึ้น และขยายต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่สมาชิกในครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 ประชาคมชาวบ้านด้วยการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ด้วยสื่อความรู้ที่มีภาพประกอบชัดเจน สีสันสดใส เข้าใจง่าย และสัมผัส มองเห็นได้ชัดเจน และสื่อสารง่ายๆ กระชับด้วยภาษาอีสาน และภาษาไทย และมีบุคคลต้นแบบแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ภายใต้มาตรการ “**พรสำราญ 3 ไม่**” (ไม่กินปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี) โดยเลือกระยะเวลาช่วง 17.00 - 19.00 น. เพื่อให้เหมาะสมกับประชาชนซึ่งกลับจากประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างเรียบร้อยแล้ว และยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบเพื่อย้ำเตือนผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่มีการตระหนักอาจส่งผลสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดี จากการประชาคมทำให้สรุปมาตรการทางสังคมได้ 8 มาตรการ ได้แก่ กินอาหารปรุงสุก, ผู้ปกครองให้ความรู้แก่เด็กในครัวเรือน, ไม่ซับก่ายนอกส้วมและสวมรองเท้าบูทไปนา, ล้างมือให้สะอาดหลังทำเมนูปลาหรือหลังจากซับก่าย, ระวังรั้วความรู้ในชุมชน, ร้านอาหารต้องปรุงอาหารสุกสะอาด, หากพบไขพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระต้องเลิกกินปลาดิบ, มีการเน้นย้ำโดยประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว ทุกครั้งที่มีโอกาส จากการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการดังกล่าว พบว่า ทุกชุมชนได้รับการสื่อสารความรู้ผ่านหอกระจายข่าว และแบบ “ปากต่อปาก” จากอสม. บุคคลต้นแบบ แกนนำนักเรียน และกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน

ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ย้ำเตือนกันอย่าง ต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 คัดกรอง ติดตามประเมิน พฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและผู้ตรวจพบไข้ พยาธิใบไม้ดับที่บ้าน โดยบูรณาการในกิจกรรม เยี่ยมบ้าน ซึ่งคณะกรรมการฯ มักเรียกว่า “เคาะ บ้าน” และ ติดสติ๊กเกอร์ความรู้ “คนตำบลพร สำราญ ปลอดภัยพยาธิใบไม้ดับ ปลอดภัย มะเร็ง ท่อน้ำดี” ทุกหลังคาเรือน เป็นการสร้างให้เกิด ความสัมพันธ์อันดีที่แน่นแฟ้นเพิ่มมากขึ้นในชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ใหม่ ๆ แก่กัน

กิจกรรมที่ 4 จัดทำชุดสื่อความรู้พยาธิใบไม้ ดับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยจัดทำเป็นสื่อนวัตกรรม ความรู้เคลื่อนที่ในชุมชน 1 ชุด ความรู้ ประกอบด้วยแผ่นความรู้ประเภทฟิวเจอร์บอร์ด จำนวน 22 แผ่น และสติ๊กเกอร์ความรู้ “คน ตำบลพรสำราญ ปลอดภัยพยาธิใบไม้ดับ ปลอดภัย มะเร็งท่อน้ำดี” จำนวน 1,200 แผ่น นำไปใช้ใน กิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ได้ในทุกกลุ่มวัย ทุก กลุ่มเป้าหมาย สามารถเข้าใจได้ง่ายทั้งในชุมชน และสถานศึกษา โดยเริ่มนำไปใช้ในกิจกรรม ประชาคมหมู่บ้านทุกชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ชื่น ชอบเพราะมีความชัดเจนของเนื้อหา เข้าใจง่าย ภาพประกอบมีสีสันสดใส ดึงดูดสายตา น่ากลัว ทำให้อยากติดตามข้อมูลและความอันตรายของ โรคพยาธิใบไม้ดับ ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการ ทำอาหารจากปลาให้สุกด้วยวิธีต่างๆ เพื่อเป็น ทางเลือกให้ตัดสินใจในการปรุงอาหารด้วยตนเอง และพิจารณาก่อนเลือกซื้อ

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ตรวจ พบไข้พยาธิใบไม้ดับ จำนวน 18 คน โดยมีบุคคล

ต้นแบบ (ไม่กินปลาดิบ ตรวจอุจจาระไม่พบไข่ พยาธิใบไม้ดับ) 4 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี วัฒนธรรม ภูมิหลัง สถานะทางสังคมที่คล้ายคลึง กัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็นกระตุ้นให้เกิดการ แสดงความคิดเห็นให้มากที่สุด รวมทั้งคอยสังเกต รับฟัง ซักถามเพื่อให้เกิดความกระจ่างในประเด็น สนทนาและทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึกต่อไป

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมส่งเสริมด้าน สิ่งแวดล้อม ร่วมกับภาคีเครือข่ายสำรวจแหล่งน้ำ ธรรมชาติ ข้อมูลร้องเรียน และร่วมหาแนวทางการ ป้องกันและลดการปนเปื้อนของอุจจาระลงสู่แหล่ง น้ำ โดยจัดทำป้าย โฉนดประกาศห้ามถ่ายเททิ้ง สิ่งปฏิกูล ในลักษณะป้องปรามและให้ความรู้ เพื่อ ขอความร่วมมือไม่ให้ปล่อยถ่ายเททิ้งสิ่งปฏิกูล และทำการติดตั้งในพื้นที่ชุ่มน้ำใกล้รั้วอ้อยซึ่งมี ประชาชนร้องเรียน โดยภายหลังติดตั้งป้ายเตือน ไม่พบข้อร้องเรียนจากประชาชนว่าพบเห็นการ แอบถ่าย เททิ้ง สิ่งปฏิกูล

กิจกรรมที่ 7 การสื่อสารความเสี่ยงและ ประชาสัมพันธ์ในครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และ สถานที่ทำงาน ได้มีการสอดแทรกเนื้อหาเพื่อ สื่อสารแบบทางการ และไม่เป็นทางการ ซึ่งพบว่า การสร้างกระแส “สังคมความรู้” ทำให้เกิดการ แลกเปลี่ยนข้อมูลเพิ่มมากขึ้น เป็นการพัฒนา ความสัมพันธ์ในเชิงสร้างสรรค์เพื่อช่วยกันดูแล สุขภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และคนในชุมชน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผสมผสานด้วยสื่อเทคโนโลยีทันสมัยที่ สามารถเข้าถึงกันได้อย่างรวดเร็ว

ขั้นสังเกตผล (Observation) โดยดำเนิน กิจกรรม ดังนี้

1) สังเกตและสัมภาษณ์ เมื่อคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลพรสำราญและผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ได้ดำเนินการตามแผนที่กำหนด โดยกระตุ้นและเน้นย้ำให้มีการดำเนินการร่วมกันเพื่อให้สอดคล้องตามแผนปฏิบัติที่ได้ตกลงกันไว้ พบว่าส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรมตามแผนที่กำหนดและร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน ชุมชน และครอบครัวของตนเองเป็นอย่างดี

2) นิเทศ ติดตาม ความก้าวหน้าการดำเนินโครงการ พบว่ามีการจัดทำแผนงาน โครงการ เพื่อขอลงนามเห็นชอบโดยผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลพรสำราญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูเมือง และสาธารณสุขอำเภอคูเมือง รวมทั้งนำเสนอไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ลงนามอนุมัติโครงการ ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขเวลา และมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการเขียนแผนงาน โครงการ และเสนอโครงการเพื่ออนุมัติ รวมทั้งมีดำเนินการเป็นไปตามกำหนดการในแผนปฏิบัติการ

3) ประเมินหลังการดำเนินการวิจัย (Post-test) โดยแบบสอบถามและวิเคราะห์ผลด้วย

โปรแกรมสำเร็จรูป พบว่า ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ระดับของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลพรสำราญดีขึ้น อยู่ในระดับมาก, สูง, สูง, และมาก ตามลำดับ ส่วนของผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ระดับอยู่ในระดับมาก, สูง, สูง และปานกลาง ตามลำดับ

ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้แบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นข้อมูล และถอดบทเรียนความสำเร็จ พบว่าความมุ่งเน้นการสื่อสารความเสี่ยงที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงทุกกลุ่มวัย มี "หมออนามัย" เป็นพี่เลี้ยง เพื่อสร้างความเชื่อมั่น และการยอมรับเพิ่มมากขึ้นจากประชาชนตำบลพรสำราญ และจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ในส่วนของความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ระดับ พบว่า ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการ คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ก่อนและหลังการพัฒนา ($n = 48$)

ความรู้	Mean	SD	95%CI	t	p-value
คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ					
(n = 30)					
ก่อนพัฒนา	0.62	0.13	0.25-0.35	12.05	<0.001
หลังพัฒนา	0.92	0.03			
ผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับ(n = 18)					
ก่อนพัฒนา	0.56	0.13	0.19-0.33	8.31	<0.001
หลังพัฒนา	0.83	0.04			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการพัฒนา
(n = 48)

ทัศนคติ	Mean	SD	95%CI	t	p-value
คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ					
(n = 30)					
ก่อนพัฒนา	3.86	0.52	0.62-0.99	8.82	<0.001
หลังพัฒนา	4.67	0.19			
ผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ(n = 18)					
ก่อนพัฒนา	3.57	0.43	0.62-0.94	10.15	<0.001
หลังพัฒนา	4.34	0.18			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการพัฒนา
(n = 48)

การปฏิบัติ	Mean	SD	95%CI	t	p-value
คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ					
(n = 30)					
ก่อนพัฒนา	2.25	0.23	0.43–0.56	14.95	<0.001
หลังพัฒนา	2.74	1.13			
ผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ(n = 18)					
ก่อนพัฒนา	2.13	0.15	0.51–0.67	15.26	<0.001
หลังพัฒนา	2.71	0.07			

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการพัฒนา (n = 48)

การมีส่วนร่วม	Mean	SD	95%CI	t	p-value
คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ					
(n = 30)					
ก่อนพัฒนา	3.36	0.69	0.25–0.53	5.66	<0.001
หลังพัฒนา	3.75	0.40			
ผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ(n = 18)					
ก่อนพัฒนา	1.96	0.67	0.82–1.30	9.3	<0.001
หลังพัฒนา	3.02	0.31			

ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลพรสำราญ สรุปได้ว่า แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่สำคัญ ได้แก่ การที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายและประชาชนต้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน รับทราบปัญหา ความคาดหวัง กำหนดแนวทางแก้ไข ติดตามประเมินผลร่วมกัน สื่อสารรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ประสานงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงพื้นที่ทั้งในระดับบุคคล ครัวเรือน หน่วยงาน และชุมชน เพื่อสานต่อรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ต่อไป

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ รูปแบบการดำเนินงานก่อน - หลังพัฒนา โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

1) การดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจร PAOR ในขั้นตอนการวางแผน (Planing: P) ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับตำบลและผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งประกอบไปด้วย ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและผู้แทนประชาชนใน

ชุมชน ร่วมวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รับทราบข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงและสภาพปัญหาร่วมกัน ทบทวน แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และร่วมวางแผนการดำเนินงานเพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน โดยจัดทำแผนปฏิบัติการครอบคลุม 7 กิจกรรม ในโครงการแก้ไขพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมตำบลพรสำราญ สอดคล้องกับนิศร ผานคำ⁷ ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนตำบลคูน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกรรมการกองทุนบทบาทสตรีประจำหมู่บ้าน ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ เกิดกิจกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย การอบรม กำหนดกติการ่วมกัน การประชาสัมพันธ์ความรู้ในชุมชน ให้สุขศึกษารายเดี่ยว รายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน สอดแทรกในการสนทนาทุกโอกาสโดยแกนนำชุมชนที่ผ่านการอบรม มีการติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการสร้างสุขภาพระดับตำบล และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในขั้นปฏิบัติ (Action : A) ที่ได้มีการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรม ครอบคลุมถึงการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นที่ให้ผู้ปฏิบัติเห็นภาพที่ชัดเจน และเริ่มปฏิบัติจากครัวเรือนซึ่งเป็นส่วนที่ใกล้ชิดที่สุด แล้ว

จึงขยายขยายออกมาสู่ชุมชน สอดคล้องกับเกสร แถวโนนจัว และคณะ⁸ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง (หมู่บ้านที่มีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูง 3 แห่งจาก 3 อำเภอในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) โดยการกระตุ้นให้ปฏิบัติการ โดยกระบวนการเรียนรู้จากการสะท้อนความคิดด้วยตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาอันนำไปสู่มีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินงานซึ่งกิจกรรมครอบคลุมถึงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงการจัดกิจกรรมที่อบรมให้ความรู้ ค้นหาบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยแกนนำชุมชนแบบเคาะประตูบ้านและเชิญชวนประชาชนจัดตั้งชมรมคนไม่กินปลาดิบ เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดผลกับตัวผู้ปฏิบัติอย่างชัดเจนและยั่งยืน

2) ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาพบว่า ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลพรสำราญ และผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สอดคล้องกับสาริณี สีทะโน⁹ ศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพนยาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอ สุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้นในระดับสูง มีการ

ปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้นในระดับดี และมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นในระดับดี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่สำคัญ ได้แก่ การที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย และประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ร่วมรับทราบปัญหา ความคาดหวัง ร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาดิตตามประเมินผลร่วมกัน มีการสื่อสารณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่ประสานงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงพื้นที่ทั้งในระดับบุคคล ครัวเรือน หน่วยงาน และระดับชุมชน สอดคล้องกับนิศรผานคำ⁷ ศึกษากระบวนการพัฒนาแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนตำบลคูน้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยสรุปปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่สำคัญ คือ การสร้างความเข้าใจปัญหาและเป้าหมายร่วมกัน บรรยากาศการทำงานในชุมชน มอบหมายงานชัดเจน ทำงานเป็นทีม ประเมินผลร่วมกัน พัฒนาทีมแกนนำชุมชน ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) มีพื้นที่ปฏิบัติการและการมีกระบวนการติดตามหนุนเสริม รวมทั้งมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของชุมชน ซึ่งจะส่งผลสำเร็จในที่สุด และสอดคล้องกับวีระพล วิเศษสังข์ และคณะ¹⁰ ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำ

ครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบลชะยุ่ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการนี้เป็นผลมาจากการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัว โดยเฉพาะพฤติกรรมการกินอยู่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีระบบกำกับติดตามในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีระบบกำกับติดตามในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีบุคลากรด้านสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคคลต้นแบบหรือผู้นำชุมชนร่วมพูดคุยสร้างความเข้าใจให้เกิดความร่วมมือและตระหนักเห็นความสำคัญของการเข้ามามีส่วนร่วมเชิงรุกแบบ “เคาะบ้าน” เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับเห็นคุณค่าในตนเองและสมาชิกในครอบครัว และร่วมกันสร้างสรรค์ชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้เกิดความเข้มแข็งร่วมกัน

2) ควรขยายแกนนำชุมชนให้สามารถถ่ายทอดความรู้ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และมีเวทีให้บุคคลต้นแบบได้แสดงศักยภาพเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

3) ควรปรับการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้สอดคล้องกับมาตรการทางสังคมที่กำหนดร่วมกันโดยประชาชนในแต่ละชุมชน โดยเน้นให้มีกิจกรรมเชิงรุกในช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ภาควิชาพยาธิวิทยา ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในเขตพื้นที่ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เข้าร่วมวิจัย ทำให้เกิดกระบวนการต่างๆ เพื่อพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จึงทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยขอนแก่น. ยุทธศาสตร์กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับลดภาระโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2555.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559 – 2568. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2546.
- สรญา แก้วพิบูลย์ และคณะ. รายงานการวิจัยการตรวจหาและจำแนกพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดสุรินทร์ โดยวิธี Kato' Thick Smear. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2556.

5. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ กรมควบคุมโรค. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.riskcomthai.org/th/document/search.php?q=%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B4%E0%B9%83%E0%B8%9A%E0%B9%84%E0%B8%A1%E0%B9%89%E0%B8%95%E0%B8%B1%E0%B8%9A>. [สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2560].
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (Node OVCCA เขต 9). สรุปเอกสารการประชุมคณะกรรมการ Node พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตบริการสุขภาพที่ 9 ครั้งที่ 1/2560. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2560.
7. นิศร ผานคำ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
8. เกสร แถวโนนจั่ว และคณะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2558; 24(6). พฤษภาคม – ธันวาคม.
9. สารีณี สีทะโน. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโนนยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
10. วีระพล วิเศษสังข์. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงานตำบลชะยุ้ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.

Received: 25 Mar 2021, Revised: 26 Apr 2021

Accepted: 3 Jun 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง

เสาวณีย์ เทศนัย¹ เพ็ญมาศ สุนทรจิตต์^{2,*} กิตติพร เนาว์สุวรรณ³

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน 2) ศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน 3) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 183 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนสำหรับผู้ปกครอง และแบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอดงหลวง จำแนกน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบว่า มีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 21.31 ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะผอม ร้อยละ 12.57 และมีภาวะอ้วน ร้อยละ 8.74 2) ระดับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M=2.88$, $SD=0.41$) 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง ได้แก่ การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ($Beta=.519$) และการเตรียมอาหารของผู้ปกครอง ($Beta=.200$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนได้ร้อยละ 37.50 ($p<0.001$) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทางในการส่งเสริม การบริโภคอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนได้

คำสำคัญ เด็กวัยก่อนเรียน พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

* Corresponding author: penmat.s@ubru.ac.th

Original Article

Factors Influencing Nutritional Risk Behaviors of Preschool Children in Childhood Development Centers, Tamot District, Phatthalung Province

Saowanee Tesnui¹ Penmat Sukhonthachit^{2,*} Kittiporn Nawsuwan³

Abstract

This predictive correlation study aimed to 1) survey the nutritional status of preschool children, 2) examine the level of nutritional risk behavior of preschool children, and 3) analyze factors influencing the nutritional risk behavior of preschool children in the Child Development Centers, Tamot District, Phatthalung Province. This study consisted of 183 parents and preschool children. The research tools were a self-administered questionnaire on factors influencing the preschool children's nutritional risk behavior for the parent and the measurement of children's weight and height. The nutritional status and risk behavior levels of preschool children were analyzed and presented by descriptive statistics with frequency, percentage, mean and standard deviation. Multiple regression analysis was used to examine factors influencing the nutritional risk behavior of preschool children. The finding indicated that; 1) The nutritional status of preschool children in Childhood Development Centers was categorized by weight for height criteria. Among the preschool children, the prevalence of malnutrition was 21.31%, composing 12.57% underweight and 8.74% overweight-obesity. 2) Overall, the nutritional risk behavior of preschool children was at a good level ($M=2.88$, $SD=0.41$). 3) Food access of preschool children ($Beta=.519$) and food preparation of parental ($Beta=.200$) could be used to predict the nutritional risk behaviors of preschool children at 37.50% ($p<0.001$). Therefore, the stakeholders should develop food consumption guidelines to improve dietary behavior and prevent malnutrition in preschool children in the Child Development Center.

Keywords: Preschool children, Nutritional risk behaviors, Nutritional status, Childhood development centers

¹ Master of Public Health Program in Community Health of Songkhla Rajabhat University

² Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

³ Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

* Corresponding author: penmat.s@ubru.ac.th

บทนำ

โภชนาการมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก ซึ่งเด็กที่ได้รับอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะมีการเจริญเติบโตเป็นไปอย่างดี¹ การเจริญเติบโตของเด็กมีปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านพันธุกรรม ฮอโมน ภาวะโภชนาการ โรคทางกาย และสภาพแวดล้อม ในขณะที่ปัจจุบันสถานการณ์แนวโน้มสุขภาพของประชาชนมีความเสี่ยงมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงของประชากรและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้พฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กไม่ถูกต้อง ทำให้เด็กขาดสารอาหารและมี ภาวะโภชนาการเกิน การเจริญเติบโตช้า และเจ็บป่วยบ่อย²

จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ครั้งที่ 6 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 13 มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น เป็นผลมาจากการขาดสารอาหารที่มีประโยชน์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ในขณะที่เดียวกันเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 8 มีภาวะผอมแห้ง และร้อยละ 9 มีน้ำหนักเกิน ซึ่งเพิ่มจากปี 2558 ที่ภาวะเตี้ยแคระแกร็น ผอมแห้ง หรือน้ำหนักเกิน อยู่ที่ร้อยละ 11, 5 และ 8 ตามลำดับ³ ในขณะที่เด็กในภาคใต้ พบปัญหาเรื่องเตี้ยและผอมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.6 และ 7.8 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะทุโภชนาการ ตามลำดับ⁴ จากการตรวจราชการระดับจังหวัด ของจังหวัดพัทลุง ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 พบว่า เด็กอายุ 0 - 5 ปี จำนวน 25,407 คน ได้รับการเฝ้าระวังโภชนาการ จำนวน 21,373 คน คิดเป็นร้อยละ 84.12 มีเด็กสูงตีสมส่วน จำนวน 12,188 คน คิดเป็นร้อยละ 57.03 ซึ่งพบว่า อำเภอตะโหมดเพียงอำเภอเดียว

ที่มีเด็กเตี้ยและผอมที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 24.15 และ 10.78 ตามลำดับ⁵ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กตำบลโนนสูง-น้ำคำ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างผอมและผอม ร้อยละ 17.60 และ 8.80 ตามลำดับ⁶

ปัจจุบันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2564) ได้เตรียมความพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย โดยพัฒนาให้เหมาะสมตามช่วงวัยเพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ มีสุขภาวะที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัย โดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีมาตรการสนับสนุนการพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ อาหารกลางวัน อาหารว่าง เครื่องนอน อาหารเสริม (นม) วัสดุ สื่อ อุปกรณ์การศึกษา และวัสดุครุภัณฑ์ การตรวจสุขภาพเด็กประจำปี โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข⁷ ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กที่จะส่งผลต่อภาวะโภชนาการขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะปัจจัยด้านครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ อาชีพผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง จำนวนพี่น้องของเด็ก การอบรมเลี้ยงดูด้านสุขภาพของผู้ปกครองแก่เด็ก

ความรู้ด้านโภชนาการ ทักษะคิดและพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง และพฤติกรรม การบริโภคอาหารของครอบครัว การจัดอาหารให้รับประทานและการเลี้ยงดูแบบตามใจ⁸

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้เห็นว่าการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ปกครองจะมีหน้าที่หลักในการจัดอาหาร ดังนั้น การกระทำของผู้ปกครองล้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนมากที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ระดับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะทุพโภชนาการได้ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) เช่น กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ในวัยผู้ใหญ่ได้⁹

วัตถุประสงค์วิจัย

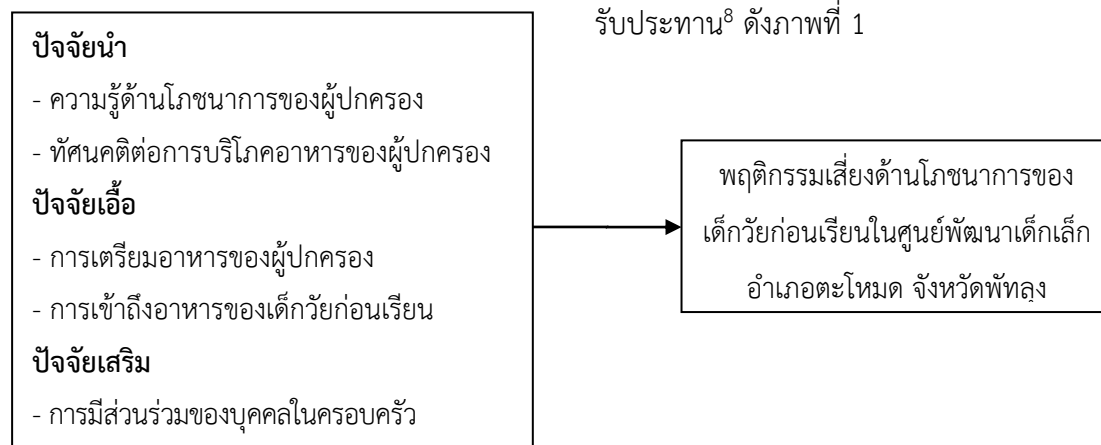
1. เพื่อสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE – PROCEED Model)¹⁰ ในระยะที่ 3 เป็นระยะของการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งตัวแปรที่ศึกษาได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พบว่า ปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง จำนวนพี่น้องของเด็ก การอบรมเลี้ยงดูด้านสุขภาพของผู้ปกครองแก่เด็ก ความรู้ด้านโภชนาการ ทักษะคิดและพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง และพฤติกรรมบริโภคอาหารของครอบครัว การจัดอาหารให้รับประทาน⁸ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Design)

ประชากร คือ ผู้ปกครองที่มีหน้าที่ในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กเป็นหลักและเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของอำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง จำนวน 473 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนและเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบ F-test Linear multiple regress: Fixed model, R^2 deviation from zero เพื่อตรวจสอบ effect size ขนาดกลางเท่ากับ 0.15 อำนาจของการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 จำนวนตัวแปร (Number of predictors) เท่ากับ 6 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 คน และกำหนดค่าอัตราการสูญเสีย (R) เท่ากับร้อยละ 20¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ตามสัดส่วนขนาดของประชากรในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากนั้นสุ่มแบบอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กวัยก่อนเรียน

2. แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถามจาก วีรวัลย์ ศิรินาม¹² มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำจำนวน 2 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครอง เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ แปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ แบบอิงเกณฑ์ของบลูม¹³ และตอนที่ 2 ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหารของผู้ปกครอง เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 13 ข้อ แปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ¹⁴

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อจำนวน 2 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การเตรียมอาหารของผู้ปกครอง เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 13 ข้อ แปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ¹⁴ และตอนที่ 2 การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ แปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ¹⁴

4) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมจำนวน 2 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ แปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ¹⁴ และตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลด้านโภชนาการ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ แปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ¹⁴

5) พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ แปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ¹⁴ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง .67 - 1.00 จากนั้นนำมาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนของความรู้ โดยใช้สูตร KR - 20 เท่ากับ .80 และส่วนอื่น ๆ ของแบบสอบถามใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รายด้านเท่ากับ 0.71-0.99

การวิเคราะห์ข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้โปรแกรมคำนวณภาวะโภชนาการ (อายุ 1 วัน – 19 ปี) (INMU-ThaiGrowth) โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล¹⁵ ตามเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 และการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ โดยวิธีขั้นตอน (Stepwise) ซึ่งตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครอง ทักษะติดต่อการบริโภค

อาหารของผู้ปกครอง การเตรียมอาหารของผู้ปกครอง การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ข้อมูลด้านโภชนาการ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง โดยตัวแปรทุกตัวใช้การวัดค่าคะแนนที่มีระดับการวัดเป็น Interval Scale ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)¹⁶ ประกอบด้วย ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง โดยพิจารณาจากค่า Tolerance หากเข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกัน และค่า VIF จะต้องน้อยกว่า 10 และไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา (เลขที่ EH2019-013 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2562) พร้อมทั้งทำเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยถึงผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง พบว่า ผู้จัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กเป็นหลักส่วนใหญ่ คือ แม่ ร้อยละ 67.80 อยู่ในช่วงอายุ 33-43 ปี ร้อยละ 37.20 (M=39.57,

SD=11.489) การศึกษาสูงสุดอยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 26.80 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 8,000-19,999 บาท ร้อยละ 40.40 (M=13,593.46, SD=10,913.67) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.20 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ร้อยละ 35.00 จำนวนพี่น้องของเด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่ 1-2 คน ร้อยละ 85.80 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.60

2. ผลการวิเคราะห์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง จำแนกน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์สมส่วน จำนวน 144 คน ร้อยละ 78.69 รองลงมา อยู่ในเกณฑ์ผอม จำนวน 23 คน ร้อยละ 12.57 และอยู่ในเกณฑ์อ้วน จำนวน 16 คน ร้อยละ 8.74 ดังตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง
จำแนกน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (n=183)

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่าเกณฑ์	14	7.78
ค่อนข้างมาก	7	2.89
ตามเกณฑ์	138	75.51
ค่อนข้างน้อย	17	9.51
น้อยกว่าเกณฑ์	7	4.31

ตารางที่ 2 ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง
จำแนกส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (n=183)

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	รวม	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์	6	3.66
ค่อนข้างสูง	7	3.12
ตามเกณฑ์	157	83.91
ค่อนข้างเตี้ย	8	5.60
เตี้ย	5	3.71

ตารางที่ 3 ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง
จำแนกน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (n=183)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ผอม	23	12.57
สมส่วน	144	78.69
อ้วน	16	8.74

3. ผลการวิเคราะห์ระดับของตัวแปร พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.91 (SD=1.15) ทักษะการเลือกบริโภคอาหารของผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ย 2.92 (SD=0.46) การเตรียมอาหารของผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ย 2.87 (SD=0.35) การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนมีค่าเฉลี่ย 2.76 (SD=0.53) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ย 3.43 (SD=0.44) แต่การรับรู้ข้อมูลด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.33 (SD= 0.36) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
ปัจจัยนำ			
ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครอง	8.91	1.15	ดี
ทักษะการเลือกบริโภคอาหารของผู้ปกครอง	2.92	0.46	ดี
ปัจจัยเอื้อ			
การเตรียมอาหารของผู้ปกครอง	2.87	0.35	ดี
การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน	2.76	0.53	ดี
ปัจจัยเสริม			
การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว	3.43	0.44	ดี
การรับรู้ข้อมูลด้านโภชนาการ	2.33	0.36	ปานกลาง

4. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับดี (M=2.88, SD=0.41) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม คือ บุตรหลานของท่านรับประทานอาหารเข้า (M=3.54, SD=0.72) บุตรหลานของท่านรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ (M=3.45, SD=0.70) และบุตรหลานของท่านรับประทานนมรสจืด (M= 3.31, SD=0.92) ตามลำดับ ในส่วนของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือ บุตรหลานของท่านรับประทานเครื่องดื่มรสหวาน เช่น นมรสหวาน นมเปรี้ยว น้ำหวาน โกโก้ ชาเย็น น้ำปั่น และน้ำผลไม้ เป็นต้น (M=1.94, SD=1.03) บุตรหลานของท่าน

รับประทานขนมครก/ปาท่องโก๋/ข้าวเหนียวหมูปิ้ง/โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป/ข้าวเหนียวไก่ทอดในมือเช้า (M=1.97, SD=0.90) และบุตรหลานของท่าน รับประทานขนมรสหวาน เช่น หมากฝรั่ง ไอติมหวานเย็น ช็อกโกแลต ลูกอม และเยลลี่ ฯลฯ (M=2.25, SD=0.98) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน (n = 183)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	M	SD	ระดับ
1. บุตรหลานของท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ	3.45	0.70	ดี
2. บุตรหลานของท่านรับประทานอาหารเช้า	3.54	0.72	ดี
3. บุตรหลานของท่านรับประทานขนมครก/ปาท่องโก๋/ข้าวเหนียวหมูปิ้ง/โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป/ข้าวเหนียวไก่ทอดในมือเช้า	1.97	0.90	ปานกลาง
4. บุตรหลานของท่านรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแทนมื้ออาหารหลัก	3.20	0.79	ดี
5. บุตรหลานของท่านรับประทานขนมกรุบกรอบก่อนนอน	3.09	0.84	ดี
6. บุตรหลานของท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมู	2.83	1.79	ดี
7. บุตรหลานของท่านรับประทานผักสดหรืออาหารที่มีส่วนประกอบของผัก	2.40	1.06	ปานกลาง
8. บุตรหลานของท่านรับประทานผลไม้ตามฤดูกาล	2.79	0.89	ดี
9. บุตรหลานของท่านรับประทานนมรสจืด	3.31	0.92	ดี
10. บุตรหลานของท่านรับประทานเครื่องดื่มรสหวาน เช่น นมรสหวาน นมเปรี้ยว น้ำหวาน โกโก้ ชาเย็น น้ำปั่น และน้ำผลไม้ เป็นต้น	1.94	1.03	ปานกลาง
11. บุตรหลานของท่านรับประทานอาหารประเภทผัดที่ใช้ไขมันปริมาณมาก หรือทอด	2.51	0.91	ปานกลาง
12. บุตรหลานของท่านรับประทานปลาและไข่	3.15	0.69	ดี
13. บุตรหลานของท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้ออย่าง ไก่ย่างที่ไหม้ดำ	3.49	0.88	ดี
14. บุตรหลานของท่านรับประทานขนมรสหวาน เช่น หมากฝรั่ง ไอติมหวานเย็น ช็อกโกแลต ลูกอม และเยลลี่ ฯลฯ	2.25	0.98	ปานกลาง
15. บุตรหลานของท่านดื่มน้ำอัดลม	3.00	0.84	ดี
16. บุตรหลานของท่านรับประทานเบเกอรี่ เช่น เค้ก พายและโดนัท	2.38	0.82	ปานกลาง
17. บุตรหลานของท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ และขนมปังแท่ง	2.29	0.93	ปานกลาง
18. บุตรหลานของท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วและซอสปรุงรสต่าง ๆ ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว	2.83	1.90	ดี
19. บุตรหลานของท่านเติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว	3.29	1.04	ดี

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	M	SD	ระดับ
20. บุตรหลานของท่านรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ	3.91	0.45	ดี
เฉลี่ยรวม	2.88	0.41	ดี

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งได้หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ก่อนวิเคราะห์ ดังตารางที่ 6 พบว่ามีตัวแปรที่เข้าสมการทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน และการเตรียมอาหารของผู้ปกครอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์การ

ทำนายเท่ากับ .375 ($R^2=.375$) แสดงว่าสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนได้ร้อยละ 37.50 ดังตารางที่ 7 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ($Beta=.519$) รองลงมาคือ การเตรียมอาหารของผู้ปกครอง ($Beta=.200$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ ดังนี้

$$Y = 1.097 + .400(\text{การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน}) + .237(\text{การเตรียมอาหารของผู้ปกครอง})$$

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการ (n=183)

ตัวแปร	y	x1	x2	x3	x4	x5	x6
y	1.000						
x1	.069	1.000					
x2	.327	.300	1.000				
x3	.365	.174	.312	1.000			
x4	.583	.075	.377	.317	1.000		
x5	.345	.208	.195	.531	.318	1.000	
x6	.316	.095	.287	.291	.300	.135	1.000

y คือ พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการ / x1-x6 คือ ปัจจัยที่ศึกษา

ตารางที่ 7 น้ำหนักของตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง

ปัจจัยทำนาย	B	SE.B	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.097	.212		5.169	<0.001
การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน	.400	.048	.519	8.359	<0.001
การเตรียมอาหารของผู้ปกครอง	.237	.074	.200	3.219	0.002
R=.613 R ² =.375 adj.R ² =.368 df=2, 180 F=54.09 SE _{est} =.32722 p< 0.001					

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

จากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง จำแนกน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบว่า เด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 78.69 อยู่ในเกณฑ์ผอม ร้อยละ 12.57 และอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 8.74 แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ปกครองมีความรู้ด้านโภชนาการและการเตรียมอาหารอยู่ในระดับดี จะส่งผลให้เด็กได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตได้ดีกว่าเด็กที่ผู้ปกครองขาดความรู้ด้านโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การจัดการด้านอาหารและโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ตำบลเทพา อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะโภชนาการจำแนกตามน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงส่วนใหญ่สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 86.05 รองลงมาอยู่ในระดับผอม คิดเป็นร้อยละ 13.95¹⁷ เช่นเดียวกับผลการสำรวจการจัดการอาหารและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า กลุ่มเมื่อใช้น้ำหนักเทียบส่วนสูง พบเด็กมีปัญหาผอม ร้อยละ 18.0 และอ้วนร้อยละ 12.7¹⁸

พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในภาพรวม พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี (M=2.88) อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนมีความรู้ด้านโภชนาการ ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร และการเตรียมอาหารอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี (M=2.85)¹⁹ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม คือ บุตรหลานของท่านรับประทานอาหารเช้า (M=3.54) บุตรหลานของท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ (M=3.45) และบุตรหลานของท่านรับประทานนมรสจืด (M=3.31) แสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองมีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ในเรื่องของการตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานอาหารเช้า และรับประทานให้ครบ 3 มื้อใน 1 วัน และความรู้ความเข้าใจในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กสำหรับพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม คือ

บุตรหลานของท่านรับประทานเครื่องดื่มรสหวาน เช่น นมรสหวาน นมเปรี้ยว น้ำหวาน โกโก้ ชาเย็น น้ำปั่น และน้ำผลไม้ เป็นต้น ($M=1.94$, $SD=1.03$) บุตรหลานของท่านรับประทานขนมครก/ปาท่องโก๋/ข้าวเหนียวหมูปิ้ง/โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป/ข้าวเหนียวไก่ทอดในมื้อเช้า ($M=1.97$, $SD=0.90$) และบุตรหลานของท่านรับประทานนมรสหวาน เช่น หมากฝรั่ง ไอติม หวานเย็น ช็อกโกแลต ลูกอม และเยลลี่ ฯลฯ ($M=2.25$, $SD=0.98$) แสดงให้เห็นว่า เด็กมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เช่น นมปรุงแต่งรส น้ำหวาน ชาเย็น น้ำผลไม้ เป็นต้น ซึ่งเครื่องดื่มรสหวานเหล่านี้จะมีส่วนประกอบของน้ำตาลในปริมาณมากเกินไป ปริมาณที่แนะนำต่อวัน ดังนั้น พฤติกรรมเหล่านี้จึงส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่²⁰

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง ได้ร้อยละ 37.50 มีดังนี้

การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนสามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู

เพื่อน การจัดการรายได้ของนักเรียน และกิจกรรมที่สนับสนุนในการออกกำลังกาย²¹ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน อธิบายได้ว่า ถ้าเด็กวัยก่อนเรียนมีการเข้าถึงอาหารกึ่งสำเร็จรูป นมปรุงแต่งรส ขนมกรุบกรอบ และน้ำผลไม้สำเร็จรูปมาก ก็จะทำให้พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนเพิ่มมากขึ้น

การเตรียมอาหารของผู้ปกครองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนได้ ซึ่ง New Zealand Ministry of Health²² ได้กล่าวถึงบทบาทของพ่อแม่ในการส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานอาหารของเด็ก โดยพ่อแม่มีการจัดเตรียมอาหารให้มีปริมาณที่เหมาะสมตามวัย เลือกซื้ออาหารที่มีความหลากหลาย มีคุณค่าทางตามหลักโภชนาการ จัดหาอาหารที่มีปริมาณเหมาะสมกับวัย สร้างบรรยากาศที่ดีในการรับประทานอาหารร่วมกัน ภายในครอบครัว มีการจำกัดอาหารและเครื่องดื่มที่มีไขมัน น้ำตาล และเกลือสูง พ่อแม่ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้เลือกอาหารที่รับประทานในบางมื้อ มีความสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL¹⁰ ที่เชื่อว่าปัจจัยเอื้อเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ การเข้าถึงอาหารและการเตรียมอาหารของผู้ปกครอง เป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการ อธิบายได้ว่าการเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน เป็นการเข้าถึงแหล่งอาหารที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการ เนื่องจากแหล่งอาหารเป็น

สิ่งแวดล้อมที่เด็กวัยก่อนเรียนสามารถเข้าถึงได้ และการเตรียมอาหารประเภทผักหรือทอด อาหาร กึ่งสำเร็จรูป นมปรุงแต่งรส ให้เด็กได้รับประทานมาก ก็จะทำให้พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็ก วัยก่อนเรียนเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษา การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็ก ก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก พบว่า สาเหตุของภาวะโภชนาการเกิน เกิดจากการเลี้ยงดูแบบตามใจ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ บอกว่า “ตามใจ แค่อยากกินอะไรก็ให้กิน” โดยปู่ ย่า ยาย จะอนุญาตให้เด็กได้รับประทานอาหารที่เด็ก ชอบ เช่น ไก่ทอด หมูทอด ข้าวผัด ขนม หรือ ไอศกรีม และเด็กไม่ชอบกินผัก บางครอบครัว อนุญาตให้เด็กซื้ออาหารจากร้านค้าได้เองตาม ความต้องการ²³

ดังนั้น จากการศึกษาที่สรุปได้ว่า การ เข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนและการเตรียม อาหารของผู้ปกครอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อน เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง และตัวแปรดังกล่าวเป็นปัจจัยเอื้อ ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED MODEL¹⁰ ที่อธิบายได้ว่า ปัจจัยเอื้อ คือ สิ่งที่เป็น แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม ของบุคคล ชุมชนรวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคล สามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และ ความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และ ความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่เป็นในการแสดง

พฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่าย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเข้าถึงอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ดังนั้น ผู้ปกครองควรเปิดโอกาสให้เด็กได้เลือก อาหารที่รับประทานในบางมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารกึ่ง สำเร็จรูป นมปรุงแต่งรส ขนมกรุบกรอบ และน้ำ ผลไม้สำเร็จรูป

2. ผู้ปกครองควรจัดเตรียมอาหารให้มี ปริมาณที่เหมาะสมตามวัย หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้ การผัดหรือทอด เลือกซื้ออาหารที่มีความ หลากหลาย มีคุณค่าทางตามหลักโภชนาการ จำกัดอาหารและเครื่องดื่มที่มี ไขมัน น้ำตาล และ เกลือสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ กองการศึกษา สำนักงานเทศบาลตำบลแม่ขี สำนักงานเทศบาลตำบลตะโหนด และสำนักงาน เทศบาลตำบลคลองใหญ่ ที่ให้ความอนุเคราะห์ใน การใช้พื้นที่ และคณะครู พี่เลี้ยงเด็ก นักเรียน และ ผู้ปกครอง ที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือ อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ประไพพิศ สิงหเสนี ศักรินทร์ สุรณเวหา และ อติญาณ์ ศรีเกษตรริน. การส่งเสริมโภชนาการใน เด็กวัยก่อนเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย

- พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(3): 226-235.
2. จุไรรัตน์ วัชรอาสน์. โภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน [อินเทอร์เน็ต]. (2560). [เข้าถึงเมื่อ 19 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://164.115.41.60/excellencecenter/?p=166>.
3. ทักษิณา ช่ายแก้ว. โรคขาดสารอาหาร โรคอ้วน ความท้าทายด้านโภชนาการของประเทศแถบเอเชียอาคเนย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://www.voathai.com/a/asia-child-nutrition-tk/3331820.html>.
4. สำนักข่าวเจาะลึกระบบสุขภาพ. ผลสำรวจระดับชาติล่าสุดชี้ภาวะทุพโภชนาการของเด็กและการไม่เรียนต่อระดับมัธยมเพิ่มขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักข่าว; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2020/10/20357>.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. พัทลุง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2564.
6. กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา. สภาวะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กตำบลโนนสูง-น้ำคำ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 2562; 22(2): 25-37.
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2559.
8. ศักรินทร์ สุวรรณเวหา อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และวิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2562; 25(2): 8-24.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: อีโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2559.
10. Green, L. & Krueter, M. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. American: Mayfield Publishing; 2005.
11. บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2556; 16(2): 9-18.
12. วีรวัลย์ ศิรินาม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา

- สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
13. Bloom, Benjamin S., et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
 14. Best, J.W. Research in Education. (3rd ed) Engelwood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; (1977).
 15. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. โปรแกรมคำนวณภาวะโภชนาการ (INMU – ThaiGrowth). นครปฐม: สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
 16. กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการพยาบาลด้านผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. 2560; 10(1): 56-68.
 17. สุระพร ปุ้ยเจริญ และคณะ. สถานการณ์การจัดการด้านอาหารและโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ตำบลเทพา อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2562; 2(1): 119-130.
 18. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจการจัดการอาหารและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. 2557: 63.
 19. จิรารัตน์ พร้อมมูล และคณะ. สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561; 5(3): 169-185.
 20. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/38365-กินหวานจัด%20ก่อสารพัดโรค%20.html>.
 21. จิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ ชัญญิตาคุชฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริธากุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560; 25(2): 43-56.
 22. New Zealand Ministry of Health. Food and nutrition guidelines for healthy children and young people (aged 2 -18 years). New Zealand: The Ministry of Health; 2012.

23. สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ. การนำเสนอ
ทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัย
เรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็ก. วารสารสภาการพยาบาล. 2560;
32(4): 120-13

Received: 15 Feb 2021, Revised: 23 Apr 2021

Accepted: 20 May 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

แก้วใจ มาลีสัย^{1*} พิมพ์ชนก ศรีสุข² รุจิรา พุทธคุณ³
วิศรา โรจนาวรรณ⁴ และศุภชัย ยานะเรือง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 2) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจงคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียน บ้านคูเมือง (อื่อนอนุเคราะห์) ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีการศึกษา 2561 จำนวน 197 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามและแบบวัดความรู้ ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.7 และ 1.0 ตามลำดับ แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบหาค่าความ เชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's Alpha มีค่าเท่ากับ 0.7 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.7 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่านักเรียนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบระดับปานกลางร้อยละ 69.5 พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำคือแปรงฟันหลังจากตื่นนอนตอนเช้าร้อยละ 86.3 พฤติกรรมที่ไม่ เคยปฏิบัติเลยคือใช้ไหมขัดฟันหลังแปรงฟันร้อยละ 60.9 นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค เหงือกอักเสบระดับดีร้อยละ 54.8 ความรู้ที่นักเรียนตอบถูกมากที่สุดคือโรคเหงือกอักเสบทำให้มีเลือดออก เวลาแปรงฟันร้อยละ 92.4 ความรู้ที่นักเรียนตอบผิดมากที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในวัยรุ่น อาจเป็นสาเหตุเสริมของการเกิดโรคเหงือกอักเสบร้อยละ 60.4 ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ นักเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีและมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะช่วย แก้ไขปัญหาโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนได้ อีกทั้งยังช่วยลดแนวโน้มของการเกิดโรคเหงือกอักเสบในวัย ผู้ใหญ่ต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกัน โรคเหงือกอักเสบ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาดิษฐ์ อำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันทรารมย์ อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

*Corresponding Author: kaewjai@scphub.ac.th

Original Article

Preventive Behavior of Gingivitis among Secondary School Students,
Kumuang Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani ProvinceKaewjai Maleelai^{1,*}, Pimchanok Srisook², Rujira Phuttakhun³,
Waritsara Rochanawan⁴, Suppachai Yanarueng¹

Abstract

The cross-sectional descriptive study aimed to 1) study preventive behaviours of Gingivitis among secondary school students. 2) Study the knowledge about Gingivitis among secondary school students. A total purposive selected 197 samples were recruited from secondary school students at Ban Kumuang (On-Anukro) school, Kumuang Sub-district, Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province in the academic year 2018. Collected data by questionnaires and knowledge testing. The content validity was 0.7 and, 1.0 respectively. The reliability questionnaires of the preventive behaviour of Gingivitis by Cronbach's Alpha method was 0.7. The reliability of knowledge testing by KR-20 was 0.7. Analyzed data by descriptive statistics; frequency, percentage, average and standard deviation. The results showed that the participants had the preventive behaviour of Gingivitis at a moderate level (69.5 %). The most preventive behaviours that participants regularly practice was brushing their teeth after waking up in the morning (86.3%). The behaviour that the participants had never practice was using dental floss after brushing (60.9%). Most of the participants (54.8 %) knew the Gingivitis at a high level. The knowledge that the participants correctly answering was Gingivitis causing bleeding when brushing their teeth (95.4%). While the incorrectly was hormone changing in adolescents may be a contributing cause of Gingivitis (60.4%). The findings can encourage students to have good oral health care behaviours and knowledge of oral health care. These will aid in the prevention of Gingivitis in students. It also helps to reduce preventive Gingivitis in adults.

Keywords: prevention behavior, Gingivitis, secondary school students

¹ Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

² Sao Diao Sub-district Health Promoting Hospital, Nong Hong District, Buri Ram Province

³ Non Sa-At Sub-district Health Promoting Hospital, Renu Nakhon, Nakhon Phanom

⁴ Kanthararom Sub-District Promoting Hospital, Krasang District, Buri Ram Province

*Corresponding Author: kaewjai@scphub.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาปัญหาโรคเหงือกอักเสบในวัยรุ่นตอนต้นระดับประเทศนั้น พบว่ายังคงมีความรุนแรง โดยวัยรุ่นตอนต้นอายุ 12 ปี พบมีปัญหของเหงือกอักเสบแบบต่าง ๆ คือมีเลือดออกถึงร้อยละ 34.5 มีหินน้ำลายและมีเลือดออกร้อยละ 31.8 เหงือกอักเสบแบบปกติร้อยละ 17.0 และเหงือกอักเสบมีหินน้ำลายร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ส่วนวัยรุ่นตอนต้นอายุ 15 ปี พบปัญหาของเหงือกอักเสบที่มีหินน้ำลายและมีเลือดออกร้อยละ 45.2 และมีเลือดออกร้อยละ 24.7 มีหินน้ำลายร้อยละ 17.4 และเหงือกอักเสบแบบปกติร้อยละ 12.7 ตามลำดับ¹ ปัญหาโรคเหงือกอักเสบในวัยรุ่นตอนต้นเป็นปัญหาทางทันตสุขภาพที่มีความสำคัญแม้จะการเปลี่ยนแปลงของระบบการบริการทางด้านทันตสาธารณสุขโดยมีการขยายระบบบริการทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ปัญหาทันตสุขภาพก็ยังไม่ลดลง² อีกทั้งโรคในช่องปากเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียน โดยเฉพาะโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ³ ที่เป็นปัญหาสำคัญและเป็นปัญหาเรื้อรังทางทันตสาธารณสุข เพราะนักเรียนขาดการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ⁴ จากการสำรวจการบริโภคอาหารว่าง พบว่ากลุ่มอายุ 6-14 ปี มีความถี่ในการบริโภคอาหารกลุ่มขนมสำหรับทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ โดยเฉลี่ยรับประทาน 1-2 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 37.5 และกลุ่มอายุ 15-24 ปี เฉลี่ยรับประทาน 1-2 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 49.0 โดยอาหารว่างที่รับประทานนั้นเป็นเป็นอาหารเบาๆ ที่แทรกระหว่างมื้อหลัก มีทั้งอาหารคาวและหวาน⁵ การรับประทานอาหารทั้ง

อาหารหลักและอาหารว่าง หากขาดการทำทำความสะอาดช่องปากหรือดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องหลังรับประทานอาหารแล้ว จะทำให้มีการสะสมของเศษอาหารตามซอกเหงือกและฟัน จนส่งผลทำให้เกิดปัญหาโรคในช่องปากได้

วัยรุ่นตอนต้นจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพในช่องปากร้อยละ 55.2 โดยมีปัญหาเกี่ยวกับฟันผุมากที่สุดร้อยละ 61.5 รองลงมาคือมีหินปูนเกาะฟันร้อยละ 55.9 และมีกลิ่นปากร้อยละ 50.8⁶ เด็กวัยเรียนช่วงอายุ 11-14 ปี มีอัตราการเป็นโรคเหงือกอักเสบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 25 โรคเหงือกอักเสบหากไม่ได้รับการรักษา จะนำไปสู่การสูญเสียฟันแท้ในอนาคต⁷ ซึ่งลักษณะของโรคเหงือกอักเสบที่พบคือมีอาการอักเสบของเหงือก มีขอบเหงือกแดง มีเลือดออกหลังจากแปรงฟัน บางครั้งก็จะมีเศษอาหารติดตามซอกฟัน เคี้ยวอาหารแล้วก็มีอาการเจ็บ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคเหงือกอักเสบคือคราบอาหารหรือเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ตามซอกเหงือกและฟัน⁸

ผลการสำรวจทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นอายุ 12 ปี มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ ดังนี้ เหงือกอักเสบแบบมีเลือดออก ร้อยละ 39.3 มีหินน้ำลายและมีเลือดออกร้อยละ 30.8 มีหินน้ำลายร้อยละ 16.1 เหงือกอักเสบแบบปกติร้อยละ 13.8 ส่วนวัยรุ่นอายุ 15 ปี พบเหงือกอักเสบแบบมีหินน้ำลายและมีเลือดออกร้อยละ 40.6 แบบมีเลือดออกพบร้อยละ 28.6 มีหินน้ำลายร้อยละ 17.5 และเหงือกอักเสบแบบปกติร้อยละ 13.3¹ การส่งเสริมและป้องกันทันต

สุขภาพกลุ่มวัยเรียนโดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 12 -15 ปี เป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบสูงและควรเน้นหนักในด้านการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ เนื่องจากเป็นช่วงที่เด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทำให้ลักษณะในช่องปากพบเหงือกบวมโตหรือมีลักษณะเหงือกอักเสบ⁹ การป้องกันโรคเหงือกอักเสบที่มีประสิทธิภาพนั้นคือการดูแลอนามัยช่องปากของตนเองในทุกๆวัน¹⁰ พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่างของกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก หากขาดความรู้และขาดพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากที่ถูกต้อง ปัญหาสุขภาพช่องปากไม่ว่าจะเป็นกลิ่นปากหรือโรคฟันผุ ล้วนส่งผลให้กลุ่มวัยรุ่นตอนต้นมีแนวโน้มของการเกิดโรคเหงือกอักเสบในวัยผู้ใหญ่

ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มนักเรียนช่วงอายุ 11-12 ปี โรงเรียนบ้านคูเมือง (อ่อนนุเคราะห์) ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา¹¹ อีกทั้งพบว่านักเรียนยังคงมีสภาวะเหงือกอักเสบหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา แต่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา¹² ดังนั้นทีมวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปวางแผนส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากและสภาวะโรค

เหงือกอักเสบให้กับนักเรียนกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นเพื่อให้นักเรียนเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ปราศจากปัญหาโรคเหงือกอักเสบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2) เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Design) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (1-3) โรงเรียนบ้านคูเมือง (อ่อนนุเคราะห์) ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 197 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (1-3) โรงเรียนบ้านคูเมือง (อ่อนนุเคราะห์) ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีการศึกษา 2561 ที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี จำนวน

197 คน เกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้รับความยินยอมให้เข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครอง สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้เสมอ เกณฑ์การคัดออก คือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาในวันนัดหมายในการทำวิจัยติดต่อกัน 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเห็อกอักเสบ 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเห็อกอักเสบ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ท่านอาศัยอยู่กับใคร ค่าใช้จ่ายที่ได้รับในแต่ละวัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเห็อกอักเสบ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามวัดการปฏิบัติเป็นแบบจัดอันดับคุณภาพ (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-6 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-3 วัน/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติ (ไม่เคยปฏิบัติเลย) โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม โดยพิจารณาตาม เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Best¹³ เป็นมีพฤติกรรมปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเห็อกอักเสบระดับดีมาก ระดับปานกลาง และระดับควรปรับปรุง ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.0-4.0 หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเห็อกอักเสบระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.0-2.9 หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเห็อกอักเสบระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.0-1.9 หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเห็อกอักเสบที่ควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเห็อกอักเสบ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถูก หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าเนื้อหาถูกต้อง ให้คะแนน 1

ผิด หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าเนื้อหาไม่ถูกต้อง ให้คะแนน 0

การแปลผลคะแนนด้านความรู้ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ของศิริพร คุุเพียรภูมิ¹⁴ แบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับความรู้ไม่ดี ระดับความรู้ปานกลาง และระดับความรู้ดี ดังนี้

ระดับความรู้ไม่ดี หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ตอบถูก 0-8 ข้อ)

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (ตอบถูก 9-11 ข้อ)

ระดับความรู้ดี หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป (ตอบถูก 12 ข้อขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเห็อกอักเสบ (IOC = 0.7) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเห็อกอักเสบ (IOC = 1) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไป

ทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนลือคำหาญ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แบบสอบถาม พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค 0.7 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ วิเคราะห์ KR 20 เท่ากับ 0.7

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUBI021/2561 โดยผู้ปกครองยินยอมแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจเข้าร่วม สามารถถอนชื่อจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้โดยไม่มีข้อแม้ ข้อมูลจากแบบสอบถามการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการสถานศึกษาและคุณครูประจำชั้น รวมทั้งผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านคูเมือง (อ่อนอนุเคราะห์) ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

3. ดำเนินเก็บข้อมูลตามวันเวลาที่นัดหมาย และตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.8) รองลงมาคือเพศชาย (ร้อยละ 47.2) ส่วนใหญ่อายุ 13 ปี (ร้อยละ 39.6) รองลงมาคือ อายุ 14 ปี (ร้อยละ 28.9) อายุสูงสุดคือ 15 ปี (ร้อยละ 22.3) อายุต่ำสุดคือ 12 ปี (ร้อยละ 9.1) เรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคือเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (ร้อยละ 28.4) และเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 27.4) อาศัยอยู่กับญาติหรือผู้ปกครองมากกว่า 2 คน (ร้อยละ 57.9) รองลงมาอาศัยอยู่กับญาติหรือผู้ปกครอง 2 คน (ร้อยละ 29.9) และอาศัยอยู่กับญาติหรือผู้ปกครอง 1 คน (ร้อยละ 12.2) ส่วนใหญ่ได้รับค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 20-50 บาท (ร้อยละ 93.0) และได้รับค่าใช้จ่าย 50 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 2.0) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกัน/ควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกัน/ควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.5 ($\bar{X} = 3.35$, $SD=1.26$) รองลงมาคือระดับดีมาก ร้อยละ 28.9 ($\bar{X} = 2.49$, $SD=1.06$) และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 1.5 ($\bar{X} = 1.58$, $SD=0.86$) ดังตารางที่ 1

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเหียงอก
 อักเสบ 54.8 ($\bar{X}$ =0.85, SD=0.35) รองลงมาคือมีความรู้
 ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.6 ($\bar{X}$ =0.74,
 SD=0.43) และความรู้ระดับไม่ดี ร้อยละ 7.0 ($\bar{X}$
 =0.48, SD=0.49) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน/ควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันโรคเหียงอกอักเสบน

พฤติกรรมกรรมการป้องกัน/ควรหลีกเลี่ยง เพื่อป้องกันโรคเหียงอกอักเสบน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ดีมาก	57	28.9	3.35	1.26
ปานกลาง	137	69.5	2.49	1.06
ควรปรับปรุง	3	1.5	1.58	0.86

ตารางที่ 2 แสดงระดับความรู้ในการป้องกันโรคเหียงอกอักเสบน

ระดับความรู้ในการป้องกันโรคเหียงอกอักเสบน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ดี	108	54.8	0.85	0.35
ปานกลาง	76	38.6	0.74	0.43
ไม่ดี	13	7.0	0.48	0.49

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.8) รองลงมาคือเพศชาย (ร้อยละ 47.2) ส่วนใหญ่อายุ 13 ปี (ร้อยละ 39.6) ส่วนใหญ่เรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 44.2) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับญาติหรือผู้ปกครองมากกว่า 2 คน (ร้อยละ 57.9) และส่วนใหญ่ได้รับค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 20-50 บาท (ร้อยละ 93.0)

นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกัน/ควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันโรคเหียงอกอักเสบนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.5 ($\bar{X}$ = 3.35, SD=1.26) และส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการ

ป้องกันโรคเหียงอกอักเสบนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.8 ($\bar{X}$ =0.85, SD=0.35)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการป้องกัน/ควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันโรคเหียงอกอักเสบนของนักเรียนรายชื่อที่ปฏิบัติเป็นประจำคือ กลุ่มนักเรียนแปร่งพินหลังจากตื่นนอนตอนเช้า (ร้อยละ 86.30) และแปร่งพินก่อนเข้านอน (ร้อยละ 44.2) ซึ่งสอดคล้องกับณัฐมน สมวัน และรุจิรา ดวงสงค์⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเหียงอกอักเสบนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย และพบว่าวัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมแปร่งพินหลังรับประทานอาหารและก่อนนอนระดับสูง พฤติกรรมที่นักเรียนปฏิบัติเป็นประจำรองลงมาคือ

กินผลไม้ (ร้อยละ 55.3) การกินผลไม้ที่มีวิตามินซี จะช่วยบำรุงฟันและเหงือก อีกทั้งเส้นใยของผลไม้ จะช่วยทำความสะอาดฟันไม่ทำให้เกิดการสะสม ของเศษอาหารตามซอกเหงือกและฟัน แต่ถ้าหาก เป็นผลไม้ที่มีรสหวานก็อาจจะเป็นสาเหตุของฟันผุ ได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องการบริโภค ผลไม้ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพฟันจึงควรดำเนินการ จากทั้งทางโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้นักเรียนมีพฤติกรรมบริโภคผลไม้ที่มี ประโยชน์ต่อร่างกายและฟัน และพฤติกรรมที่กลุ่ม ตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำอีกอย่างคือเปลี่ยนแปรง สีฟันใหม่เมื่อแปรงสีฟันมีขนแปรงบานออก (ร้อยละ 49.7) ซึ่งพฤติกรรมนี้ควรได้รับการส่งเสริมและ ควรคำแนะนำในเลือกแปรงสีฟันที่เหมาะสม รวมทั้งระยะเวลาในการใช้งานของแปรงสีฟัน การใช้แปรงสีฟันที่บานออก อาจจะเป็นสาเหตุของการ บาดเจ็บของเหงือกและมีเลือดออกได้ ซึ่งยังมีกลุ่ม ตัวอย่างอีกจำนวนเกือบร้อยละ 50 ที่ยังไม่ได้ถือ ปฏิบัติในการเปลี่ยนแปรงอย่างเป็นประจำเมื่อขน แปรงบานออก และยังมีพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ไหมขัดฟันหลังแปรงฟัน (ร้อยละ 60.9) เพราะการแปรงฟันเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่ สามารถทำความสะอาดซอกฟันหรือร่องเหงือกได้ เพียงพอ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการสะสมคราบ แบคทีเรียและเศษอาหารทำให้เกิดปัญหาโรค เหงือกอักเสบได้ในอนาคต พฤติกรรมที่กลุ่ม ตัวอย่างควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันโรคเหงือก อักเสบคือพฤติกรรมที่ชอบแปรงฟันแรงๆ หรือใช้ แปรงสีฟันที่มีขนแปรงแบบแข็ง หรือพฤติกรรม การดื่มน้ำอัดลม เป็นต้น พฤติกรรมที่ควรส่งเสริม ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำทุกวันๆเพื่อให้มี สุขภาพช่องปากที่ดี และเป็นการป้องกันโรคเหงือก อักเสบที่จะเกิดขึ้น ได้แก่การแปรงฟันก่อนเข้า

นอน การแปรงฟันหลังจากที่แปรงฟันเสร็จ แปรง ฟันหลังกินอาหารกลางวัน ใช้ไหมขัดฟันหลังแปรง ฟัน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนนุ่ม และควรไปพบทันต บุคลากรเพื่อรับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือก อักเสบของกลุ่มนักเรียน ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 54.82 สอดคล้องกับงานวิจัย ของนันทนา สุจินพรหม และนิรุวรรณ เทรินโบล³ ศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการส่งเสริมทันต สุขภาพในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชนในโรงเรียนบ้านแกใหญ่ ตำบล แกใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัย พบว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้ในการดูแล สุขภาพช่องปากระดับสูง ร้อยละ 72.46 และ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภกร ศิริบุรี⁴ ที่ศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วย PRECEDE Framework ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นแต่มีพฤติกรรม การดูแลช่องปากลดลงต่างจากงานวิจัยของกัญญ์ มน สมวัน และรุจิรา ดวงสงค์⁷ ที่ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเหงือกอักเสบของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนแห่ง หนึ่ง อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ผลการ ศึกษาวิจัย พบว่านักเรียนมีความรู้กับโรคเหงือก อักเสบแค่ระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรค เหงือกอักเสบระดับปานกลาง มีการปฏิบัติในการ ดูแลสุขภาพช่องปากเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 77.48) และพบว่าการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่อง ปากน้อยมีโอกาเสี่ยงต่อโรคเหงือกอักเสบ มากกว่าคนที่ดูแลสุขภาพช่องปากดี ทำให้สรุปได้ ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบมีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ

เมื่อพิจารณาคำถามรายข้อความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ พบว่าข้อคำถามที่กลุ่มนักเรียนตอบถูกมากที่สุดคือ โรคเหงือกอักเสบทำให้มีเลือดออกเวลาแปรงฟัน ร้อยละ 92.38 รองลงมาคือ การแปรงฟันไม่สะอาดทำให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 87.81 และการใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ช่วยให้เหงือกมีสุขภาพดี ร้อยละ 86.29 ตามลำดับ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนทั้งเวลาแปรงฟันแล้วมีเลือดออก คือสัญญาณเตือนถึงปัญหาของสุขภาพเหงือกที่ไม่แข็งแรง การแปรงฟันที่ไม่สะอาดทำให้เกิดคราบสะสมของจุลินทรีย์ซึ่งอาจทำให้นักเรียนตระหนักถึงผลร้ายที่จะตามมาของปัญหาสุขภาพช่องปากและโรคเหงือกอักเสบ ส่วนข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบที่กลุ่มนักเรียนตอบผิดมากที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในวัยรุ่นอาจเป็นสาเหตุเสริมของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 60.40 ซึ่งความรู้ในข้อนี้ทางโรงเรียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขในเขตพื้นที่ควรจะมีการอบรมหรือมีกิจกรรมส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในวัยรุ่นส่งผลหรือสามารถส่งเสริมการเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ โดยช่วงมัธยมศึกษาตอนต้นหรือช่วงวัยรุ่นตอนต้นเป็นช่วงที่ฮอร์โมนเพศมีมากทำให้เลือดไปเลี้ยงเหงือกมีปริมาณมากและไวต่อสิ่งที่ระคายเคืองได้ง่าย ทำให้เหงือกมีอาการบวมที่เหงือกได้ง่าย ซึ่งส่งเสริมทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่ายขึ้น ข้อคำถามรายข้อด้านความรู้ที่กลุ่มนักเรียนตอบผิดรองลงมา

คือ คราบหินน้ำลายสามารถกำจัดได้ด้วยการแปรงฟัน ร้อยละ 48.22 ซึ่งการกำจัดคราบหินน้ำลายออกจากฟันได้นั้นกลุ่มนักเรียนต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขเพื่อขูดหินน้ำลายออก อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักเรียนและผู้ปกครอง รวมทั้งคุณครูโรงเรียนบ้านคูเมือง (อ่อนอนุเคราะห์) ตำบลคูเมือง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
2. ณัฐรุส แก้วสุทธ, อังคินันท์ อินทรกำแหง และพัชรี ดวงจันทร์. “ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น” วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 19(2): 153-163; กรกฎาคม 2556
3. นันทนา สุจินพรหม และนิรุวรรณ เทรินโบล. “การพัฒนากระบวนการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในโรงเรียนบ้านแกใหญ่ ตำบลแกใหญ่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ” วารสารทันตภิบาล. 27(1): 3-4; มกราคม-มิถุนายน 2559.

4. ศุภกร ศิริบุรี. “ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วย PRECEDE Framework ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 11(3): 355-368; กรกฎาคม-กันยายน 2560.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจอนามัยสวัสดิการ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ เท็กซ์ แอนด์ เจอร์รัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2561.
6. วิชัย ศรีคำ, ศุภรศมี อัสวพรธนภัทร์ และพิศมร กองสิน. “พฤติกรรมกรกินที่มีผลต่อสุขภาพในช่องปากของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดนครปฐม” วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2(1): 1-14; มกราคม-ธันวาคม 2560.
7. ณัฐมน สมวัน และรุจิรา ดวงสงค์. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งอำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย” วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 21(1): 10-19; มกราคม-เมษายน 2561.
8. ยสวิมล คูผาสุก. โรคเหงือกอักเสบ [เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://dt.mahidol.ac.th/th/>
9. อรุณณีย์ ธงสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนห้วยหว้าวิทยาคม ตำบลโนนฆ้องอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
10. เพ็ญแข ลาภยิ่ง และเสกสรรค์ พวกอินแสง. ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
11. 11. SaengpechJ, Warnhorm N, KhamjanS, Samongram O, Maleelai K and Somhom W. Effect of Dental Health Education Program among Grade Six Students at Ban Khu Mueang School (On Anukrok), Ubon Ratchathani Province. International Journal of Management and Applied Science. 4 (11): 27-32; 2018.
12. Saengpech J, Warnhorm N, Khamjan S, Samongram O, Maleelai K and Somhom W. Effect of Dental Health Education Program among Grade Six Students at Ban Khu Mueang School (On Anukrok), Ubon Ratchathani Province. International Journal of Management and Applied Science. 4 (11): 27-32; 2018.
13. อุมพร ชมโฉม, อารยา ปรานประวีตร และวันเพ็ญ แก้วปาน. “ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น” วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ

สาธารณสุขภาคใต้. 4 (1): 234-252; มกราคม-
เมษายน 2560.

14. Best, J.W. Research in education. 8th
ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
[cited 2020 December 21]. Available
from: [https://ww2.odu.edu/~jritz/attach
ments/reined.pdf](https://ww2.odu.edu/~jritz/attachments/reined.pdf)
15. ศิริพร คุยเพียรภูมิ. การแปลผลคะแนนด้าน
ความรู้. วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนา
ประเทศ. 2555; (11) 3: 358.

Received: 24 Feb 2021, Revised: 16 Mar 2021

Accepted: 31 Mar 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา

สิประภา บุปผารรรณ^{1,*} ประจวบ แหลมหลัก² อนุกุล มะโนทน²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน 347 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากรนักเรียนแต่ละโรงเรียน จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 2404 คน เครื่องมือที่ใช้ แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.70 สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติไค-สแควร์ และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 นักเรียนมีระดับความเครียดในระดับเครียดมาก ร้อยละ 47.6 รองลงมาเป็นระดับความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 27.7 และระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 24.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียน ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ปัจจัยด้านการศึกษา ได้แก่ แผนการเรียนที่กำลังศึกษา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านการเรียนการสอน และด้านภูมิทัศน์ ดังนั้นผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลประกอบแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

คำสำคัญ: นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6, ความเครียด, ปัจจัยด้านการศึกษา, ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author: Num-25num@hotmail.com

Original Article

The Factors Related to Stress Mathayomsuksa VI Students in Phayao Province

Sirapha Bubphawanna^{1,*}, Prachuab Lamluk², Anukul Manotan²

Abstract

The purpose of this study was to study the factors affecting stress of Mathayomsuksa VI The 347 students were selected by using a stratified sampling form total 2404 matthayomsuksa VI students in Phayoa province. The data were collected by using self-administrative questionnaires with Cronbach alpha = 0.70 The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Pearson product moment correlation The result found that the most of the students are women 67.7% the students stress level was high, severe and moderate at 47.6%, 27.7% and 24.8%, respectively. The factors those related to stress of students were personal factor such as gender, and congenital disease. Education factor such as study plan. Environmental factors such as relationship with friend, education program, and the landscape. The findings from this study can be used to improve education program in a way that can support students' mental health.

Keywords: Mathayomsuksa VI, Strain, Education factor, Environmental factors

¹ Master's degree Student in Master of Public Health Program, Faculty of Medicine, University of Phayao

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, University of Phayao

* Corresponding author: Num-25num@hotmail.com

บทนำ

ความเครียด คือ ภาวะของอารมณ์ความรู้สึก ที่ถูกกดดัน ส่งผลให้เกิดอาการแสดงที่แตกต่างกัน เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ ปวดหัว เป็นต้น และอาจมีอาการประสาทหลอนได้ในกรณีที่เกิดความเครียดและไม่สามารถหาทางระบายความเครียดออกมาได้ จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล¹ ความเครียดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สามารถพบได้ในชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน²

ความเครียดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่ามีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุก ๆ 40 วินาที และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของวัยรุ่น อายุ 15-29 ปี มากที่สุด³

จากสถิติของประเทศไทย พบว่าภาวะเครียดในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มที่สูงขึ้น สอดคล้องกับผลการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 มีวัยรุ่นอายุ 11-19 ปี โทรเข้าขอคำปรึกษาในเรื่องความเครียดสูงสุด ร้อยละ 51.36 รองลงมา คือปัญหาความรัก และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 21.39 9.82 ตามลำดับ⁴ โดยภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศ จังหวัดพะเยา พบว่ามีอัตราฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.71 ติดอันดับ 1 ใน 10 ของจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงในภาคเหนือ⁵ โรงพยาบาลพะเยา ได้เก็บสถิติของผู้มารับบริการระหว่างเดือน

มกราคมถึงมีนาคม พบผู้มารับบริการคำปรึกษา เพราะเกิดความเครียดและวิตกกังวล รวมกว่า 400 คน โรคซึมเศร้า กว่า 200 คน⁶ จากสถานการณ์ในปัจจุบันปัญหาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของชีวิต เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในกลุ่มวัยรุ่น ในกลุ่มนี้เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นวัยที่มีปัญหา มีการปรับตัว มีความเครียดทางอารมณ์ และใช้อารมณ์ในการตัดสินใจ⁷ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นวัยที่ต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน มีการสนใจของเพศตรงข้าม มีความคิดเป็นของตนเองอาจจะส่งผลให้ประพฤติดนไม่เหมาะสมได้ง่ายจึงเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ง่าย ถ้าไม่ได้รับการป้องกันและแก้ไขอาจนำไปสู่สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเช่น การแข่งขันทางการเรียน การที่นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่เท่ากัน การถูกบังคับให้เลือกเรียนในสาขาที่ไม่ชอบ การที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี ไม่สามารถจะส่งเสียให้เรียนได้ การที่พ่อแม่มีปัญหาทะเลาะหย่าร้างกัน การที่โรงเรียนมีการจัดสภาพการเรียนการสอนในห้องเรียนและในบริเวณโรงเรียนไม่เหมาะสมต่อการเรียนรู้และการผ่อนคลาย รวมทั้งการต้องอยู่ในกฎเกณฑ์ของโรงเรียน ความรู้สึกด้อย รู้สึกไม่เท่าเทียมกันในด้านความเป็นอยู่และสภาพสังคม ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียด⁸ นอกจากนี้การเตรียมตัวสอบเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออนาคตของวัยรุ่น เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ซึ่งส่งผลกระทบต่ออนาคต บางคนมองว่าเป็นเหมือนเป้าหมายสูงสุดในชีวิต แต่เนื่องจากสถาบันการศึกษาโดยเฉพาะของรัฐ ที่รับผู้จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้เพียงจำนวนน้อย

เท่านั้น จึงเกิดการแข่งขันในการสอบเข้าศึกษาต่อ⁹ ส่งผลให้กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เกิดความเครียด เนื่องจากเป็นขั้นปีสุดท้ายของการเรียนในระดับมัธยมศึกษา และเป็นช่วงที่ต้องเตรียมตัวสอบเข้าศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย รวมไปถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความคาดหวังจากครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง สภาพแวดล้อมในโรงเรียน สภาพเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งปัจจัย เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุในการก่อให้เกิดความเครียดได้¹⁰

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงและมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้นักเรียนเกิดความเครียด คือ ปัญหาการเรียน ปัญหาเพื่อนร่วมชั้นเรียน ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจและการเงิน และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียด คือ ปัจจัยส่วนตัว ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านการเรียน¹¹ และจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าสาเหตุที่สร้างความเครียดให้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 คือ เรื่องการเรียน ความไม่พร้อมในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย และความคาดหวังของผู้ปกครองในตัวนักเรียนที่จะสอบเข้ามหาวิทยาลัย¹² และเนื่องจากสถานการณ์ในปัจจุบันของประเทศในตอนนี้กำลังเผชิญกับโรคระบาดโควิด¹³ ซึ่งส่งผลกระทบในหลายด้านทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม รวมถึงด้านการเรียนการสอนของนักเรียนซึ่งจะต้องมีการเลื่อนเปิดเทอม และจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์⁶ ทำให้เกิดความกดดันต่อตัวนักเรียนชั้น

มัธยมศึกษาปีที่ 6 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ 6 ในจังหวัดพะเยา เนื่องจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ 6 เป็นช่วงวัยรุ่นที่กำลังจะเข้าสู่ช่วงวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงต้องเลือกทางเดินของชีวิต ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในหลายด้าน เพื่อให้ให้นักเรียน อาจารย์ ผู้ปกครอง โรงเรียน และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงปัจจัยหรือสาเหตุที่มีผลต่อความเครียดของนักเรียน เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหาอย่างเหมาะสม และสามารถหาวิธีจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการศึกษา และปัจจัยด้านสภาพสิ่งแวดล้อมมีสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในจังหวัดพะเยา และเขตพื้นที่การศึกษาที่ 1 เขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 จำนวน 2,404 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ที่ติดต่อสื่อสารด้วยการเขียนอ่าน พูด และฟังภาษาไทยได้ 3) นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ที่ยินยอมเข้าร่วมตอบแบบสอบถามในงานวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามในงานวิจัย 2) นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา กำหนดขนาดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)¹⁴ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 331 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 รวมเป็น 347 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (stratified random sampling) ตามขั้นตอนต่อไปนี้ 1) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก (Lottery method) จับฉลากโรงเรียนในพื้นที่เขตการศึกษาที่ 1 จำนวน 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนดอกคำใต้วิทยาคม โรงเรียนแม่ใจวิทยาคม โรงเรียนดงเจนวิทยาคม และเขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 จำนวน 3 โรงเรียน คือ โรงเรียนฝายกวางวิทยาคม โรงเรียนปงพัฒนาวิทยาคม และโรงเรียนขุนควรวินวิทยาคมซึ่งสุ่มได้โรงเรียน 2) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของนักเรียนในแต่ละ

โรงเรียน 3) ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับฉลาก โดยจับฉลากรายชื่อของนักเรียนให้ได้ครบจำนวนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงเรียน ซึ่งได้จำนวนดังนี้ โรงเรียนดอกคำใต้ 77 คน โรงเรียนแม่ใจวิทยาคม 81 คน โรงเรียนดงเจนวิทยาคม 54 คน โรงเรียนฝายกวางวิทยาคม 45 คน โรงเรียนปงพัฒนาวิทยาคม 58 คน โรงเรียนขุนควรวินวิทยาคม 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1-3 เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการศึกษา จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของ Likert โดยกำหนดระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เห็นด้วย จำนวน 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1.00-2.33 คะแนน คือ นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม รายด้านหรือรายข้ออยู่ในระดับต่ำ

ระดับคะแนน 2.34-3.66 คะแนน คือนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม รายด้านหรือรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 3.67-5.00 คะแนน คือนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 มีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม รายด้านหรือรายข้ออยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 เป็นแบบวัดความเครียดของนักเรียน จำนวน 20 ข้อ (กรมสุขภาพจิต) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนรายข้อคือ 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก และ 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด ส่วนผลเกณฑ์การให้คะแนนในภาพรวมมี 4 ระดับ คือ 0-23 คะแนน ความเครียดระดับน้อย 24-41 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 42-61 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับสูง และ 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความเครียดระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยส่งแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่าแบบสอบถามทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ผ่านเกณฑ์การประเมินคือมากกว่า 0.05 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทำการทดลองใช้ (Try out) กลุ่มประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 โรงเรียนเชียงม่วนวิทยาคม จำนวน 30 คน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยาไปยัง โรงเรียนดอกคำใต้ วิทยาคม โรงเรียนแม่ใจวิทยาคม โรงเรียนดงเจน วิทยาคม โรงเรียนฝายกวางวิทยาคม โรงเรียนงาพัฒนาวิทยาคม และโรงเรียนขุนควรวินวิทยาคม เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจาก 6 โรงเรียน จำนวน 347 คน โดยทำการแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถาม ชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามด้วยตนเองโดยกำหนดเวลาให้ 30 นาที ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการสัมภาษณ์หลังเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม ถึงวันที่ 18 กันยายน พ.ศ.2563 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามถึงความสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อพรรณนาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการศึกษา ระดับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential static) ได้แก่ สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และ สถิติสหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple Correlation)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ จังหวัดพะเยาผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ตามเอกสารรับรองหมายเลข 1.3/003/63 เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.7 อายุ 17-18 ปี ร้อยละ 97.1 รายได้ส่วนบุคคล ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.4 โดยส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 87.3 ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 87.3

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 63.1 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.9 และอาชีพของผู้ปกครองส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 47.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครองอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 45.8 สภาพความสัมพันธ์ของนักเรียนกับผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรักใคร่กลมเกลียวกัน คิดเป็นร้อยละ 92.2

3. ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่อยู่อยู่แผนการเรียน วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 55.0 ผลการเรียนอยู่ระหว่าง 3.00-3.49 คิดเป็นร้อยละ 37 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการเรียนพิเศษหรือกวดวิชา ร้อยละ 83.3 และมีแผนการศึกษาต่ออุดมศึกษาร้อยละ 79.0

4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ผลการศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในภาพรวม พบว่าทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.18$, $SD = 0.57$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านภูมิทัศน์ ($\bar{x} = 3.30$, $SD = 0.54$) และด้านอาคารสถานที่ ($\bar{x} = 3.30$, $SD = 0.54$) มีความคิดเห็นสูงสุด รองลงมาด้านสัมพันธ์ภาพกับครู ($\bar{x} = 3.30$, $SD = 0.54$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านภูมิทัศน์	3.30	0.54	ปานกลาง
ด้านอาคาร สถานที่	3.30	0.54	ปานกลาง
ด้านการเรียนการสอน	3.06	0.63	ปานกลาง
ด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน	3.06	0.58	ปานกลาง
ด้านสัมพันธ์ภาพกับครู	3.19	0.59	ปานกลาง
ภาพรวม	3.18	0.57	ปานกลาง

5. ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดมาก คิดเป็นร้อยละ 47.6 ความเครียดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.7 และความเครียดระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 24.8 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

6. ผลการทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศ และโรคประจำตัวเท่านั้นที่มี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยครอบครัว พบว่า ไม่มีตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ด้านสภาพแวดล้อม พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ($r=0.144, p=0.007$) ด้านการเรียนการสอน ($r=0.144, p=0.007$) และด้านภูมิทัศน์ ($r=0.133, p=0.013$) มีความสัมพันธ์กับการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด ที่ประเมินโดยแบบ SPST 20 ($n=347$)

ระดับความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รู้สึกเครียดปานกลาง	86	24.8
รู้สึกเครียดมาก	165	47.6
รู้สึกเครียดมากที่สุด	96	27.7
รวม	347	100

ตารางที่ 3 ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ผลการทดสอบ	P-Value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
-เพศ	6.722*	0.035****
-อายุ	-0.045**	0.400
-รายได้ส่วนบุคคล	9.259*	0.160
-โรคประจำตัว	19.719*	0.032****
ปัจจัยด้านการศึกษา		
-แผนการศึกษา	18.524*	0.005****
-GPA	Fisher***	0.484
-การเรียนพิเศษหรือกวดวิชา	0.234*	0.890
-การศึกษาต่อของนักเรียน	Fisher***	0.053

ตัวแปร	ผลการทดสอบ	P-Value
ปัจจัยด้านครอบครัว		
-สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา	Fisher***	0.655
-ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	Fisher***	0.104
-อาชีพของผู้ปกครอง	Fisher***	0.802
-รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง	Fisher***	0.850
-ความสัมพันธ์ของนักเรียนกับผู้ปกครอง	Fisher***	0.168
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม		
-ด้านภูมิทัศน์	0.133**	0.013****
-ด้านอาคารสถานที่	-0.057**	0.286
-ด้านการเรียนการสอน	0.144**	0.007****
-ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน	0.144**	0.007****
-ด้านความสัมพันธ์กับครู	0.063**	0.241

หมายเหตุ * หมายถึง Chi-square test, **หมายถึง Simple correlation, *** หมายถึง Fisher's Exact Test และ **** หมายถึง มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยสามารถสรุปผลและอภิปรายผลได้ดังนี้ผลของการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียด ในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยาผลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการศึกษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถอธิบายผลการวิจัยตามสมมุติฐานของการวิจัยดังนี้

สมมุติฐานการวิจัย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ รายได้ โรคประจำตัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการเรียน ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยาพบว่า

สมมุติฐานของการวิจัยได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณกร พลพิชัยและ จันทรา อึ้งเอ็ง¹⁵ ที่พบว่านักเรียนที่มีเพศแตกต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักเรียนผู้หญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ มีความคาดหวังและตั้งเป้าหมายสูง เมื่อตั้งใจทำอะไรแล้ว มักจะมีความมุ่งมั่นจริงจังมากกว่าเพศชาย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากสัดส่วนระหว่างเพศชายและ

เพศหญิงที่แตกต่างกันมาก ดังปรากฏในข้อมูลลักษณะประชากรที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 67.70 และโรคประจำตัวสอดคล้องกับ ชนิดานต์ ขำเหมือน¹⁰ ที่ได้ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่าความชุกของความเครียดเท่ากับร้อยละ 51.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดได้แก่โรคประจำตัวซึ่งการที่นักเรียนมีโรคประจำตัวอาจทำให้ต้องขาดเรียน หรือเรียนไม่ทันเพื่อนทำให้นักเรียนเกิดความเครียด ความกดดัน

ปัจจัยครอบคลุมจากสมมุติฐานการวิจัยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา ส่วนตัวแปรได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดา มารดาระดับการศึกษาของผู้ครองอาชีพของผู้ปกครองรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครองและความสัมพันธ์ของนักเรียนกับ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และจากกลุ่มสังคม สามารถในการใช้จัดการกับความเครียด ที่ไม่ได้เกิดขึ้นจาก ภายในตัวบุคคล จากผลการวิจัยสอดคล้อง สืบตระกูล ตันตลานุกุล ,ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์¹⁶ การได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ผู้ปกครองในระดับสูงมากซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นว่าสามารถทำให้นักศึกษาเผชิญปัญหาความเครียดได้เป็นอย่างดีปัจจัยด้านการศึกษาจากสมมุติฐานการวิจัย ปัจจัยการศึกษาได้แก่แผนการเรียนที่กำลังศึกษา เกรดเฉลี่ยรวมการเรียนพิเศษหรือกวดวิชาและการศึกษาต่อของนักเรียนพบว่าสมมุติฐานของการวิจัยได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือ ปัจจัยส่วนการศึกษา ได้แก่ แผนการเรียนที่กำลังศึกษามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ วรรณกร พลพิชัย,จันทรา อึ้งอึ้ง¹⁵ ที่พบว่าแผนการเรียนมีความสัมพันธ์กับความเครียด

ผลการเปรียบเทียบความเครียดของนักเรียนจำแนกตามแผนการเรียนส่วนตัวแปรอื่นได้แก่ เกรดเฉลี่ยรวมการเรียนพิเศษหรือกวดวิชาและการศึกษาต่อของนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการทดสอบสมมุติฐานการวิจัยความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยาโดยใช้ simple correlation ผลการศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมได้แก่ด้านภูมิทัศน์ ด้านอาคารสถานที่ ด้านการเรียนการสอน ด้านสัมพันธ์ภาพกับครูที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยาพบว่าปัญหาด้านการเรียนการสอนและด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน รองลงมาด้านภูมิทัศน์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6

หลังจากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาพบว่าประเด็นที่น่าสนใจและควร อภิปรายผล ดังนี้

1. ด้านปัญหาด้านการเรียนการสอน ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา ซึ่งสอดคล้องกับ ณรงค์กร ชัยวงศ์¹⁷ ด้านความมุ่งมั่นทางการศึกษา เป็นสาเหตุความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยความตั้งใจของตนเองที่จะศึกษา นอกจากนี้ความมุ่งมั่นในการเรียนหรือวิสัยทางการเรียนมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จหรือ ความล้มเหลวทางการเรียน ดังนั้นนักเรียนที่มีความมุ่งมั่นทางการศึกษาสูงมักจะมี ความคาดหวังในผลการเรียนที่ตามสูงด้วย และหากผลการเรียนไม่เป็นไปตามคาดหวังก็อาจเป็นสาเหตุความเครียดได้

2. ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา หมายความว่าถ้าสัมพันธภาพกับเพื่อนไม่ดีไม่มีใครยอมรับฟังความคิดเห็นหรือไม่มีเพื่อนสนิทคอยปรับทุกข์ระดับความเครียดก็จะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ สุเมธ พงษ์เกตุรา¹⁸ นักเรียนที่มีทัศนคติทางบวกต่อการคบเพื่อนมักเป็นนักเรียนที่มีความคิดว่าการพูดคุยกับเพื่อนด้วยถ้อยคำสนิทสนม การแสดงออกถึงความห่วงใย และการให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนในด้านการเรียนและการทำงานเป็นสิ่งที่ดี ก็จะมีความรู้สึกพอใจและให้ความสนใจต่อการคบหาเพื่อน ดังนั้น นักเรียนจึงมีการแสดงออกกับเพื่อนดีและปฏิบัติตนกับเพื่อนดี ซึ่งเป็นผลให้นักเรียนมีสัมพันธภาพกับเพื่อนดี

3. ด้านภูมิทัศน์ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยาหมายความว่าถ้าสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนมีสภาพอากาศที่ไม่ดีทำให้นักเรียนไม่ออกไปเรียนหรือออกนอกห้องเรียนหรือในช่วงที่มีฝุ่นหรือควันจากสภาพอากาศทำให้เกิดความไม่สบายต่อสุขภาพส่งผลให้เกิดความเครียดจากปัญหาของสภาพอากาศภายในโรงเรียนซึ่งสอดคล้องกับ พรพรรณ ศรีโสภณวรรณ อาชารัฐ¹⁹ อากาศร้อนและสภาพแวดล้อมที่อึดอัด มีผลทำให้คนใจร้อนและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้นอีกด้วยซึ่งจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าหากสภาพอากาศแย่มากขึ้นจะส่งผลให้ความเครียดมากขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 มีความเครียดในระดับสูง (High Stress)

ความเครียดระดับสูง จากการศึกษาวิจัยความเครียดของนักเรียนเป็นความเครียดที่เกิดจากเพศ โรคประจำตัวแผนการเรียนที่กำลังศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อมได้แก่ ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ด้านการเรียนการสอนและด้านภูมิทัศน์ ดังนั้นทางโรงเรียนควรมีการวางแผนรองรับต่อนักเรียนที่มีโรคประจำตัว ควรมีแผนการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพนักเรียนควรมีการจัดการเรียนการสอนที่สามารถให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนควรมีกิจกรรมระหว่างเรียนเพื่อลดความรู้สึกรอคอยเมื่อได้ทำงานกับกลุ่มเพื่อนที่ไม่สนิท และควรมีการรองรับปัญหาด้านภูมิทัศน์จากในช่วงที่มีฝุ่นหรือควันจากสภาพอากาศทำให้เกิดความไม่สบายต่อสุขภาพของนักเรียน

2. ผลการวิจัยทำให้ทราบว่าตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนจังหวัดพะเยาส่งผลต่อระดับความคิดเห็นสูง ได้แก่ ฝุ่นหรือควันจากสภาพอากาศทำให้เกิดความไม่สบายต่อสุขภาพ ดังนั้นควรมีแนวทางแก้ไขหรือลดปัญหาการเกิดฝุ่นควันจากสภาพอากาศ

3. ผลการวิจัยทำให้ทราบว่าตัวแปรด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนส่งผลต่อความคิดเห็นต่ำคือเพื่อนในกลุ่มไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นดังนั้นทางครูผู้สอนและโรงเรียนควรมีการให้คำแนะนำด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้กับผู้ที่วิจัยในครั้งต่อไปดังนี้

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดเพิ่มขึ้นโดยพิจารณาตัวแปรอื่น ๆ เช่น บุคลิกภาพของนักเรียน ด้านพฤติกรรม เป็นต้น

2. จากการศึกษาเป็นวิจัยเชิงปริมาณซึ่งสะท้อนระดับความเครียดและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดจึงพบว่าเด็กมีปัญหาความเครียดที่สูงขึ้นดังนั้นการวิจัยควรมีการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental study) สร้างโปรแกรมเพื่อลดความเครียดหรือจัดการกับความเครียดให้กับนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. โกวิท นพพร. Mental Health ความเครียดสะสม เสี่ยงฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2563], เข้าถึงจาก <https://www.SamitivejhosPitals.com/th/article/detail/suicide-accumulationofstress>.
2. คณิน จินตนาปราโมทย์, พรชัย สิทธิศรีณย์กุล. สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงาน และการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด ในอาชีพแพทย์. J Med Health Sci; 2561. หน้า 112-123.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สัญญาณเตือนป้องกันการฆ่าตัวตายในสังคมไทย. สง. ประชาสัมพันธ์จังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2563], เข้าถึงจาก <https://www.facebook.com/prphayao2560/PoS>
4. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต กรมสุขภาพจิต เผยวัยรุ่นไทยปรึกษา “ปัญหาเครียด” มากสุด แนะนำเทคนิคจัดการความเครียด [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2563], เข้าถึงจาก <https://www.dmh.go.th/newsdmh/view.asp?id=30188>.
5. เชียงใหม่นิวส์. เชียงใหม่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของจังหวัดที่มีอัตราฆ่าตัวตายสูงที่สุด. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2563], เข้าถึงจาก <https://www.chiangmainews.co.th/page/archives/941467/>.
6. วิสุทธิ เวียงสมุทร. อยู่บ้านเรียนออนไลน์ เด็กชนบทสุดเหลื่อมล้ำ. ไทยรัฐออนไลน์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2563] เข้าถึงจาก: <https://www.thairath.co.th/news/local/1846261>.
7. คมกริช นันทะโรจวงศ์, ภูธิป มีถาวรกุล, ธีระวัฒน์ จันทิก. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดของวัยรุ่นตอนกลาง. สงขลา นครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2561; 24(1):3-38.
8. ศุภกร ศรีแผ้ว. การเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยรุ่น (Pubertal change) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงจาก https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class05/388_541_2/Working_with_adolescents_in_family_medicine/index2.html#
9. ณัฐณิย์ ลิ้มวัฒนาพันธ์. เด็กไทยเรียนหนักสุดในโลก-เครียดพ่อแม่กดดัน-แบกความหวังของคนรอบข้าง. TCJ ทำความจริงให้ปรากฏ. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2563, จาก <https://www.tcjthai.com/news/>.
10. ชนิกันต์ ขำเหมือน, อานนท์ วรียัง, วิฑูรย์ โล่สุนทร. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบุรีรัมย์วิทยาคม จังหวัดบุรีรัมย์.

- [อินเทอร์เน็ต].2558 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2563]เข้าถึงได้จาก:
file:///C:/Users/Admin/Downloads/Documents/5674020730_2.pdf
11. อรุณี มิ่งประเสริฐ. การศึกษาสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์กรุงเทพมหานคร.[อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2563].40(2),211-227.เข้าถึงได้จาก
ts/Sumeth_P_2.pdf.
 12. เนตรราตรี ท้าวโสม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2555;7:33-42
 13. อรุณีย์ เกิดในมงคล. การศึกษาลักษณะความหวังทางการศึกษาของนักเรียนวัยรุ่นใน กรุงเทพมหานคร.วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.2556;39(2):,54-65.
 - 14.ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ Sample Size Determination from Krejcie and Morgan (1970) Approach in Quantitative Research.2557.
 15. วรรณกร พลพิชัย, จันทรา อัยเอ็ง. การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง .วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.2561; 10:94-106.
 16. สืบตระกูล ดันตลานุกุล, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์.2560;9:81-92.
 17. ณรงค์กร ชัยวงศ์. การศึกษาความเครียดสาเหตุความเครียด ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ.2561;10:123-190.
 18. สุมธ พงษ์เกตุรา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพกับเพื่อนของนักเรียนช่วงชั้นที่4 โรงเรียนสารสาสน์เอกตรา เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์,กศ.ม.,มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร.[อินเทอร์เน็ต].2553 [เข้าถึงเมื่อ.15 มิถุนายน 2561]เข้าถึงได้จาก:
file:///C:/Users/Admin/Downloads/Docu-men.
 19. พรพรรณ ศรีโสภา, ธนวรรณ อาชารัฐ. บทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด. บุรพาเวชสาร.2560;4:79-9

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการขยะอันตรายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กชกร ศรีแรง^{1,*} กฤษณา ภูพาดแร่¹ สาวิตรี สุมาโท² อนุสรณ์ บุญทรง²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมในการจัดการขยะอันตรายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุบลราชธานีและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และความสามารถในการจัดการขยะอันตรายกับพฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 353 คน เลือกมาโดยวิธีการการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Chi-Square ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ในการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 54.40 การรับรู้ในการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.3 การรับรู้ความสามารถในการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.4 และพฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยในด้านความรู้ การรับรู้ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการขยะอันตรายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ เพื่อเพิ่มการรับรู้ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนเรื่องการจัดการขยะอันตราย เพื่อให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายได้เหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการขยะ ขยะอันตราย นักเรียน

¹ นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

² วิทยากร หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

* Corresponding author: Cph60-59@scphub.ac.th

Original Article

Factors related with Hazardous Waste Management Behavior among
Secondary School Students at Muang district,
Ubon Ratchathani Province.

Kaotchakorn Sriraeng^{1,*}, Kitsana Phoopadrae¹,
Sawitri Sumato², Anusorn Boonsong²

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to study knowledge, perceptions, self-efficiency and behaviors and to study factors relating the hazardous waste management behaviors among secondary school students in Ubon Ratchathani Province. The 353 students were selected by using simple random sampling from the secondary school. Data were collected by using questionnaires and analyzed by using descriptive statistics and Chi- Square statistics. The results shown that the sample had low knowledge level for 54.40 %, perception on hazardous waste management was good level for 87.3 %, self-efficacy on hazardous waste management was good level for 50.40 % and hazardous waste management behaviors was moderate level for 50.40 %. And knowledge, perception, self-efficacy on hazardous waste management behaviors were related hazardous waste management behaviors among students with significant level 0.05. The knowledge about hazardous waste management should promote in secondary school for increasing of proper hazardous waste management behaviors among students.

Keywords: waste management behavior, hazardous waste, secondary student

¹ Student, Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province

² Lecturer, Community Public Health Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province

* Corresponding author: Cph60-59@scphub.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมเมืองและมีการเพิ่มของจำนวนประชากร สถิติจากปี พ.ศ.2559-2562 มีการเพิ่มจำนวนประชากรคิดเป็นร้อยละ 0.37 0.35 0.32 และ 0.28 ตามลำดับ¹ ทั้งยังมีการส่งเสริมการท่องเที่ยวมีการบริโภคมากขึ้นส่งผลให้ในปีพ.ศ. 2561มีขยะเพิ่มขึ้นถึง 27.8 ล้านตันเมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ.2560 มีปริมาณขยะเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.64² นอกจากขยะมูลฝอยทั่วไปแล้วยังมีขยะอันตรายที่เกิดจากชุมชนในปริมาณ 638,000 ตันเพิ่มจาก พ.ศ.2560 ร้อยละ 32 โดยร้อยละ 65 เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์ 414,600ตัน ร้อยละ 35 เป็นขยะอันตรายจากชุมชน เช่นแบตเตอรี่ ถ่านไฟฉายภาชนะบรรจุสารเคมี กระป๋องสเปรย์ จำนวน 223,400ตัน²

ขยะอันตรายคือขยะที่เกิดจากกิจกรรมในการดำเนินชีวิตและเป็นภัยใกล้ตัวโดยเฉพาะขยะอันตรายที่มาจากครัวเรือนแทรกซึมในการใช้ชีวิตประจำวันของมนุษย์เช่น แบตเตอรี่ ปากกาเคมี กระป๋องสเปรย์ ถ่านไฟฉายรวมทั้งน้ำยาล้างเล็บ เป็นต้น ขยะอันตรายจากครัวเรือนสามารถสร้างผลเสียต่อสุขภาพได้อย่างมากเนื่องจากมีส่วนประกอบของสารเคมีได้แก่ แอมโมเนีย สารปรอทสารตะกั่ว สารแคดเมียม สารฟอสฟอรัส โดยสารพิษเหล่านี้ส่งผลเสียต่อร่างกายคือ ปวดศีรษะ เป็นพิษต่อประสาทส่วนกลาง พิการแต่กำเนิดปวด เมื่อยกล้ามเนื้อทำลายระบบประสาทและระบบย่อยอาหาร เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง และหากไม่มีการกำจัดและทำลายอย่างถูกวิธีขยะอันตรายสามารถถูกติดไฟและระเบิดได้³ แต่ในการจัดการขยะอันตรายยังมีปัญหาเนื่องจาก

การทิ้งขยะอันตรายในครัวเรือนไม่มีการแยกขยะอันตรายในครัวเรือนออกจากขยะทั่วไปทำให้การจัดการขยะอันตรายเป็นไปด้วยความยากลำบาก⁴

จากประเด็นดังกล่าวขยะอันตรายมีแนวโน้มสูงขึ้นทำให้ประชาชนมีโอกาสเสี่ยงเกิดอันตรายจากการสัมผัสขยะอันตรายและการจัดการขยะอันตรายที่ไม่ถูกวิธี จากข้อมูลพบว่าพฤติกรรมในการจัดการขยะอันตรายของประชาชนพบว่าประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการคัดแยกขยะอันตรายออกจากขยะทั่วไปเนื่องจากประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการคัดแยกขยะอันตรายอย่างถูกวิธี⁵ และจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่พบขยะอันตรายจำนวน 5,810 ตันซึ่งพบมากเป็นอันดับ4จาก8จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁶ ละยังพบพฤติกรรมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในการจัดการขยะอยู่ในระดับต่ำ⁷ นอกจากนั้นยังพบอีกว่าขยะอันตรายส่วนใหญ่พบในเขตชุมชนเมืองมากกว่าชนบท⁸

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา เรื่องความรู้ในการจัดการขยะอันตราย การรับรู้ในการจัดการขยะอันตราย ความสามารถในการจัดการขยะอันตรายและพฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุบลราชธานีในเขตเทศบาลเมืองและหากผลการศึกษารู้ว่าความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการขยะอันตรายและพฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายเป็นอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษานำไปใช้ในการวางแผนการจัดการขยะอันตรายในโรงเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการจัดการขยะอันตราย การรับรู้ในการจัดการขยะอันตรายการ

รับรู้ความสามารถในการจัดการขยะอันตรายกับ พฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ในการจัดการขยะอันตราย การรับรู้ในการจัดการ ขยะอันตราย ความสามารถในการจัดการขยะ อันตรายกับพฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัด อุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัย Cross-sectional descriptive study ประชากรที่ใช้ในการ การศึกษาครั้งนี้ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอน ปลาย ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 ใน โรงเรียนมัธยมศึกษา ที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาล เมืองนครอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 ทั้งหมด 353 คน คำนวนจากสูตรของของ แดเนียล โดยใช้ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 โดยใช้ การสุ่มอย่างง่ายจาก นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอน ปลายใน โรงเรียนมัธยมศึกษา 2 แห่ง ในเขต อำเภอมือ จังหวัดอุบลราชธานี คือโรงเรียน โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราชและโรงเรียนนารีนุกูล

เครื่องมือในการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรงจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ความรู้ การรับรู้ การรับรู้ความสามารถและ พฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายเรื่องการจัดการ ขยะอันตราย ที่ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาจากการ ทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งแบบสอบถามสำหรับ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐาน

ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่อง การจัดการขยะอันตราย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการ รับรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะอันตราย ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการจัดการ ขยะอันตราย ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการจัดการขยะ อันตราย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยได้นำ แบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบค่าความ ตรงของเนื้อหา วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าคู เดอร์คริดชาร์ตสันที่ 20 (KR 20) และใน แบบสอบถามการรับรู้เรื่องการจัดการขยะ อันตรายและการรับรู้ความสามารถในการจัดการ ขยะ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 การวิเคราะห์ ข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ทั้งหมด พัฒนาแบบฟอร์มลงรหัสสำหรับใช้ใน งานวิจัย นำแบบสอบถามมาลงรหัส ประมวลผล ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ ใช้สถิติพรรณนาด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เรื่องการจัดการ ขยะอันตราย ระดับการรับรู้เรื่องการจัดการขยะ อันตรายและระดับความสามารถในการจัดการ ขยะอันตรายกับระดับพฤติกรรมการจัดการขยะ อันตรายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้สถิติ Chi-Square test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด

อุบลราชธานีเพื่อขออนุญาตในการเข้าไปดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยเริ่มต้นการเก็บข้อมูลด้วยการแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างว่าปัจจุบันผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เป็นนักศึกษาปริญญาตรีที่กำลังอยู่ในระหว่างที่ทำการศึกษาวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อกำหนดของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานีและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.90 มีอายุ 16 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.10 รองลงมาคืออายุ 17 ปี, 18 ปี, 15 ปี, และ 19 ปี คือ ร้อยละ 31.70, 22.40, 10.50 และ 0.30 ตามลำดับ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.40 รองลงมา คือมัธยมศึกษาปีที่ 5 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 35.40 และ 25.20 ตามลำดับ จำนวนผู้อาศัยในครัวเรือนส่วนใหญ่พบ 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 70.60 รองลงมาคือ 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 22.60 และ 7-9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.80 และผู้จัดการขยะหลักในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 41.60 รองลงมาคือบิดา คิดเป็นร้อยละ 40.60 และอื่น ๆ คือ ป้า ลุง ตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 17.80

ความรู้เรื่องการจัดการขยะอันตราย

ความรู้เรื่องการจัดการขยะอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในการจัดการขยะอันตรายในระดับน้อยคิดเป็น

ร้อยละ 54.40 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.78 (SD=0.11) มีความรู้ด้านการลดปริมาณขยะอันตรายมากที่สุดได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.99 (SD=0.35) ความรู้ด้านการคัดแยกขยะอันตรายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.88 (SD=0.29) และมีความรู้ด้านการกำจัดขยะอันตรายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.64 (SD=0.48) รายละเอียดดังตาราง

การรับรู้เรื่องการจัดการขยะอันตราย

การรับรู้เรื่องการจัดการขยะอันตรายของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการรับรู้เรื่องการจัดการขยะอันตรายในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้เรื่องขยะอันตรายในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 87.30 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 (SD=0.37) การรับรู้ความรุนแรงของขยะอันตรายมากที่สุดคือถ้าทิ้งขยะอันตรายลงแม่น้ำลำคลองจะทำให้มนุษย์ได้รับสารพิษ(ทางห่วงโซ่อาหาร) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (SD=0.57) มีการรับรู้ความรุนแรงน้อยที่สุดคือขยะอันตรายถ้าไม่เก็บพ้นจากแสงหรือความร้อนจะทำให้เกิดการระเบิดได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 (SD=0.63) และการรับรู้ประโยชน์จากการคัดแยกขยะอันตรายมากที่สุดคือการลดปริมาณขยะอันตรายสามารถลดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 (SD=0.60) มีการรับรู้ประโยชน์จากการคัดแยกขยะอันตรายน้อยที่สุดคือการคัดแยกและเก็บรวบรวมขยะอันตรายสามารถลดโอกาสเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้เช่นการระเบิดของแบตเตอรี่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 (SD=0.60)

การรับรู้ความสามารถในการจัดการขยะอันตราย

การรับรู้ความสามารถในการจัดการขยะอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่

ใหญ่มีความสามารถในการจัดการขยะอันตรายในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 50.40 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 (SD=0.53) แยกเป็นรายข้อพบว่ามีความสามารถในการลดปริมาณขยะอันตรายมากที่สุดคือภายในครอบครัวของท่านสามารถใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากธรรมชาติแทนผลิตภัณฑ์ที่ทำจากสารเคมีได้ถึงแม้ว่าผลิตภัณฑ์ทำจากธรรมชาติมีราคาแพงกว่าผลิตภัณฑ์ที่ทำจากสารเคมี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 (SD=0.67) และมีความสามารถในการคัดแยกและรวบรวมขยะอันตรายมากที่สุดคือหากชุมชนของท่านไม่มีถังแยกขยะ อันตรายภายในครอบครัวของท่านจะสามารถแยกขยะอันตรายได้ และหากไม่มีถังรองรับขยะอันตรายภายในครอบครัวของท่านจะสามารถหาภาชนะที่ไม่รั่วซึมแข็งแรง ทนทานต่อการกักต่อนมารองรับขยะอันตรายได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 (SD=0.73) รายละเอียดดังตาราง

พฤติกรรมการจัดการขยะอันตราย

พฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 50.40 แยกเป็นรายข้อพบว่าพฤติกรรมด้านการลดปริมาณขยะอันตรายมากที่สุดคือ รมั้ดระวังในการซื้อสินค้าอันตราย ทุกครั้งโดยการดูฉลากสินค้าก่อนซื้อ มีพฤติกรรมด้านการลดปริมาณ ขยะอันตรายน้อยที่สุดคือ เลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่มีสารอันตรายโดยเลือกสินค้าราคาถูกก่อนคำนึงถึงความเป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมด้านการเก็บรวบรวมและคัด แยกขยะอันตรายมากที่สุดคือ เก็บขยะอันตรายที่เป็นของเหลวไว้ในภาชนะที่ไม่รั่วซึมแข็งแรงและทนต่อการกักต่อน และรวบรวมขยะอันตรายไว้ในที่แห้ง

และเย็นให้ห่างไกลจากแหล่งความร้อนหรือติดไฟได้ มีพฤติกรรมด้านการเก็บรวบรวมและคัดแยกขยะอันตรายน้อยที่สุดคือ แยกขยะอันตรายที่เป็นของเหลวหลายชนิดใส่ในภาชนะเดียวกัน มีพฤติกรรมด้านการกำจัดขยะอันตรายมากที่สุดคือไม่ทิ้งขยะอันตรายที่เป็นของเหลวลงในท่อระบายน้ำหรือแหล่งน้ำและ มีพฤติกรรมด้านการกำจัดขยะอันตรายน้อยที่สุดคือทิ้ง ขยะอันตรายรวมกับขยะมูลฝอยทั่วไป รายละเอียดดังตาราง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการจัดการขยะอันตราย การรับรู้เรื่องการจัดการ ขยะอันตราย การรับรู้ความสามารถในการจัดการขยะอันตราย และพฤติกรรมจัดการขยะอันตราย

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และพฤติกรรมจัดการขยะอันตรายของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 22.48$, $p < 0.001$)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้และพฤติกรรมจัดการขยะอันตรายของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 10.83$, $p = 0.001$)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมจัดการขยะอันตรายของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 22.48$ $p < 0.01$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ การรับรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมของการจัดการขยะอันตราย

ระดับความรู้ การรับรู้ ความสามารถ และพฤติกรรมของการจัดการขยะอันตราย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เรื่องการจัดการขยะอันตราย		
ระดับน้อย (ต่ำกว่า 14 คะแนน)	192	54.40
ระดับมาก (15 คะแนนขึ้นไป)	161	45.60
การรับรู้เรื่องการจัดการขยะอันตราย		
ระดับดี (25-32คะแนน)	308	87.30
ระดับปานกลาง (17-32คะแนน)	45	12.70
การรับรู้ความสามารถในการจัดการขยะอันตราย		
ระดับดี (13-16คะแนน)	178	50.40
ระดับปานกลาง (9-12คะแนน)	162	45.90
ระดับปรับปรุง (4-8 คะแนน)	13	3.70
พฤติกรรมจัดการขยะอันตราย		
ระดับดี (48-60คะแนน)	175	49.60
ระดับปานกลาง (34-47 คะแนน)	178	50.40

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการจัดการขยะอันตราย การรับรู้เรื่องการจัดการขยะอันตราย การรับรู้ความสามารถในการจัดการขยะอันตราย และพฤติกรรมจัดการขยะอันตราย

ตัวแปร	พฤติกรรมจัดการจัดการขยะอันตราย			
	จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-Value
	ดี	ปานกลาง		
ความรู้เรื่องการจัดการจัดการขยะอันตราย				
ระดับมาก	102 (63.40)	59 (36.60)	22.48	< 0.001
ระดับน้อย	73 (38.00)	119 (62.00)		
การรับรู้เรื่องการจัดการจัดการขยะอันตราย				
ระดับดี	163 (52.90)	145 (47.10)	10.83	0.001
ระดับปานกลาง	12 (26.70)	33 (73.30)		
ความสามารถในการจัดการจัดการขยะอันตราย				
ระดับดี	105 (59.00)	73 (41.00)	13.21	0.001
ระดับปานกลาง	66 (40.70)	96 (59.30)		
ระดับปรับปรุง	4 (30.80)	9 (69.20)		

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ในการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับน้อยเนื่องจากขาดการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการจัดการขยะอันตรายไปยังหน่วยงานท้องถิ่นที่รับผิดชอบโดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีมีความรู้ในการจัดการขยะอันตรายน้อยกว่าขยะเปียกทั่วไป⁹ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์จะมีการรับรู้เน้นไปในทางปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญเนื่องจากนักเรียนมองว่าการแยกขยะเป็นสิ่งที่ควรกระทำเพื่อลดปัญหา¹⁰ ความสามารถในการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับดีเนื่องจากนักเรียนได้รับประสบการณ์ การเรียนรู้ การมีแบบอย่างที่ดีในการจัดการ ขยะอันตรายจากครอบครัว¹¹ ส่วนพฤติกรรมในด้าน การรวบรวมและด้านการกำจัดขยะอันตรายเป็นพฤติกรรมในการจัดการขยะอันตรายที่ไม่ถูกวิธีเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการขยะอันตรายน้อย⁵ ทำให้มีพฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายไม่ถูกวิธี

ความรู้เรื่องการจัดการขยะอันตรายมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการจัดการขยะอันตราย เนื่องพฤติกรรมมีพื้นฐานมาจากความรู้¹²และจากผลการวิจัยพบภาพรวมในด้านความรู้พบนักเรียนมีความรู้ในการจัดการขยะอันตรายมาก ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมในการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับดี การรับรู้เรื่องการจัดการขยะอันตรายมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายเนื่องจากการับรู้เป็น กระบวนการที่เกิดจากสิ่งเร้ากระตุ้นความรู้สึกและถูกตีความจากประสบการณ์ความรู้ ความ เข้าใจ ทศนคติของบุคคล แสดงออกทางความคิดและพฤติกรรม⁸ สังเกตได้จากผลการวิจัย

ด้านการรับรู้ในการจัดการขยะอันตราย พบการรับรู้ มากในการคัดแยกและเก็บรวบรวมขยะอันตรายสามารถลดโอกาสเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้ เสียชีวิตได้ส่งผลให้มีพฤติกรรมการระมัดระวังเป็นพิเศษในการคัดแยกขยะอันตราย ความสามารถในการจัดการขยะอันตรายมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการจัดการขยะอันตรายเนื่องจากความสามารถเป็น ความเชื่อในตัวบุคคลและการตัดสินใจว่าตัวเองจะสามารถปฏิบัติได้ในระดับไหนพิจารณาได้จาก พฤติกรรมที่แสดงออกมา¹⁰ภาพรวมในด้าน ความสามารถในการจัดการขยะอันตรายพบนักเรียนที่มีความสามารถมากในการจัดการขยะอันตรายส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมในการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการดำเนินการจัดการขยะอันตราย โดยเน้นการให้ความรู้ในกลุ่มนักเรียน เพื่อให้กลุ่มนักเรียนมีความรู้ในการจัดการขยะอันตรายดี ทำให้ง่ายต่อการจัดการขยะอันตรายในอนาคต

ควรศึกษาเกี่ยวกับการจัดการขยะอันตรายในรูปแบบวิจัยเชิงทดลองโดยมีการประเมินการเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้ในการจัดการขยะอันตรายในกลุ่มนักเรียนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการจัดการขยะอันตรายที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณ อาจารย์ทุกท่าน ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาธารณสุขชุมชนวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี และคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สหประชาชาติกรมเศรษฐกิจและสังคม กองประชากร . thailand population[อินเทอร์เน็ต]. 2562. เข้าถึงได้จาก: <https://mahidol.ac.th/th/2019/ipsr-ecosoc/>
2. กรมควบคุมมลพิษ. สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทยปี2561 [อินเทอร์เน็ต].2561. เข้าถึงได้จาก: http://www.pcd.go.th/public/Publications/print_report.cfm?task=pcdreport2561
3. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ขยะอันตราย จำกัด้วงพิษภัยตั้งแต่ในครัวเรือน [อินเทอร์เน็ต].2561เข้าถึงได้จาก: <https://www.posttoday.com/social/general/570311?fbclid=IwAR3aZPLiGcxNES0v0Azv6KfNyVsfc8vKLJvWxnZrp1uJwxYFDVH8U3g3nY>
4. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ. ขยะพิษไทย โรงงานกำจัดดีน้อย กำจัดเถื่อนล้น [อินเทอร์เน็ต].2561.เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2018/08/>
5. วัฒนรงค์ มากพันธ์และคณะ. ความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลนครตรัง จังหวัดตรัง. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ.2561;21:79-87.
6. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี.การจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลของจังหวัดอุบลราชธานี.[อินเทอร์เน็ต].2561.เข้าถึงได้จาก:
7. ปันดดา รุจะศิริ. พฤติกรรมการจัดการขยะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนานาชาติเทรล์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2554.
8. เอ็ม บี เค กรุ๊ป. ลดโรคร้อน เริ่มต้นที่บ้านด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมผลิตขยะเวิร์คช็อป"ขยะลดรูป" เปลี่ยนแผงโซลาร์เป็นถังขยะน่ารัก [อินเทอร์เน็ต]. 2560.[เข้าถึงเมื่อวันที่7 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.brandbuffet.in.th/2017/06/mbk-workshop-transform-to-use/>
9. ขวัญจิตต์ จัพันธ์นาหวา. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองลำภู.วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557; 2:263-271.
10. ทักษิภา ชัยวรรตน์. การรับรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา.วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2561;19:168-179
11. กัญญาภัทร เสนิงค์ ณ อยุธยา. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองด้านอาชีพ การรับรู้ความสามารถของตนด้านอาชีพและความสอดคล้องในตนด้านเป้าหมายการเลือกเส้นทางอาชีพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย[วิทยานิพนธ์].กรุงเทพฯ:คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนบ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ปรางทอง นนทะการ^{1*} ชัยวุฒิ บัวเนียว² อรุณ บุญสร้าง³

บทคัดย่อ

ภูมิปัญญาการส่งเสริมสุขภาพด้วยการอบสมุนไพร เป็นวิธีการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพตามหลักของการแพทย์แผนไทยอย่างหนึ่งซึ่งช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย และเป็นการดูแลสุขภาพของผู้คนในชุมชนให้มีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น จึงนำไปสู่การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้รับบริการ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 40 คน ผลการศึกษา พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการอบสมุนไพรอยู่ในระดับมาก และได้รูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ “SPAC” model ประกอบด้วย 1) Service of sauna: S คือ การให้บริการอบสมุนไพร 2) Participation (Apply by PAR) : P คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้จากกันและกัน 3) Action plan : A คือ การปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้ ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย 4) Continuous operation : C คือ การดำเนินการต่อเนื่อง ยึดหลักการเรียนรู้จากชาวบ้านโดยตรง และนำไปสู่การพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยั่งยืน

คำสำคัญ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การอบสมุนไพร, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

*Corresponding author; prangthong_non@hotmail.com

Original Article

Model of Public herbal Sauna Service for Health by Community
Participation in Ban Nong Pla Pak, kham Yai Sub-district, Maung District,
Ubonratchathani Province

Prangthong Nontakarn^{1,*}, Chaiwut Bourneow², Arun Boonsang³

Abstract

Everyone would have to find a way to treat the symptoms disappear or lessen abate. As a way to promote health and healing principles of traditional medicine, thus leading to this research. The purpose was to study the model of public herbal sauna service for health by community participation in Ban Nongplapak, Khamyai sub-district, Maung district, Ubon Ratchathani province. This was action research consisting of processes: planning, acting, observing, and reflecting, focus on the participation with the community. The data collection tools were qualitative and quantitative, and participatory action research. The study involved 40 people, indicated that, the collaboration of service Sauna. There is a great community leader part in the analysis, find solutions monitoring and evaluation the involvement of the beneficiaries sauna at a high level. Model development, public health, herbal sauna. The "SPAC" model includes service of sauna, participation, action plan, Continuous operation and contribute to the development of public health, herbal sauna by taking part of a sustainable community.

Keyword: Action research, Herbal sauna, Community Participation

¹ Graduation student, Master degree of Public Health, Mahasarakham University

² Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Ubon Ratchathani Provincial Health Office

*Corresponding author; prangthong_non@hotmail.com

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทางสำหรับดำเนินงานในด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุก ๆ ด้านแบบองค์รวม เนื่องจากสุขภาพนั้นเป็นองค์รวมที่มาจาก สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ระบบการบริการสุขภาพในชุมชน และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล เพื่อสนับสนุนให้มีการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่การปฏิบัติ¹ ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ระดมพลังในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองและการปรับปรุงสังคมให้มีสุขภาพที่ดี การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สามารถนำภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนโบราณมาปรับใช้อย่างถูกต้องและได้ผล ยกตัวอย่างเช่น การแปรรูปผลิตภัณฑ์ให้ถูกต้อง และถูกสุขอนามัย เพื่อแก้ปัญหาด้านการบริโภคอย่างปลอดภัย สาขากาการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถจัดการกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนหรือภายในบ้าน ทั้งการอนุรักษ์ การพัฒนาและการใช้อย่างยั่งยืนซึ่งประโยชน์ที่เราได้รับนั้นจะส่งผลให้สุขภาพของประชาชนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์การส่งเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทยเน้นให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพและอนามัยได้ โดยแพทย์แผนไทยได้ใช้ความรู้ในการผลิตยาจากพืชสมุนไพรพื้นบ้านของไทยเพื่อใช้ในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งสมุนไพรเป็นผลิตผลธรรมชาติที่ได้จาก พืช สัตว์ และแร่ธาตุ สมุนไพรไทยประกอบไปด้วย กระเทียม น้ำผึ้ง รากดิน เขา

กวางอ่อน กำมะถัน และอื่น ๆ อีกมากมาย และสมุนไพรยังช่วยป้องกันโรคและเสริมสร้างร่างกายของเราให้แข็งแรงอยู่เสมออีกด้วย ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพโดยนำเอาภูมิปัญญาพื้นบ้านไทยมาใช้ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ผสมผสานระหว่างปรัชญาการดำเนินชีวิต ศาสนา วิทยาศาสตร์ โดยที่ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมีแนวคิดที่ว่า มนุษย์มีลักษณะเฉพาะตัวเรียกว่า "ธาตุเจ้าเรือน" ประกอบด้วย ธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ การส่งเสริมสุขภาพแนวนี้ จึงเน้นการปรับสมดุลของธาตุในร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารสมุนไพร การอบสมุนไพร และการประคบสมุนไพร²

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทางสำหรับดำเนินงานในด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุก ๆ ด้านแบบองค์รวม³ การใช้ภูมิปัญญาการส่งเสริมสุขภาพด้วยการอบสมุนไพรเป็นวิธีการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพตามหลักของการแพทย์แผนไทย โดยการอบตัวด้วยไอน้ำที่ได้จากการต้มสมุนไพร เป็นวิธีบำบัดรักษาอย่างหนึ่ง สมุนไพรที่ใช้ ขึ้นอยู่กับความสะดวกในการหาได้ของแต่ละท้องถิ่น การอบสมุนไพรมีประโยชน์ช่วยให้ผิวหนังสะอาด ขับเหงื่อ ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น บรรเทาอาการปวดเมื่อย เวียนศีรษะ รักษาอาการผื่นคันตามผิวหนัง เป็นต้น สมัยโบราณใช้กับหญิงหลังคลอดเพื่อให้สุขภาพดี ผิวสวย มดลูกเข้าอู่ดี ปัจจุบันมีผู้นิยมนำมาใช้ในการลดน้ำหนัก ทำให้ผิวสวย สมุนไพรที่ผ่านการต้มจะออกมาสัมผัสกับผิวหนังทำให้มีผลเฉพาะที่และดูดซึมเข้าไปทำให้มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตใน

ร่างกาย ทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น ช่วยให้หายใจคล่อง ละลายเสมหะทำให้ขับออกมาได้ง่ายขึ้น ทำให้สบายตัว

การสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพ การอบสมุนไพรเป็นวิธีหนึ่งของคนชนชาวจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีความสัมพันธ์กับศาสนสถาน หรือ วัด ซึ่งเจ้าอาวาสหลายท่านได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการใช้ภูมิปัญญาการรักษาสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่มาทำบุญส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพเจ็บป่วย จึงได้จัดให้มีห้องอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายในบริเวณสถานที่อบสมุนไพร จะประกอบด้วย ตู้อบสมุนไพรที่จะส่งไอน้ำที่ได้จากการต้มสมุนไพรเข้าไปในห้องอบ⁴ ซึ่งแยกออกเป็น 2 ห้อง ชายและหญิง มีที่นั่งรองและพักผ่อนระหว่างการอบสมุนไพรเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ในการรักษาอาการของโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ โดยจังหวัดอุบลราชธานีมีวัดที่ให้บริการอบสมุนไพรจำนวน 2 แห่ง คือ วัดหนองปลาปากและวัดผาสุกการาม โดยมีการจัดให้มีการอบสมุนไพรเป็นประจำทุกวัน โดยการให้บริการอบสมุนไพรจะเป็นแบบสาธารณะและช่วยบำรุงค่าบริหารจัดการตามศรัทธาของผู้มาใช้บริการ

ดังนั้น การบริการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นการสืบต่อกันมาแบบดั้งเดิม ปัจจุบันยังขาดการจดบันทึกการใช้บริการทั้งในส่วนของจำนวนผู้มาใช้บริการ และการดำเนินกิจกรรมการอบสมุนไพรที่แน่นอน ทำให้ยังไม่ประสบความสำเร็จในด้านการพัฒนาด้านต่าง ๆ เพราะจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นกับผู้มาใช้บริการ ผู้นำชุมชน เจ้าอาวาส ที่อยู่ในบริเวณวัดและจากผลการสำรวจเบื้องต้นที่ทีมวิจัยได้ลงสำรวจ

สถานที่ให้บริการอบสมุนไพรสาธารณะโดยการใช้แบบสอบถามเบื้องต้นทั้ง 2 วัด⁵ พบว่าแนวความคิดในด้านการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าอาวาสและผู้นำชุมชนมีความต้องการที่จะให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ แต่มีข้อจำกัดที่ควรมีการพัฒนา พบว่าเกิดปัญหา คือ (1) ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสนใจในเรื่องการอบสมุนไพรน้อยมาก (2) การจัดหาสมุนไพรขาดแคลนทางด้านวัตถุดิบในการให้บริการ เพราะต้องไปนำยาสมุนไพรมาจาก อำเภอขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งก็ทำให้เกิดปัญหาในด้านการเดินทาง และการจัดการด้วยสมุนไพรที่ไม่ดี เช่น ผู้ที่มาใช้บริการอบสมุนไพรมาใช้บริการ และได้นำตัวยาที่ตนนำมาต้มใส่ลงไปในห้องอบ ส่งผลให้ผู้มารับบริการท่านอื่นเกิดอาการแพ้ได้ (3) ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการให้บริการ มีแต่พระภิกษุสงฆ์ที่เป็นคนจัดการเกี่ยวกับการบริการทั้งหมด (4) ยังขาดผู้ดูแลในเรื่องของความสะอาดของสถานที่และมีบางส่วนที่ยังขาดทรุดโทรมเป็นต้น ดังนั้นหากมีรูปแบบการพัฒนาเกี่ยวกับการให้บริการห้องอบสมุนไพรสาธารณะภายในวัดให้มีความเจริญถาวร และให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบถึงปัญหาต่าง ๆ ว่ามันไม่ใช่หน้าที่ของผู้ใดผู้หนึ่ง ควรได้มีการเข้ามามีบทบาทร่วมกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน ผู้นำด้านการศึกษา ผู้มาใช้บริการและนักเรียน เพื่อให้ประชาชนจะได้รักษาสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพ

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยที่ผู้วิจัยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในชุมชนเป็นหลักโดยนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาวางแผนดำเนินงาน ลงมือเพื่อดำเนินงานตามกิจกรรม ประเมินผลที่เกิดขึ้นแล้ว นำผลไปวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในรอบต่อไปซึ่งอาศัยแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart² มีกระบวนการ 4 ขั้นตอนในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ 1. การวางแผน (Planning) 2. การลงมือปฏิบัติ (Action) 3. การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และ 4. การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้รับบริการอบสมุนไพร จำนวน 34 คน เจ้าอาวาสวัด จำนวน 1 รูป ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน รวม 40 คน

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คัดเลือกจากผู้มีส่วนร่วมในการอบสมุนไพรภายใน

วัดหรือชุมชนที่ยังคงรักษาภูมิปัญญาการรักษาสุขภาพโดยใช้สมุนไพรให้บริการกับประชาชนในชุมชนและชุมชนใกล้เคียง ซึ่งมีการจัดให้บริการห้องอบสมุนไพรแบบสาธารณะอยู่ปัจจุบัน และให้การยินยอมในการศึกษา โดยมีวัดจำนวน 1 แห่ง อยู่ในเกณฑ์ของการทำการวิจัยในครั้งนี้ คือ ห้องอบสมุนไพรวัดหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ด้วยภาษาไทย เป็นผู้ที่ใช้บริการอบสมุนไพรมากกว่า 2 ครั้ง ภายใน 3 เดือน เนื่องจากเป็นผู้ที่ใช้บริการเป็นประจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจในการใช้บริการ ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย⁷ 1) แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์พูดคุยทั่วไป เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้ภูมิปัญญาการอบสมุนไพรสาธารณะโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสัมภาษณ์ ผู้รับบริการอบสมุนไพร เจ้าอาวาสวัด ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับการบริการอบสมุนไพรสาธารณะที่ผ่านมา การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ รวมถึงการแก้ไขปัญหาการบริการอบสมุนไพรสาธารณะ 2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการสังเกตพร้อมกับมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยเริ่มการสังเกตสภาพทั่วไปของชุมชน

และสังเกตกระบวนการต่าง ๆ เกี่ยวกับการให้บริการอบสมุนไพร ด้วยยาที่ใช้ สัตว์ส่วนต่าง ๆ ของการปรุงยาในการอบสมุนไพร 3) การสนทนากลุ่ม โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอบสมุนไพร โดยตั้งกรอบแนวคิดและรูปแบบการสนทนา เพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ รูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruency : IOC=1) แล้วนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนที่ใช้บริการสถานที่อบสมุนไพรสาธารณะที่วัดผาสุการาม ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) และปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย⁷ แบ่งออกเป็น 1) เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย เตรียมความพร้อมผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้บูรณาการผู้วิจัยเข้ากับชุมชน ในส่วนของการประสานงานกับวัดหนองปลาปาก เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้น

พร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนงานการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการรวบรวมข้อมูล โดยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ 2) ดำเนินการวิจัย ในเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจเบื้องต้นจากการเข้ารับบริการอบสมุนไพรสาธารณะของวัดหนองปลาปาก ศึกษาบริบทชุมชน ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนในการวิจัย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการเรียนรู้แบบการมีส่วนร่วมตามรูปแบบการมีส่วนร่วม ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สภาพปัญหา และข้อเสนอแนะในการเข้ารับบริการอบสมุนไพรสาธารณะ กำหนดรูปแบบการบริการอบสมุนไพรในอนาคตโดยการวาดภาพช่วยกันคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์ การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม แบ่งหน้าที่การรับผิดชอบในการลงมือปฏิบัติ แจงรายละเอียดของการปฏิบัติในแต่ละหน้าที่

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ประชุมแผนแก้ไขปัญหาวเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา สาเหตุและผลกระทบของปัญหา ดำเนินออกแบบกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีเจ้าอาวาสผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ระยะเวลาในการประชุมจำนวน 1 วัน ที่วัดหนองปลาปาก และได้แนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ได้แก่ (1) โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการอบสมุนไพร 2)

โครงการปลูกพืชสมุนไพรใกล้ตัว 3) โครงการวัด สะอาดสร้างสุขภาพดีด้วยสองมือเรา 4) โครงการ ชุมชนสุขภาพดีด้วยเตาอบ ซึ่งในการอบสมุนไพร สาธารณะภายในวัดหนองปลาปาก ในระหว่างที่มีการประชุม ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยก็จะมาใช้บริการ อบสมุนไพรด้วย โดยมีวิธีการอบสมุนไพรที่เป็น ห้ออบไอร้อนที่มีความร้อนค่อนข้างสูง ซึ่งภายใน ห้ออบจะมีท่อที่ต่อจากหม้อต้มสมุนไพรที่ถูกต้ม จากด้านหลังห้ออบ และส่วนใหญ่สมุนไพรที่ใช้ ผู้ใช้บริการมักจะนำสมุนไพรที่ตัวเองหาได้มาใส่ ลงในหม้ออบสมุนไพร โดยสมุนไพรส่วนใหญ่ที่ นำมาใส่ ได้แก่ ตะไคร้ โพล ขมิ้น ใบหนาด ใบ มะขาม ใบเป้ง้าใหญ่ ว่านน้ำ ใบพลับพลึง ซึ่ง สมุนไพรบางตัวอาจจะเกิดผลข้างเคียงกับผู้เข้า อบสมุนไพรบางราย ทางผู้วิจัย จึงได้ทำการติดต่อ ประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้าม พรำ และอาสาสมัครชุมชน เพื่อคอยดูแลและปฐม พยาบาลเบื้องต้นหากเกิดผลข้างเคียง และยังมี เจ้าหน้าที่หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ (EMS) จาก เทศบาลตำบลอุบล คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิด กรณีฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) จัดเก็บข้อมูลและสรุปผลการ ดำเนินงานตามกิจกรรมของแผนปฏิบัติการ สังเกต/สอบถามผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นและข้อค้นพบที่สำคัญ โดย ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและร่วมประชุมผลการ ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ถอดบทเรียน ความสำเร็จการ ดำเนินงาน ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะและนำข้อ ค้นพบที่ได้นำมาสู่การพัฒนา รูปแบบการ

ดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงาน สังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูล สะท้อนผลแนวทางการพัฒนาการอบสมุนไพร สาธารณะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจาก หน่วยงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ขอรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และดำเนินกิจกรรม ต่างๆ ตามขั้นตอนการวิจัย ในระหว่างการทำ กิจกรรมได้บันทึกการสนทนากลุ่ม สังเกตการณ์ การมีส่วนร่วม และแบบสอบถาม จากการทำ กิจกรรมรูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพร สาธารณะเพื่อสุขภาพโดยใช้การมีส่วนร่วมของ ชุมชน โดยมีเจ้าอาวาส ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใช้บริการอบสมุนไพร และสัมภาษณ์เชิงลึก ตาม ข้อมูลที่สัมภาษณ์จากผู้เข้าร่วมการวิจัย นำ แบบทดสอบทั้งหมดมากำหนดรหัส สร้างตัวแปร บันทึกข้อมูล ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้สถิติต่าง ๆ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดย คอมพิวเตอร์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตาราง แจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์แบบไม่เป็น ทางการ การใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและประชุม เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น

แยกแยะและตีความข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ขั้นการวางแผน (Planning)

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าอาวาสวัดและผู้นำชุมชน และผู้มารับบริการอบสมุนไพรที่วัดหนองปลาปาก เพื่อศึกษาค้นคว้าหาปัญหาในการใช้บริการอบสมุนไพร โดยการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ศึกษาบริบทชุมชน รวมถึงศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความเป็นมาของการให้บริการอบสมุนไพรวัดหนองปลาปาก เตาอบสมุนไพร จัดตั้งขึ้นตั้งแต่สมัยพระอาจารย์ศรีอารเป็นผู้นำการเจ้าอาวาส และมีความเชี่ยวชาญในการใช้สมุนไพรรักษาโรค ให้บริการประชาชนทั่วไป ซึ่งได้รับความนิยมแพร่หลายทั้งในจังหวัดและต่างจังหวัดเรื่อยมา จนถึงปัจจุบัน มีประชาชนมารับบริการประมาณเดือนละ 1,200 คน โดยใช้สมุนไพรพื้นบ้านบรรจุลงไปในถังน้ำร้อน และส่งไอระเหยผ่านท่อเข้ามาในห้องอบ ซึ่งได้รับคำบอกเล่าจากบุคคลที่มาใช้บริการว่า เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ เบาหวาน จากการมาอบสมุนไพรทุก ๆ วัน วันละ 1 ชั่วโมง อาการเหล่านั้นก็ทุเลาลงมาก นอกจากเตาอบสมุนไพรแล้ว ยังมีชาวบ้านกลุ่มคนพิการทางสายตา มาให้บริการนวดแผนโบราณอีก อยู่บริเวณเดียวกันกับเตาอบสมุนไพร ซึ่งเปิดให้บริการวันอังคาร – วันอาทิตย์ เวลา 07.00 น. – 19.00 น.” สภาพปัญหาที่พบในปัจจุบัน เตาอบสมุนไพรทรุดโทรมลง และขาดระบบการดูแลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม จากการประชุมปรึกษาค้นหา

ปัญหาพบปัญหาหลัก 3 ด้าน คือ ด้านวัตถุดิบสมุนไพรที่จะนำมาจัดทำให้บริการการอบสมุนไพร นั้น มีความลำบากมาในการจัดหา เนื่องจากต้องเดินทางไกล หรือบางครั้งสมุนไพรที่หาง่ายก็มีราคาแพงขึ้น ขาดการดูแลเอาใจใส่เรื่องวัตถุดิบที่มาจากผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนต่าง ๆ ของสมุนไพรต้องรอให้แกพอที่จะเก็บได้ และเติบโตไม่ทันบ้าง ด้านบุคลากร ส่วนมากไม่ค่อยมีคนที่มีคุณสมบัติ เช่น ทำงานไม่ดี ไม่มีใจรัก หรือถูกให้อำนาจให้ดูแลก็ไม่ค่อยพึงพอใจ เป็นต้น ซึ่งคนดูแลในปัจจุบัน ก็เป็นพระลูกวัดบ้าง ผู้มาใช้บริการบ้าง แต่ไม่มีผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลที่ชัดเจน ผู้มาใช้บริการบางคนก็ทำทุกครั้งที่มา แต่บางคนก็ไม่รักษาความสะอาดช่วย ซึ่งทำให้เกิดการเกี่ยงกันในการดูแลสถานที่อบสมุนไพร และด้านเงินทุน ปัจจัยที่จะมาลงทุนในการให้บริการการอบสมุนไพร เพราะทางวัดประสบกับปัญหาการแบกรับภาระเรื่องการอบสมุนไพร เนื่องจากเงินบริจาคก็ไม่แน่นอน คนที่มาอบสมุนไพรก็ไม่แน่นอน แต่การให้บริการห้องอบสมุนไพรต้องทำทุกวัน จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาแนวทางการแก้ไข ได้แผนพัฒนาการอบสมุนไพรทั้งหมด 4 โครงการ

ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

ดำเนินการตามแผนพัฒนาการอบสมุนไพรสรุปการดำเนินโครงการได้ดังนี้⁷

1) โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการอบสมุนไพร มีผู้เข้าร่วม ได้แก่ ผู้รับบริการอบสมุนไพร จำนวน 34 คน เจ้าอาวาสวัด จำนวน 1 รูป ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน รวม 40 คน เพื่อเพิ่มความรู้ในด้านการใช้บริการและการดูแลรักษา

วัตถุประสงค์ อุปกรณ์ และสถานที่อบสมุนไพร การอบครั้งนี้ เน้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมเห็นถึงความสำคัญของการอบสมุนไพร ประโยชน์ที่จะได้รับเกี่ยวกับการอบสมุนไพร ข้อปฏิบัติ ข้อห้าม รวมไปถึงสรรพคุณของสมุนไพรที่นำมาใช้ในการอบสมุนไพร และการดูแลรักษาสถานที่บริเวณเตาอบสมุนไพรให้สะอาดถูกสุขลักษณะ ตามมาตรฐานของสถานบริการอบสมุนไพร ระยะเวลาดำเนินโครงการ 1 วัน

2) โครงการปลูกพืชสมุนไพรใกล้ตัว มีผู้เข้าร่วม ได้แก่ ผู้รับบริการอบสมุนไพร จำนวน 34 คน เจ้าอาวาสวัด จำนวน 1 รูป ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน รวม 40 คน เพื่อเพิ่มวัตถุดิบที่หาได้ยากและจำเป็นต้องใช้ในการอบสมุนไพร ที่ใช้บริการอบสมุนไพร สถานที่จัดกิจกรรมคือ เตาอบวัดหนองปลาปาก การจัดทำโครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านในการจัดหาต้นกล้าของสมุนไพรชนิดต่าง ๆ มาแจกจ่ายให้ผู้มาใช้บริการอบสมุนไพร นำไปปลูกที่บริเวณบ้านของตน สมุนไพรที่นำมาปลูก ได้แก่ ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ไพล ว่านนางคำ ว่านชักมดลูก และตะไคร้หอม เพื่อที่จะนำมาใช้ในการอบสมุนไพรในครั้งต่อไปและเป็นการลดต้นทุนในการจัดหาซื้อสมุนไพรแห้ง ระยะเวลาดำเนินโครงการ 1 วัน

3) โครงการวัดสะอาดสร้างสุขภาพดี ด้วยสองมือเรา มีผู้เข้าร่วม ได้แก่ ผู้รับบริการอบสมุนไพร จำนวน 34 คน เจ้าอาวาสวัด จำนวน 1 รูป ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน รวม 40 คน เพื่อทำความ

สะอาดวัดและบริเวณสถานที่อบสมุนไพรให้ถูกสุขลักษณะ และเกิดความสามัคคีในการทำกิจกรรมร่วมกัน ระยะเวลาดำเนินโครงการ 1 วัน

4) โครงการชุมชนสุขภาพดีด้วยเตาอบ มีผู้เข้าร่วม ได้แก่ ผู้รับบริการอบสมุนไพร จำนวน 34 คน เจ้าอาวาสวัด จำนวน 1 รูป ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน รวม 40 คน เพื่อปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนมีการดูแลสุขภาพของตนเอง กลุ่มเป้าหมายคือประชาชนที่อยู่ในชุมชนและหมู่บ้านใกล้เคียง โดยทีมผู้นำชุมชน และเครือข่ายร่วมผู้ที่มาใช้บริการอบสมุนไพร ช่วยกันประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนบ้านหนองปลาปากและชุมชนใกล้เคียง ให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการอบสมุนไพรที่วัดหนองปลาปาก ในการช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและทำให้เลือดลมไหลเวียนสะดวก ทำให้สุขภาพดี แข็งแรงมากยิ่งขึ้น ระยะเวลาดำเนินโครงการ 1 วัน

ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

ผู้วิจัยสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการอบสมุนไพรสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการอบสมุนไพรสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้นำชุมชนและผู้ให้บริการอบสมุนไพรให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมให้บรรลุตามแผนที่วางไว้ มีการดำเนินงานและติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ถอดบทเรียนประเมินผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการอบสมุนไพรรักษาโรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรรักษาโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังจัดกิจกรรม/โครงการ สรุปได้ดังนี้

1) ข้อมูลลักษณะประชากร พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 65.00 อายุระหว่าง 36-55 ปี ร้อยละ 25.00 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 90.00 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 47.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.50 รายได้ครอบครัว/เดือน 10,002-15,000 บาท ร้อยละ 80.00

2) ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการอบสมุนไพรรักษาโรคเพื่อสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

ด้านกระบวนการให้บริการ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านกระบวนการให้บริการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสะดวกรวดเร็วของการให้บริการ ค่าเฉลี่ย 4.23 รองลงมาคือ วันและเวลาในการให้บริการ ค่าเฉลี่ย 4.20 ด้านกระบวนการให้บริการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การเผยแพร่เอกสาร สื่อสิ่งพิมพ์ความรู้ด้านการอบสมุนไพรรักษาโรค ค่าเฉลี่ย 3.05

ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติงาน เช่น ไม่เรียกรับเงินเพิ่ม ค่าเฉลี่ย 4.03 รองลงมาคือ ความสนใจ ความเอาใจใส่ ความพร้อมในการให้บริการ ค่าเฉลี่ย 3.83 และด้าน

เจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ย 2.85

ด้านสถานที่ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านสถานที่ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเป็นสัดส่วนของสถานที่ให้บริการ ค่าเฉลี่ย 4.00 รองลงมาคือ ป้ายข้อความบอกจุดบริการค่าเฉลี่ย 3.83 และความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านสถานที่ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความปลอดภัยหรือการได้มาตรฐานของสถานที่ให้บริการ ค่าเฉลี่ย 3.55

3) ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการอบสมุนไพรรักษาโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี สรุปได้ดังนี้

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาโดยแบบบันทึกการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกระบวนการดำเนินงานพัฒนา ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ด้านการค้นหาคำถามและสาเหตุของปัญหา พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้เข้าร่วมค้นหาคำถามและสาเหตุของปัญหาการอบสมุนไพรรักษาโรค ค่าเฉลี่ย 4.05 รองลงมาคือ ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมร่วมอภิปรายเรื่องต่าง ๆ ในที่ประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาการอบสมุนไพรรักษาโรค ค่าเฉลี่ย 3.83 และด้านการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมพัฒนาการอบสมุนไพรรักษาโรค ค่าเฉลี่ย 3.15

ด้านการด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำการพัฒนาการอบสมุนไพรร่วม ค่าเฉลี่ย 3.20 รองลงมาคือ ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน / โครงการเพื่อพัฒนาการอบสมุนไพรร่วม ค่าเฉลี่ย 2.95 และด้านการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงานการพัฒนาการอบสมุนไพรร่วม ค่าเฉลี่ย 2.63

ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนา พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมกับการเข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการอบสมุนไพรร่วม ค่าเฉลี่ย 3.95 รองลงมา คือ ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่องในการ

ทำงาน ค่าเฉลี่ย 3.30 และด้านการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านให้การสนับสนุนวัสดุหรือบริจาคเงินในการดำเนินงานในการพัฒนาการอบสมุนไพรร่วม ค่าเฉลี่ย 3.00

ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านช่วยประชาสัมพันธ์ผลการประเมินผลการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 3.23 รองลงมาคือ ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลงานของชุมชน ตามเป้าหมายและบรรลุวัตถุประสงค์ ค่าเฉลี่ย 3.13 และด้านการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 2.88

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการอบสมุนไพรร่วม สาธารณะ จำแนกเป็นรายข้อ

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการอบสมุนไพร					$\bar{X}$	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
การค้นหาค้นหาและสาเหตุของปัญหา							
1. ท่านได้เข้าร่วม	6	30	4	0	0	4.05	0.50
ค้นหาปัญหาและ	(15.00)	(75.00)	(10.00)				
สาเหตุของปัญหา							
การอบสมุนไพร							
2. ท่านมีส่วนร่วมใน	5	23	12	0	0	3.83	0.64
การประชุมร่วม	(12.50)	(57.50)	(30.00)				
อภิปรายเรื่องต่าง ๆ							
ในที่ประชุมเกี่ยวกับ							
การพัฒนา การอบ							
สมุนไพร							

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการอบสมุนไพรร					$\bar{X}$	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
3. ท่านมีส่วนร่วมใน การกำหนดกิจกรรม พัฒนาการอบ สมุนไพรร	2 (5.00)	8 (20.00)	24 (60.00)	6 (15.00)	0	3.15	0.74
ด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผน							
4. ท่านมีส่วนร่วมใน การเป็นผู้นำการ พัฒนาการอบ สมุนไพรร	1 (2.50)	13 (32.50)	9 (22.50)	7 (17.50)	0	3.20	0.76
5. ท่านมีส่วนร่วมใน การกำหนด แผนการปฏิบัติงาน /โครงการเพื่อ พัฒนาการอบ สมุนไพรร	2 (5.00)	5 (12.50)	22 (55.00)	11 (27.50)	0	2.95	0.78
6. ท่านมีส่วนร่วมใน การกำหนดขั้นตอน ปฏิบัติงานการ พัฒนาการอบ สมุนไพรร	2 (2.00)	4 (10.00)	17 (42.50)	11 (27.50)	6 (15.00)	2.63	1.03
ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนา							
7. ท่านมีส่วนร่วมใน การแก้ไขข้อบกพร่อง ในการทำงาน	5 (12.50)	8 (20.00)	21 (52.50)	6 (15.00)	0	3.30	0.88
8. ท่านให้การ สนับสนุนวัสดุหรือ บริจาคเงินในการ ดำเนินงานในการ พัฒนาการอบ สมุนไพรร	0	10 (25.00)	20 (50.00)	10 (25.00)	0	3.00	0.72

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการอบสมุนไพรมะขาม					$\bar{X}$	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
9. ท่านมีส่วนร่วมกับการเข้ารับการรักษา อบสมุนไพรเกี่ยวกับ การอบสมุนไพร	7 (17.50)	24 (60.00)	9 (22.50)	0	0	3.95	0.64
ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล							
10. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผล งานของชุมชน ตามเป้าหมายและ บรรทัดฐานประจักษ์	2 (5.00)	5 (12.50)	29 (72.50)	4 (10.00)	0	3.13	0.64
11. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขการ ปฏิบัติงาน	1 (2.50)	10 (25.00)	12 (30.00)	17 (42.50)	0	2.88	0.88
12. ท่านช่วย ประชาสัมพันธ์ผล การประเมินผล การดำเนินงาน	4 (10.00)	10 (25.00)	17 (42.50)	9 (22.50)	0	3.23	0.92

จากการดำเนินกิจกรรมได้รูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี คือ “SPAC” model

สรุปผลและอภิปรายผล

1. บริบทความเป็นมาและภูมิปัญญาของการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองปลาปาก ตำบลขาม

ใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการอบสมุนไพรวัดหนองปลาปาก เตาอบสมุนไพร จัดตั้งขึ้นตั้งแต่สมัยพระอาจารย์ศรีอารเป็นผู้นำการเจ้าอาวาส และมีความเชี่ยวชาญในการใช้สมุนไพรรักษาโรค ให้บริการประชาชนทั่วไป ซึ่งได้รับความนิยมแพร่หลาย ซึ่งได้รับคำบอกเล่าจากบุคคลที่มาใช้บริการว่า เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ เบาหวาน จากการมาอบสมุนไพรทุก ๆ วัน วันละ 1 ชั่วโมง อาการเหล่านั้นก็ทุเลาลงมาก สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ศิริณีทิพย์ คำฟู⁸ พบว่า ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง และขา ในกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำสมุนไพรเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มอบไอน้ำธรรมดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการอบไอน้ำสมุนไพรเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษาที่สามารถช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังและขาได้ และการอบสมุนไพรเป็นการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนให้มีสุขภาพที่แข็งแรง มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ เจนจิรา คิคกล้า⁹ พบว่า การอบสมุนไพรเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในแง่การ บำบัด การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่ผู้ที่ไม่ได้มีโรคและผู้ที่มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย คนว่างงาน นักเรียน ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ใกล้สถานที่อบ

2. กระบวนการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนการแก้ไข การดำเนินงานและพัฒนา รูปแบบการอบสมุนไพรสาธารณะ ก่อให้เกิดโครงการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล จุลศิลป์¹⁰ พบว่า 1) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้จัดการศึกษาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ความเป็นมาและ

วัตถุประสงค์ของรูปแบบ องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและวิธีดำเนินการ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการปรับแนวคิด การมีส่วนร่วมในการสร้างจิตอาสา การมีส่วนร่วมในการสำรวจภูมิปัญญา การมีส่วนร่วมในการหาแนวทางวางแผนงาน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วมในการมุ่งมั่นติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และองค์ประกอบที่ 3 เงื่อนไขความสำเร็จและแนวทางการนำรูปแบบไปใช้

3. ผลการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพ ด้านกระบวนการให้บริการ คือ ความสะดวกรวดเร็วของการให้บริการ รองลงมาคือ วันและเวลาในการให้บริการ และพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การเผยแพร่เอกสาร สื่อสิ่งพิมพ์ความรู้ด้านการอบสมุนไพร ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ คือ ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติงาน เช่น ไม่เรียกรับเงินเพิ่ม รองลงมาคือ ความสนใจ ความเอาใจใส่ ความพร้อมในการให้บริการ และพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ ด้านสถานที่ คือ ความเป็นสัดส่วนของสถานที่ให้บริการ รองลงมาคือ ป้ายข้อความบอกจุดบริการ และพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ความปลอดภัยหรือการได้มาตรฐานของสถานที่ให้บริการ การมีส่วนร่วมใน

กิจกรรมกระบวนการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการได้เข้าร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาการอบสมุนไพร มีส่วนร่วมในการประชุมร่วมอภิปรายเรื่องต่าง ๆ ในที่ประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาการอบสมุนไพร มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมพัฒนาการอบสมุนไพร มีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำการพัฒนาการอบสมุนไพร มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน /โครงการเพื่อพัฒนาการอบสมุนไพร มีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงานการพัฒนาการอบสมุนไพร มีส่วนร่วมกับการเข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการอบสมุนไพร มีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงาน ให้การสนับสนุนวัสดุหรือบริจาคเงินในการดำเนินงานในการพัฒนาการอบสมุนไพร ช่วยประชาสัมพันธ์ผลการประเมินผลการดำเนินงานมีส่วนร่วมในการประเมินผลงานของชุมชน ตามเป้าหมายและบรรลุวัตถุประสงค์ มีส่วนร่วมในการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมโครงการให้ความร่วมมือในการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะ ส่งผลให้ปัจจัยต่อความสำเร็จในการพัฒนาการอบสมุนไพรในครั้งนี้

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จะสำเร็จนั้น ผู้ใช้บริการจะต้องมีความตระหนักถึงการดูแลรักษาและปฏิบัติตามขั้นตอน

การอบสมุนไพร คำนึงถึงความสะดวก และมีความเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน

สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองปลาปาก ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี คือ “SPAC” model ประกอบด้วย

1. Service of sauna : S คือ การให้บริการอบสมุนไพร เป็นการอบตัวด้วยไอน้ำที่ได้จากการต้มสมุนไพร เป็นวิธีบำบัดรักษาอย่างหนึ่ง ซึ่งวิวัฒนาการมาจากการนั่งกระโจมในหญิงหลังคลอด ช่วยให้โลหิตเวียนโลหิตดีขึ้น ทำให้ร่างกายสดชื่น ผิวพรรณเปล่งปลั่งมีน้ำมีนวล และช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งทางวัดหนองปลาปากได้จัดตั้งเตาอบสมุนไพรขึ้นมาเพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

2. Participation (Apply by PAR) : P คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วัด และผู้ใช้บริการอบสมุนไพร ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้จากกันและกัน ยึดหลักการเรียนรู้จากชาวบ้านโดยตรง ให้ความร่วมมือร่วมใจในทุกขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรตั้งแต่การหาปัญหา การจัดทำแผน การดำเนินการตามแผนและการติดตามการดำเนินงาน

3. Action plan : A คือ การปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้ ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

4. Continuous operation : C คือ การดำเนินการต่อเนื่อง คือการปฏิบัติตามแผนงานที่วางระบบไว้ในบริการรอบสมุนไพรมีต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืน เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดีและมีการบริการที่คงคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการจะสำเร็จผล ทุกคนในองค์กรจะต้องเห็นความสำคัญและมีความตั้งใจที่จะพัฒนาอย่างแท้จริง จึงจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันตัดสินใจในการกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา ร่วมวางแผนและดำเนินการตามแผน นำไปสู่การดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยภูมิปัญญาไทย และปฏิบัติในทางที่ถูกต้อง ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุน ให้คำแนะนำ จะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีที่ยั่งยืน

3. หน่วยงานของรัฐ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ ตำบล และหน่วยงานวัฒนธรรมระดับอำเภอ ควรจะนำผลการวิจัยนี้ไปพิจารณาในการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การให้บริการ การอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนในท้องถิ่นและร่วมสนับสนุนเงินทุนหรือปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการบริการรอบสมุนไพรมีที่ได้ก่อตั้งขึ้นในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยงานของตน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำไปศึกษากับสถานบริการอบสมุนไพรมีอื่น เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม และส่งผลให้เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการทางการแพทย์แผนไทยต่อไป

2. ควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรร่วมกับโรงเรียน เพื่อปลูกฝังแนวคิดที่ดีแก่ภูมิปัญญาของท้องถิ่นและส่งเสริมการใช้สมุนไพรมีให้เกิดประสิทธิภาพแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พระครูอุดมกิจวิมล เจ้าอาวาสวัดหนองปลาปาก ที่ได้ให้การสนับสนุนดำเนินโครงการและการจัดงานวิจัยภายในพื้นที่วัดหนองปลาปาก นายสัตยา ชื่นตา แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการท้าวิจัยด้านความรู้และร่วมศึกษารูปแบบการพัฒนาการอบสมุนไพรมีสาธารณะเพื่อสุขภาพ ผู้นำชุมชน ผู้เข้าร่วมโครงการ ที่เข้าร่วมและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานข้อมูลและประเมินผล. รายงานการสาธารณสุขด้านแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศ. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข; 2556.

2. สารานุกรมสมุนไพรไทยสำหรับเยาวชนไทย. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 14 เรื่องที่ 10 สมุนไพร; 2560.
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข (2556). รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก 2554-2556. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
4. กองบรรณาธิการ. สมุนไพรที่ใช้ในการอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อสุขภาพและความงาม. [ออนไลน์]. 2560. แหล่งข้อมูล <http://www.yesspathailand.com> [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2560].
5. พระสาธิต เกตุภูเขียว. แนวทางการพัฒนาการอบสมุนไพรสาธารณะภายในวัด โดยใชการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสมุทรสงคราม. (วิทยานิพนธ์) มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
6. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
7. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558; 2(1): 67-96.
8. ศิริทิพย์ คำฟู. การศึกษาเปรียบเทียบผลทันตระหว่างการอบไอน้ำสมุนไพรไทยและการอบไอน้ำธรรมดาต่อความยืดหยุ่นของร่างกายในเพศหญิง อายุ 30-45 ปี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560: 32(2). [ออนไลน์] ได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org> [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2560].
9. เจนจิรา คัดกล้า. (2556). การอบสมุนไพร: ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน. [ออนไลน์] ได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org> [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2560].
10. ศศิวิมล จุลศิลป์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้จัดการศึกษาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน: การประยุกต์ใช้กระบวนการเอไอซี. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วิภาดา คงทรง^{1*} วรพจน์ พรหมสัตพรต² นกชา สิงห์วีระธรรม³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็น แบบประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการณ์ กระบวนการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired T-Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสภาพการทำงาน พบว่าต้องปรับปรุงสภาพงานด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน ท่าทางการทำงาน สถานะงาน การบริหารจัดการงานคอมพิวเตอร์ เสนอแนวทางปรับปรุงสภาพงาน ได้แก่ 1) อบรมให้ความรู้การปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ 2) ปรับปรุงสภาพงานและฝึกปฏิบัติท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง 3) การออกกำลังกายและกายบริหารสำหรับคนทำงาน 4) คู่มือความปลอดภัยในการทำงาน หลังดำเนินการตามแผนปฏิบัติการความเสี่ยงในการทำงานลดลง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในสภาพงานด้านการยศาสตร์ การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ก่อนและหลังวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ 1) มีการนำข้อมูลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์มาเป็นข้อมูลประกอบในการค้นหาปัญหา 2) มีแผนงานกิจกรรมที่เกิดจากผู้ร่วมวิจัยร่วมวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางแก้ไข ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพงานตามแผน ซึ่งมีการสื่อสารที่มีศักยภาพ และความสัมพันธ์ที่ดี 4) มีแนวทางปฏิบัติตามคู่มือที่ชัดเจน และ 5) มีการติดตามการดำเนินงาน สรุปผล และถอดบทเรียนการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ สรุปผลการวิจัย การปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ทำให้ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานสำนักงานลดลง ความพึงพอใจในสภาพงานด้านการยศาสตร์เพิ่มขึ้นและระดับการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : กระบวนการปรับปรุงสภาพงาน, การประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์, การยศาสตร์

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ อาจารย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

* Corresponding author: iam.netty.wipada@gmail.com

*Original Article***Work Improvement of Employees in Mahasarakham Provincial
Public Health Office, Using Ergonomic Risk Assessment**Wipada Kongsong^{1,*}, Vorapoj Promasatayaprot², Noppcha Singweratham³**Abstract**

This action research aimed to study the process of improvement in working conditions by applying ergonomic principles. The samples were 30 the Public Health Technical Officer of Maha Sarakham Provincial Public Health Office. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, mean, percentage, standard deviation, and inferential statistic such as Paired t-test, while content analysis was used to analyze the qualitative data. The results showed that the participants proposed solutions for the problems and arranged activities for improving working conditions. The activities included: 1) educating about improving in working conditions by applying ergonomic principles, 2) improving in working conditions and practicing in performing right postures during working with a computer, 3) educating about exercise and body stretches for workers, 4) educating about safety guidelines for computer and paper-related jobs. When distributing the Paired T-Test, there was a significant difference in the mean satisfaction score of ergonomics working condition and the mean participation score in improving in working conditions based on ergonomic concepts between before and after the intervention at 0.05 level. ($p < 0.05$) Factors for success included: 1) the risk assessment information on ergonomics in office work was used for exploring ergonomic-related problems at work, 2) the action plan was produced from the participation of the participants in raising the issues, analyzed problems, proposed the solutions, and decided on selecting solution strategies, 3) the participants were a part of working condition improvement following the action plan with efficient communication and good relationship among the numbers of the participants' division, 4) the participants adhered the safety guidelines for computer, and 5) the operations were monitored, evaluated, and performed the lesson learned in working condition improvement based on ergonomic principles. In sum, improvement in working conditions adhering ergonomic principle lowered the risks of ergonomics at workstations, increased satisfaction of ergonomic working conditions, and increased participation in the operations on improvement in working condition using ergonomic principles.

Keywords: Work condition improvement process, Applying ergonomics principle, ergonomics¹ Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Mahasarakham University² Association Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University³ Lecturer, Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

* Corresponding author: iam.netty.wipada@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาโรคจากการทำงานมากยิ่งขึ้น มีองค์กรระดับโลกหลายหน่วยงานที่มีภารกิจในการแก้ไขปัญหาด้านนี้ เช่น International Ergonomics Association (IEA) ส่วนในประเทศไทย มีหน่วยงานที่ดูแลเรื่องการยศาสตร์โดยเฉพาะคือ สมาคมการยศาสตร์ไทย (Ergonomics Society of Thailand) จากรายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักรไทย ประจำปี 2561 พบผู้ป่วยโรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจำนวนมากที่สุดเป็นอันดับ 4 จากสาเหตุ 21 กลุ่มโรคผู้ป่วยนอก¹ จากรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560 โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน อัตราป่วยต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 167.22 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2559 โดยจังหวัดมหาสารคามพบว่ามีจำนวนป่วยโรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ จากการทำงาน ปี 2560 สูงที่สุดอยู่ในลำดับที่ 9 ของประเทศ จำนวน 228.65 ราย และจากข้อมูลผู้รับบริการแพทย์แผนไทย จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2562 พบมีผู้รับบริการเนื่องจากโรคกล้ามเนื้อปัดคลาศสัญญาณ 4 หลัง เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม² เป็นอันดับ 1 ในการรับบริการแพทย์แผนไทยทั้งหมด จากโปรแกรม TTMMIS กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ข้อมูล ณ วันที่ 11 ตุลาคม 2562

กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์ในระบบสุขภาพ จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เป็น 1 ในยุทธศาสตร์หลักของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก มีเป้าหมายที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุกในการทำงาน และมีเป้าหมายเชิงระบบสุขภาพตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ในเป้าหมายกำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2573 (Global strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030) ว่ากำลังคนด้านสุขภาพต้องมีความเพียงพอ (Availability) ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) มีคุณภาพ (Quality) และเป็นที่ยอมรับ (Acceptability) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดคำรับรองการปฏิบัติราชการประเด็นการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข โดยให้บุคลากรประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาองค์กรสร้างสุข (Happy Organization) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้ดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว ได้มีการถ่ายทอดนโยบายโดยบรรจุในแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2562 - 2564 และประเมิน HPI ซึ่งผลการประเมินปีงบประมาณ 2562 ลดลงจากปีงบประมาณ 2560 เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าคะแนนลดลงมากที่สุดคือด้านบรรยากาศ (Atmosphere) ที่ประเมินจากการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี และมีความปลอดภัยในการทำงาน และด้านสุขภาพกาย - ใจ (Body & Mind) ที่ประเมินจากการดูแล

สุขภาพบุคลากร การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการความเครียด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/ การเจ็บป่วย/ การตายที่มีสาเหตุจากการทำงาน การสร้างความพึงพอใจในการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน สอดคล้องกับผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงาน พบว่ามีความเสี่ยงอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อและเมื่อยล้าสายตาจากการทำงานที่ไม่ปลอดภัยเป็นความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง³ เมื่อวิเคราะห์ผลประเมินสุขภาวะองค์กร ปี 2562 กลุ่มงานที่มีผลการประเมินด้านบรรยากาศในการทำงานและด้านสุขภาพกาย-ใจน้อยที่สุดคือ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล รองลงมาคือ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข และกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และจากข้อมูลการรับบริการที่คลินิก ทวารวดีแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม พบว่าบุคลากรกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลเข้ารับบริการมากเป็นอันดับหนึ่ง บุคลากรกลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข และบุคลากรกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับบริการรองลงมา จากผลการประเมิน HPI และการรับบริการรักษาอาการปวดเมื่อยบริเวณคอและไหล่ ประกอบกับการชี้บ่งอันตราย (Hazard Identification) และประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Health Risk Assessment: HRA) บุคลากรมีลักษณะงานส่วนใหญ่ทำงานสำนักงานหรืองานเอกสารโดยใช้คอมพิวเตอร์ เป็นเวลานานมีความเสี่ยงในการทำงานด้านการศาสตร์ คืออาการบาดเจ็บโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ และเมื่อยล้าสายตา (Office Syndrome) ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจเกิดจาก

การทำงานเป็นเวลานานในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสม⁴ หากมีการปรับปรุงสภาพการทำงานให้ปลอดภัยด้วยหลักการยศาสตร์ ก็อาจสามารถแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานและสุขภาพกาย-ใจบุคลากรจากการประเมินสุขภาวะองค์กรได้

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข และกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยพิจารณาการวิเคราะห์ประเด็นการปรับปรุงสถานทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน ท่าทางการทำงาน และการบริหารจัดการความปลอดภัยในการทำงาน⁵ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานที่ลดความเสี่ยงในการปวดเมื่อยและบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน มีความปลอดภัยในการทำงาน มีสุขภาวะที่ดี บุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงาน อันจะเป็นแรงเสริมให้บุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ทำให้เกิดงานสำเร็จดังเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษากระบวนการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทการทำงานและประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษากระบวนการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อศึกษาผลของการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประเภท การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย ร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในการร่วมคิดวางแผน ร่วมปฏิบัติตามแนวทาง ร่วมติดตามสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิดของ Kemmis and Mc.Taggart⁶ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 151 คน

กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ใช้เวลาปฏิบัติงานคอมพิวเตอร์หรืองานเอกสารเฉลี่ยมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 30 คน โดยกลุ่มเป้าหมายมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาในงานวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และใช้เวลาปฏิบัติงานคอมพิวเตอร์หรืองานเอกสารเฉลี่ยมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน

2. ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

3. ยินยอมให้เก็บข้อมูล จนกว่าจะเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกล่วงเป้าหมายออกจากการศึกษาวิจัย (Exclusion Criteria)

1. เสียชีวิต ลาออก ย้ายงาน ย้ายไปช่วยราชการแห่งอื่น ในระหว่างการศึกษาวิจัย

2. ไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลในระหว่างการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง กันยายน 2563 เก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผน (Planning)

1.1 ศึกษาบริบท ลักษณะองค์กร ลักษณะการทำงาน บริบทการทำงานของประชากร และกลุ่มเป้าหมาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากท่าทางการทำงานที่ผ่านมา ตลอดจนศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการยศาสตร์ของบุคลากร

1.2 ชี้ บ่ง อัน ต ร า ย (Hazard Identification) ประเมิน HRA ประเมิน ROSA ประเมินความพึงพอใจในสภาพการทำงานด้านการยศาสตร์ และประเมินการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ก่อนการวิจัย

1.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สร้างความรู้ ความเข้าใจในการศึกษาวิจัย และร่วมกำหนดแนวทาง จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

2. การปฏิบัติ (Action)

2.1 ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) โดยมีกรอบการปรับปรุง ได้แก่ สิ่งแวดล้อมการทำงาน ทำางการทำงาน สถานีงาน และการบริหารจัดการงานคอมพิวเตอร์

3. การสังเกตการณ์พัฒนา (Observation)

3.1 สังเกตและติดตามกระบวนการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์

3.2 ประเมิน ROSA ประเมินความพึงพอใจในสภาพการทำงานด้านการยศาสตร์ และประเมินการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพงาน โดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ หลังการวิจัย

4. สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

4.1 สรุปปัญหา อุปสรรค ค้นข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน และถอดบทเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานสำนักงาน (ROSA) ประเมินจากท่าทางการทำงานของบุคลากร โดยผู้วิจัยสังเกตและประเมินเองให้คะแนนจากสภาพการทำงานและสถานีงานแล้วสรุปค่าคะแนน ได้แก่ ค่าคะแนนเก้าอี้ ค่าคะแนนอุปกรณ์เสริม ค่าคะแนนจอภาพและอุปกรณ์เสริม แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนน ก่อน-หลังการทำวิจัย

1.2 แบบประเมินความพึงพอใจในสภาพการทำงานด้านการยศาสตร์ โดยผู้ร่วมวิจัยประเมินตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน ด้านท่าทางการทำงาน ด้านสถานีงาน และด้านการบริหารจัดการงานคอมพิวเตอร์

1.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมต่อการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ โดยผู้ร่วมวิจัยประเมินตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 แบบสังเกตการณ์ กระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยจะสังเกตและบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น

2.2 แบบบันทึกการสนทนากลุ่มในกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยจะบันทึกสิ่งที่ได้จากการสนทนา

2.3 แบบบันทึกการประเมินผล ทั้งในระยก่อน ดำเนินการ และเสร็จสิ้นกระบวนการ

2.4 แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ร่วมวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 180/2563 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษากระบวนการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ขั้นการวางแผน (Planning)

1. สรุปผลการศึกษาสภาพแวดล้อมบริบทการทำงาน และประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

1.1 โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและดำเนินการประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขกำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุน การปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดมีนโยบายพัฒนาบุคลากรให้มีสุขภาพที่ดี ตามการพัฒนายุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนสู่บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

1.2 ลักษณะทางประชากร บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีทั้งหมด 151 คน ปฏิบัติงานในกลุ่มงานต่าง ๆ จำนวน 13 กลุ่มงาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.51 มีอายุเฉลี่ย 44.50 ปี (S.D.= 10.21) มีมากที่สุดในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.09 รองลงมา อายุระหว่าง 26-37 ปี ร้อยละ 31.79 มีอายุราชการเฉลี่ย 20.09 ปี (S.D.= 11.03) มีมากที่สุดในกลุ่มอายุราชการระหว่าง 15-28 ปี ร้อยละ 37.09 ส่วน

ใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 68.21 และมีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 67.6

1.3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน ได้แก่ บุคลากรกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล จำนวน 11 คน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จำนวน 14 คน กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 5 คน กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ย 40 ปี (S.D.= 9.25) มากที่สุดในกลุ่มอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 43.33 รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 23.33 มีดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่สมส่วน (18.5 - 22.9) ร้อยละ 50.00 มีอายุงานใน สสจ. มหาสารคาม เฉลี่ย 12 ปี (S.D.= 9.80) ส่วนใหญ่มีอายุงานระหว่าง 1-4.9 ปี ร้อยละ 26.67 รองลงมา มีอายุงาน ระหว่าง 10-14.9 ปี ร้อยละ 23.3

1.4 บริบทการทำงานและการประเมินความเสี่ยงในการทำงานด้านการยศาสตร์ สภาพการทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีการทำงาน ในลักษณะงานควบคุม กำกับการดำเนินงานหน่วยงานเครือข่าย งานส่วนใหญ่ทำงานสำนักงาน งานเอกสาร และพิมพ์เอกสารโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีผลการประเมินสุขภาพองค์กร (HPI) ต้องมีการพัฒนามากที่สุดในด้านบรรยากาศการทำงาน และด้านสุขภาพกายใจ หน่วยงานที่ต้องมีการพัฒนามากที่สุดคือกลุ่มงานที่มีผลการประเมินค่าคะแนนน้อยที่สุดคือ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล รองลงมาคือ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข และกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1.5 ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ จากการชี้บ่งอันตราย พบความเสี่ยงที่ทุก

หน่วยงานและมีแนวโน้มของอันตรายที่จะเกิดขึ้นใน การทำงานมากที่สุดคือความเสี่ยงที่จะมีอาการปวด เมื่อยกล้ามเนื้อจากการนั่งทำงานด้วยท่าทางเดิม เป็นระยะเวลานาน ตาแห้ง แสบตา จากการจ้อง

จอคอมพิวเตอร์ ผลการประเมิน HRA พบว่าความ เสี่ยงด้านการยศาสตร์มีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพของ ผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยงานต้องมีการจัดการความเสี่ยง

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

1. การระบุสิ่งคุกคาม			2. การประเมินความเสี่ยง					3. การควบคุม ความเสี่ยง
สิ่งคุกคาม สุขภาพ	ลักษณะงาน/ที่มี ความเสี่ยง	ลักษณะของ อุบัติเหตุหรือการ เจ็บป่วย	การควบคุม ความเสี่ยงที่มี	จำนวนเสี่ยง (คน)	โอกาสเกิด อันตราย(A)	ความ รุนแรง(B)	ระดับความ เสี่ยง(AxB)	วิธีป้องกัน ควบคุม หรือแก้ไขปัญหาคือ ความเสี่ยงที่พบ
การยศาสตร์/ สภาพการทำงาน	นั่งทำงานกับ คอมพิวเตอร์หรือ งานเอกสารที่เป็น เวลารนาน	การบาดเจ็บโครง ร่างกระดูกและ กล้ามเนื้อ ตาแห้ง แสบตา	ไม่มี	151	3 (สูง)	2 (ปานกลาง)	6 (สูง)	ปรับปรุงสภาพงาน ให้ปลอดภัย

2. สรุปผลการเตรียมความพร้อมก่อนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่นั่งทำงานคอมพิวเตอร์หรืองานพิมพ์เอกสารเป็นระยะเวลานาน ด้วยท่าทางเดิมซ้ำ ๆ ทำให้มีความเครียดจากการทำงาน และมีอาการปวดเมื่อยบริเวณคอ ไหล่ และหลัง ไม่มีข้อมูลความรู้ด้านลักษณะท่าทางการทำงานที่เหมาะสมหรือต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างไร ทั้งนี้ต้องการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการยศาสตร์ การปรับปรุงสภาพงานให้เหมาะสม รวมทั้งเสนอแนวทางเน้นการมีส่วนร่วมโดยใช้การประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง เมื่อร่วมกิจกรรมแล้วให้ความเข้าใจหลักการยศาสตร์ และมีคู่มือการทำงานเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง สามารถจัดการแก้ไขปัญหาด้านการยศาสตร์ในที่ทำงานได้ มีการประเมินสภาพปัญหาในการทำงานก่อนและหลัง กำหนดระยะเวลาดำเนินกิจกรรม และมีการประเมินผลหลังโครงการ

2.2 ผลการประเมินความเสี่ยงในงานสำนักงานที่ใช้คอมพิวเตอร์โดยวิธี ROSA ก่อนการวิจัย พบว่า ร้อยละ 50 ระดับความเสี่ยงสูง ด้านที่มีความเสี่ยงสูงคือด้านเก้าอี้ – เวลางาน ร้อยละ 60 และด้านเมาส์ – แป้นพิมพ์ ร้อยละ 40.00 จึงควรแก้ไขปัญหาคือความเสี่ยงด้านการยศาสตร์เหล่านี้ให้มีความเสี่ยงลดลง

2.3 ผลการประเมินความพึงพอใจในสภาพงานด้านการยศาสตร์ก่อนการวิจัย พบว่า มีค่าเฉลี่ย 2.57 ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย พบว่าด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน ค่าเฉลี่ย 2.45 เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ย 2.60 อยู่ในระดับน้อย ด้านสถานงาน ค่าเฉลี่ย 2.22 อยู่ในระดับน้อย ด้านการบริหารจัดการงานคอมพิวเตอร์ ค่าเฉลี่ย 3.08 อยู่ในระดับปานกลาง

2.4 ผลประเมินการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ก่อนการวิจัย พบว่า มีค่าเฉลี่ย 2.24 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน

พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจ, การมีส่วนร่วมดำเนินงาน, การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ค่าเฉลี่ย 2.23, 2.20, 2.28, และ 2.25 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

2.5 ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ชี้แจงสร้างความรู้ความเข้าใจ และร่วมวางแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันเสนอปัญหาในพื้นที่ สรุปประเด็นปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอข้อคิดเห็นต่าง ๆ กิจกรรมที่ 1 การชี้แจง สร้างความรู้ ความเข้าใจในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ให้ทราบและเข้าใจ สภาพปัญหาด้านการยศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน กิจกรรมที่ 2 ทบทวนสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาความเสี่ยงสูงจากผลการประเมิน ROSA เพื่อรับรู้สถานการณ์และสภาพปัญหา และให้ความสำคัญกับการวางแผนการแก้ไขปัญหการทำงานด้านการยศาสตร์ และกิจกรรมที่ 3 กิจกรรมกลุ่มร่วมสรุปประเด็นปัญหา หาสาเหตุ และวางแผนแก้ไข ปัญหา ตั้งเป้าหมายในการดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วม สรุปกิจกรรมปรับปรุงสภาพงานดังนี้ 1) กิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการศาสตร์ 2) กิจกรรมการปรับปรุงสภาพงาน และฝึกปฏิบัติท่าทางการทำงานคอมพิวเตอร์และงานเอกสารที่ถูกต้อง 3) กิจกรรมให้ความรู้การออกกำลังกายและกายบริหารสำหรับคนทำงาน เพื่อลดปัญหาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงานคอมพิวเตอร์และงานเอกสาร 4) กิจกรรมให้ความรู้คู่มือความปลอดภัยในการทำงานคอมพิวเตอร์และงานเอกสาร

ขั้นการปฏิบัติการ (Action)

ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม สรุปผลการศึกษา ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 อบรมให้ความรู้เรื่องการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการปรับปรุงสภาพงาน และฝึกปฏิบัติท่าทางการทำงานคอมพิวเตอร์และงานเอกสารที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมให้ความรู้การออกกำลังกายและกายบริหารสำหรับคนทำงาน

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมให้ความรู้คู่มือความปลอดภัยในการทำงานคอมพิวเตอร์และงานเอกสาร

สรุปผลการจัดกิจกรรม พบว่า ผู้ร่วมวิจัยให้ความสนใจ และตั้งใจฟังการบรรยาย มีการสาธิตท่าทางการปฏิบัติงานจริง ปรับปรุงสภาพการทำงานในพื้นที่ปฏิบัติงานจริง ทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมโต้ตอบ แสดงความคิดเห็น และสอบถามตลอดการอบรม ผลการประเมินการมีส่วนร่วมต่อการปรับปรุงสภาพงาน หลังการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ย 2.58 ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกข้อมีข้อที่ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มากที่สุดในหัวข้อ ร่วมให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนงาน และแก้ไขปัญหในการปรับปรุงสภาพงาน และร่วมกำหนดผลสำเร็จของแผนงานการปรับปรุงสภาพงาน น้อยที่สุดในหัวข้อการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงาน ในการปรับปรุงสภาพงาน

ขั้นการสังเกตผล (Observation)

1. สรุปผลการติดตามและสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยในการปรับปรุงสภาพงานในพื้นที่การทำงานของแต่ละกลุ่มงานตามแผนปฏิบัติการ พบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีความพร้อมและกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม เนื่องจากเกิดผลดีกับตัวผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและปรับปรุงสภาพงาน ปรับปรุงสถานีนงาน ร่วมฝึกทำทางงานนึ่งทำงานและกายบริหาร ซึ่งผู้วิจัยได้ร่วมให้คำปรึกษาและแนะนำในการปฏิบัติ และได้บันทึกการสังเกตจากการร่วมกิจกรรม มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงสภาพงานในพื้นที่โต๊ะทำงานของตนเองอย่างเต็มที่

2. สรุปผลการประเมินระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ROSA หลังจากทำการปรับปรุงสภาพงานแล้วพบว่า ระดับความเสี่ยงลดลง อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ คือผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีความเสี่ยงในการทำงานคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับต่ำ

3. สรุปผลการประเมินระดับความพึงพอใจในสภาพงานด้านการยศาสตร์หลังการวิจัยพบว่าเพิ่มสูงขึ้นจากก่อนวิจัย เป็นค่าเฉลี่ย 4.42 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในสภาพงานด้านการยศาสตร์ก่อนและหลังการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน ด้านสถานีนงานด้านท่าทางการทำงาน และด้านการบริหารจัดการงานคอมพิวเตอร์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

4. สรุปผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ พบว่าเพิ่มสูงขึ้นจาก

ก่อนวิจัย เป็นค่าเฉลี่ย 2.58 ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมต่อการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ก่อนและหลังการวิจัยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ผลการดำเนินกิจกรรมประชุมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ร่วมกันสรุปผลการดำเนินงาน สะท้อนผลการปฏิบัติตามแผน สรุปผลการดำเนินกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูล สะท้อนปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ได้รับ ถอดบทเรียนการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อไป ทำให้ได้แนวทางในการดำเนินการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

1. มีการนำข้อมูลการศึกษาบริบทการทำงาน และข้อมูลจากการประเมินต่าง ๆ มาประกอบการพิจารณาปรับปรุงสภาพงาน ได้แก่ การชี้บ่งอันตราย การประเมินHRA การประเมิน ROSA

2. การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยในการวางแผนงานกิจกรรม โดยร่วมค้นหาปัญหาจากพื้นที่ สรุปประเด็นปัญหา สาเหตุของปัญหา

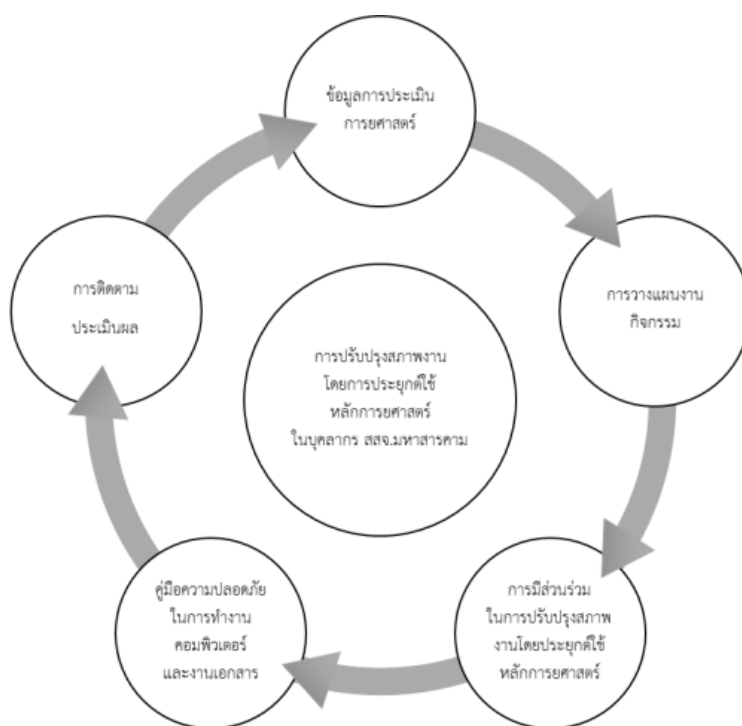
วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข และร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา

3. การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยในการปรับปรุงสภาพงานตามแผนงาน โดยเล็งเห็นถึงผลที่เกิดต่อผู้ร่วมวิจัยเอง มีการสื่อสารที่มีศักยภาพและความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกันในทีมงานของผู้ร่วมวิจัย

4. มีคู่มือความปลอดภัยในการทำงานคอมพิวเตอร์และงานเอกสาร ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. มีการติดตามการดำเนินงานสรุปผล ถอดบทเรียนการปรับปรุงสภาพงานโดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ สะท้อนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

สรุปรูปแบบการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



ภาพที่ 1 รูปแบบการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์

มีการนำข้อมูลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์มาเป็นข้อมูลประกอบในการค้นหาปัญหา ร่วมกับการเสนอปัญหา สรุปปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางแก้ไข ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา วางแผนงานกิจกรรมเพื่อแก้ไข ปัญหาของผู้ร่วมวิจัย มีส่วนร่วมปรับปรุงสภาพงาน

โดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ตามแผน ซึ่งมีการสื่อสารที่มีศักยภาพ ความสัมพันธ์ที่ดี คำนึงถึงผลดีต่อสุขภาพทำให้เกิดความสนใจเข้าร่วมงานวิจัย มีแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยยึดแนวทางตามคู่มือความปลอดภัยในการทำงานคอมพิวเตอร์และงานเอกสาร และมีการติดตาม ประเมินผล สรุปผล

กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะ และถอดบทเรียน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษากระบวนการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ทำให้ทราบบริบทการทำงานและประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่มีสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ จากการนั่งทำงานคอมพิวเตอร์หรืองานพิมพ์เอกสารเป็นระยะเวลานาน ด้วยท่าทางเดิมซ้ำ ๆ นั่งหลังค่อม จ้องจอคอมพิวเตอร์ระยะเวลานาน จับเมาส์นานทำให้ปวดมือ ด้านสถานงาน มีความเคยชินกับสภาพทำงานเดิม ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรวรรณ ภูษาดา และสุนิสา ชายเกลี้ยง⁷ ที่พบว่า ผู้ปฏิบัติงานทำงานประเภทกลุ่มออฟฟิศ พบความชุกของความรู้สึกลำบากในบริเวณคอ ไหล่ และหลังสูง ควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในสภาพแวดล้อมการทำงานเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของผลกระทบด้านโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานได้

กระบวนการปรับปรุงสภาพงานโดยการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทำให้ทราบบริบทการทำงานและสามารถประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่มีสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์การทำงานเป็นเวลานาน และการใช้คอมพิวเตอร์ มีการจ้องจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานมีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ เมธิณี ครุสนธิ์ และสุนิสา ชายเกลี้ยง⁸ ได้ศึกษาการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในพนักงาน

สำนักงานมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ใช้คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะในการทำงานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ เทคนิค ROSA พบความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในการทำงานกับคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับเสี่ยงสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรวรรณ ภูษาดา และสุนิสา ชายเกลี้ยง⁷ ที่ได้ศึกษาพบว่าพนักงานศูนย์บริการข้อมูล จังหวัดขอนแก่น ที่มีการทำงานประเภทกลุ่มออฟฟิศมีความชุกของการปวดและระดับความรู้สึกลำบากไม่สบายบริเวณคอ ไหล่ และหลังสูง มีปัญหาอาการปวดหลังส่วนล่างร่วมกับอาการปวดไหล่

จากการศึกษาประเมิน ROSA ก่อนการวิจัย พบว่าความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ อมร โฆษิตาพันธ์ และคณะ⁹ พบว่า ความบกพร่องของร่างกายคนมีความสัมพันธ์กับอาการปวดและความเสี่ยงทางการยศาสตร์และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เมธิณี ครุสนธิ์ และสุนิสา ชายเกลี้ยง⁸ พบว่ามีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในการทำงานกับคอมพิวเตอร์ของพนักงานสำนักงานอยู่ในระดับเสี่ยงสูง อาจเนื่องจากทำงานด้วยท่าทางในการทำงานสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ระยะเวลาการทำงานนาน

ผลการสังเกตกระบวนการวิจัยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมวางแผนปฏิบัติการ ผู้ร่วมวิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาสภาพการทำงานร่วมกันเสนอปัญหาการทำงานด้านการยศาสตร์ และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา สรุปกิจกรรมที่จะจัดขึ้น สอดคล้องประเด็นปัญหา สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัฐวุฒิ สมบูรณ์ธรรม¹⁰ ที่พบว่า การปรับปรุงสภาพงานโดยใช้หลักการยศาสตร์แบบมีส่วนร่วมทำให้ความรู้สึกลำบากหลังส่วนล่าง กล้ามเนื้อมีการ

งานลดลง สามารถลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในการทำงานได้ จากการวางแผน แผนปฏิบัติการ 4 กิจกรรม พบว่าผู้ร่วมวิจัย มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพงานในพื้นที่ปฏิบัติงานจริง มีส่วนร่วมได้ตอบ แสดงความคิดเห็น และสอบถามตลอดการจัดกิจกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนิสา ชายเกลี้ยง และวรรณ ภูชาดา⁷ ที่ได้ใช้โปรแกรมการปรับปรุงตามหลักการยศาสตร์ในพนักงานศูนย์บริการข้อมูล ทำให้ระดับความรู้สึกไม่สบาย และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการศึกษาหลังดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ พบว่าระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ROSA ระดับความเสี่ยงลดลงอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพย์วิญญูเจริญกุล และนางเดือน โพชนา¹¹ พบว่าแบบประเมิน ROSA สามารถใช้ชี้บ่งความเสี่ยงของพื้นที่ปฏิบัติงานในสำนักงานได้ โดยสามารถให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์กับผู้ใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการปรับท่าทางการทำงานให้มีความเหมาะสมพบว่าระดับความพึงพอใจในสภาพงานด้านการยศาสตร์เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ พันธุ์เทพ นกแก้ว และนิศานาถ พัสตุสาร¹² พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและท่าทางการใช้คอมพิวเตอร์โดยการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ และแนวทางการใช้ตัวเตือน พบว่าผลการประเมินการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินการปรับปรุงสภาพงานเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงพร นุตบุญเลิศ, พรรรัตน์ แสดงหาญ, และ อธิญญา อิงอาจ¹³ ที่พบว่า พนักงานเห็นด้วยกับโมเดลการใช้การยศาสตร์ในการปฏิบัติงาน ในระดับ

ค่อนข้างมาก และยังพบว่า การใช้การยศาสตร์ในองค์กรด้านกายภาพ ด้านการรับรู้ และด้านการจัดการองค์กร มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำแนวทางการปรับปรุงสภาพงาน โดยประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ไปปรับใช้กับกลุ่มงานอื่นในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่มีลักษณะปัญหาใกล้เคียงกัน มีลักษณะการทำงานส่วนใหญ่เป็นงานคอมพิวเตอร์และงานเอกสาร มีปัญหาสภาพการทำงานด้านการยศาสตร์ เพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ตลอดจนสามารถเพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน

2. กระบวนการที่ดึงดูดการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนในการเสนอปัญหาการทำงานที่เกิดขึ้นจริง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา วางแผน ออกแบบการปรับปรุงสภาพงาน จะทำให้การแก้ไขปัญหาสภาพการทำงานด้านกายศาสตร์เกิดผลดี ประสพผลสำเร็จ และยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำแนวทางการวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ หรือการวัดภาระงานของกล้ามเนื้อมาร่วมในการประเมินผลการปรับปรุงสภาพงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะการทำงานของไทย ประจำปี 2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561.
2. ศรีนรินทร์ โคตะพันธ์ และ ศุภมาส จารุจรณ. โรคออฟฟิศซินโดรมกับศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2560, 12(2), 135-142.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. แผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2562 - 2564 ตัวชี้วัดคำรับรองปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ปี 2562. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2562.
4. Janwantanakul P, Pensri P, & Jiamjarasrangsi V, S. T. Prevalence of self-reported musculoskeletal symptoms among office workers. Occupational Medicine; 2018, 58(6), 436-438.
5. สำนักเทคโนโลยีความปลอดภัย. การประเมินความเสี่ยงทางด้านการยศาศตร. กรุงเทพฯ: สำนักเทคโนโลยีความปลอดภัย; 2558.
6. Kemmis, S. & Mc Taggart, R. The Action Research Planner. 3rd ed. Deakin University Press; 1998.
7. วรพรรณ ภูซาดา และสุนิสา ชายเกลี้ยง. ความชุกของการปวดและระดับความรู้สึกไม่สบายบริเวณคอ ไหล่และหลังในพนักงานศูนย์บริการข้อมูล จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร; 2559, 31(5), 369-376.
8. เมธินี ครุสนธิ์ และสุนิสา ชายเกลี้ยง. การประเมินความเสี่ยงทางการยศาศตรในพนักงานสำนักงานมหาวิทยาลัย. KRU Res. J.; 2557, 19(5), 696-707.
9. อมร โฆษิตาพันธุ์, อริสา สำรอง, และนาวา อากาศเอก สุทธิ ศรีบุรพา. ความเสี่ยงทางการยศาศตรและการปวดที่ส่งผลต่อความบกพร่องของร่างกายของพนักงานสำนักงานที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน. การประชุมวิชาการทางการยศาศตรแห่งชาติ, วันที่ 15 – 17 ธันวาคม 2559, 1-15.
10. รัฐภูมิ สมบูรณ์ธรรม. การปรับปรุงสภาพงานโดยใช้หลักการยศาศตรแบบมีส่วนร่วมเพื่อลดความเสี่ยงบริเวณหลังส่วนล่างในพนักงานแผนกลอกยางของโรงงานยางพาราแผ่นรมควันแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
11. จุฑาทิพย์ วิญญูเจริญกุล และกลางเดือน โพนนา. การประเมินความเสี่ยงทางการยศาศตรของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ด้วยวิธี Rapid Office Strain Assessment (ROSA). Journal of Public Health; 2558, 45(2), 148-158.
12. พันธุ์เทพ นกแก้ว และนิศานาถ พัสตุสาร. หลักการประเมินด้านการยศาศตร (Ergonomics assessment). [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://thai-ergonomic-assessment.blogspot.com/2014/07/>.
13. ดวงพร นุตบุญเลิศ, พรรัตน์, แสดงหา และอภิญา อิงอาจ. การใช้การยศาศตรในการปฏิบัติงานของพนักงาน ในอุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้าในภาคตะวันออก. สุทธิปริทัศน์; 2560, 31(100), 13-25.

Received: 24 Apr 2021, Revised: 21 May 2021

Accepted: 30 May 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน

นางนภา คำลอยฟ้า^{1,*} พิระพล รัตนะ²

บทคัดย่อ

การศึกษาการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในประเทศไทย และปัญหา อุปสรรคต่อการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยวิธีการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบงานคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 528 ท่าน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือในการวิจัยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า การรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการบริหาร การเปลี่ยนแปลง ด้านวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพ ด้านมนุษย์ ด้านนวัตกรรม ด้านการนำความรู้สู่การปฏิบัติ ด้านการวัด ด้านการประเมินผล ด้านความผูกพัน ด้านการเสริมพลัง ด้านงบประมาณ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 1 ปัจจัย คือ ด้านการประเมินผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และตัวแปรด้านการประเมินผล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรระดับความต่อเนื่องของการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ได้ด้วยความถูกต้อง ร้อยละ 88.6 ข้อเสนอแนะในการวิจัย 1) ควรกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด กระบวนการทำงาน ร่วมกันกับบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล วางกลยุทธ์ในการสื่อสาร ถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญ รับรู้ถึงนโยบายการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน รู้ประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพ ทำให้บุคลากรทุกระดับได้เข้าใจถึงบทบาทในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ชัดเจนและถูกต้อง 2) การส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของบุคลากรรายบุคคลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 3) ควรส่งเสริมช่องทางการสื่อสารเกี่ยวกับองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว ไม่มีค่าใช้จ่าย มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้โรงพยาบาลได้รับรู้ รับทราบถึงการจัดองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง และรวมทั้งมีการประเมินผลกลุ่มผู้เข้ารับฟังอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นการหากลุ่มเป้าหมายเฉพาะเรื่อง

คำสำคัญ: การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่อเนื่อง มาตรฐาน HA โรงพยาบาลชุมชน

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการบริการสุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Corresponding author: hai.nathnapha@gmail.com

Original Article

Reaccreditation among Community Hospital

Nathnapha Khumloyfa^{1,*}, Peerapon Rattana²

Abstract

Reaccreditation among community hospitals was studied with objectives of examining factors influencing continuous quality improvement in community hospitals accredited by Healthcare Accreditation (HA) Standards and studying problems/obstacles in reaccreditation in these hospitals. A descriptive research was done with data gathered by surveys for quantitative data. 528 participants from the group of quality coordinators and quality team in community hospital were chosen by stratified random sampling. The research tool used questionnaires. Data was analyzed by descriptive statistics, inferential statistics with logistics regression. Results showed that the overall score of continuity of HA Standards was high. Factors with high scores included leadership, change management, culture, human factors, innovation, knowledge into action, measurement, evaluation, engagement, empowerment, and budget. One factor which was statistically related to continuity of HA Standards was “evaluation” (at a statistical significance of 0.05). The variable “evaluation” was able to jointly describe continuity of HA Standards with 88.6% accuracy. Recommendations included 1) Hospital personnel at all levels should participate in setting strategic goals, key indicators, and communication methods so that the personnel will be aware of and recognize policies on quality, benefits from quality improvement and understanding their roles in quality improvement. 2) Management should promote dissemination of knowledge relating to quality improvement to hospital personnel and assess knowledge on quality in individual personnel. 3) Management should build communication channels for knowledge in quality improvement which are convenient, speedy, and low cost and systematically evaluate attendants to find group with specific interests.

Keywords: Reaccreditation, Healthcare Accreditation (HA) standards, Community hospitals

¹ Master Student of Master of Public Health, Major in Health Service Management
Thammasat University

² Lecturers, Faculty of Public Health, Thammasat University

* Corresponding author: hai.nathnapha@gmail.com

บทนำ

ปัญหาในระบบบริการสุขภาพของโลก โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังมีโอกาสพัฒนาของระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพความปลอดภัยได้ทั้งระบบมากยิ่งขึ้น¹ ซึ่งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจะส่งผลดีต่อสถานะสุขภาพของประชาชนทั่วโลก จึงทำให้ประชาชนคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ² โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2560 ได้บัญญัติหน้าที่ของรัฐในการให้บริการสาธารณสุขในหมวดที่ 5 มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐจึงต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ นอกจากนี้ แผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศได้เชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560–2564 รวมทั้งมีแผนพัฒนาระยะ 5 ปี ที่ได้จัดทำบนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579)⁴ ซึ่งสอดคล้องในด้านบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ในแผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ภายใต้โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ เป้าหมาย

ของการพัฒนาโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Hospital Accreditation (HA) และมุ่งหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ⁵ ทั้งนี้ การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เป็นกลไกหนึ่งในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานคุณภาพของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร ส่งผลให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ในระบบบริการสุขภาพในสหราชอาณาจักรให้ความสำคัญกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้ระบบการบริการสุขภาพแห่งชาติ หรือ NHS (National Health Service) ซึ่งเป็นผู้นำระดับโลกในการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Quality Improvement and patient safety) ได้ระบุปัจจัยความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ 11 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การบริหารการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยมนุษย์ นวัตกรรม การนำความรู้สู่การปฏิบัติ การวัด การประเมินผล ความผูกพัน การเสริมพลัง และด้านงบประมาณ⁶ เนื่องจากด้านผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาล ระบบบริการทางการแพทย์ที่สูงขึ้น เมื่อการบริการที่ได้รับไม่เป็นตามที่คาดหวังย่อมทำให้เกิดการร้องเรียนและฟ้องร้องทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น⁷ ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าชดเชยที่สถานพยาบาลต้องจ่ายและความรับผิดชอบทางการแพทย์⁸ ต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการลดอุบัติเหตุและลดค่าใช้จ่ายของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) จึงเป็นเรื่องสำคัญอันดับแรก⁹

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้สถานพยาบาลส่วนใหญ่ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนาและยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาล การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาการบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน ซึ่งการเข้าสู่ระบบคุณภาพของโรงพยาบาล คือ การพัฒนาเป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานทั้งระบบโดยผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีแนวคิดพื้นฐานเช่นเดียวกับระบบ Total Quality Management (TQM) ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั้งองค์กร โดยสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการเป็นหลัก¹⁰ สำหรับสถานพยาบาลในประเทศไทย ได้นำมาตรฐานหรือเกณฑ์รางวัลมาใช้อย่างหลากหลาย ทั้งมาตรฐานวิชาชีพเฉพาะและมาตรฐานภาพรวมทั้งประเทศ ได้แก่ TQA, JCI, HA ทั้งนี้มาตรฐาน HA (Hospital accreditation) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นมาตรฐานระดับสากลที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยได้นำไปใช้

ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ปีงบประมาณ 2563 จากโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย จำนวน 1,405 พบว่า มีโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพ 367 แห่ง (ร้อยละ 26.12) และโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ 1,038 แห่ง (ร้อยละ 73.88) โดยโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพครั้งแรก 163 แห่ง (ร้อยละ 15.70) และโรงพยาบาลผ่านการต่ออายุการรับรอง 875 แห่ง (ร้อยละ 84.30) และพบว่ามีโรงพยาบาล

ชุมชนในประเทศไทยจำนวน 752 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพ 66 แห่ง (ร้อยละ 8.78) โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ 686 แห่ง (ร้อยละ 91.22) โดยมีโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี โดยไม่ตกชั้นการรับรอง จำนวน 125 แห่ง (ร้อยละ 18.22) มีโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองคุณภาพต่อเนื่องน้อยกว่า 10 ปี โดยไม่ตกชั้นการรับรอง จำนวน 474 แห่ง (ร้อยละ 69.10) และมีโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองไม่ต่อเนื่องหรือตกชั้น จำนวน 87 แห่ง (ร้อยละ 12.68)¹¹ ณ 30 เมษายน 2563 ดังนั้น การพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ภายใต้โครงการที่ 39 พัฒนาองค์กรคุณภาพ มีเป้าหมายเพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ 100 ภายในปี 2564 จึงเป็นความท้าทายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนให้มีความเข้มแข็งและดำเนินการตามมาตรฐาน HA อย่างบูรณาการในภาคระดับอำเภอและจังหวัดและสำคัญที่สุดย่อมส่งผลให้เกิดความไว้วางใจต่อสังคมและผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคต่อการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 6 สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2563

ประชากรที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลชุมชนที่มีเตียงไว้พักค้างในโรงพยาบาลทุกแห่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพครั้งแรก (Accreditation) จำนวน 122 แห่ง จนถึงโรงพยาบาลที่ต่ออายุการ

รับรองกระบวนการคุณภาพ (Re-Accreditation) ต่อเนื่อง จำนวน 564 แห่ง รวมทั้งสิ้น 686 แห่ง โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) คือ ผู้ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ ที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA มาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

ขนาดตัวอย่าง สามารถคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษา โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน

$$\text{สูตรการคำนวณ } n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P (1-P)}{d^2 (N-1) + z_{\alpha/2}^2 P (1-P)}$$

n คือ ขนาดตัวอย่าง จากการคำนวณ

N คือ จำนวนประชากรที่ทราบ

เท่ากับ 686

$z_{\alpha/2}^2$ คือ สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

เท่ากับ 1.96

P คือ ค่าสัดส่วนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม 15% ¹¹

เท่ากับ 0.15

d คือ ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (ไม่ควรเกิน 0.05) เท่ากับ 0.02

จากการคำนวณด้วยสูตร ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ 440 แห่ง และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เนื่องจากคาดว่าจะได้รับแบบสอบถามคืนประมาณร้อยละ 80¹² ซึ่งเท่ากับ 88 แห่ง เพื่อป้องกันการได้รับข้อมูลกลับไม่ครบ ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 528 แห่ง

วิธีสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยใช้ขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชนเป็นชั้นภูมิ (Stratum) และการเลือกตัวอย่างโดยกำหนดสัดส่วน (proportional) ดังตารางที่

1

ตารางที่ 1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขนาดของและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่ม	ขนาด โรงพยาบาลชุมชน	จำนวนเตียง (ตามกรอบ)	ประชากร (แห่ง)	กลุ่มตัวอย่าง (แห่ง)
1	ขนาดเล็ก	1- 30 เตียง	427	329
2	ขนาดกลาง	31-90 เตียง	232	178
3	ขนาดใหญ่	91-120 เตียง	23	18
4	แม่ข่าย	121 เตียงขึ้นไป	4	3
		รวม	686	528

เครื่องมือในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทบทวนเอกสาร ทฤษฎีและแนวคิดต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบตามความเป็นจริงและแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) ตำแหน่งหรือวิชาชีพ 2) ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประสานงาน 3) สถานะการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาล 4) สถานภาพอายุการรับรอง 5) มีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโดยตรง 6) ลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ประสานงาน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลชุมชนตามมาตรฐาน HA ประกอบด้วย ตัวแปร 11 ตัวแปร คือ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลง ด้าน

วัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพ ด้านมนุษย์ ด้านนวัตกรรม ด้านการนำความรู้สู่การปฏิบัติ ด้านการวัด ด้านการประเมินผล ด้านความผูกพัน ด้านการเสริมพลัง ด้านงบประมาณ รวมจำนวน 57 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert's Rating Scale) โดยแบ่งออกเป็น 7 ระดับ วิเคราะห์และประมวลผลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ทำหน้าที่พยากรณ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ และนำเสนอผลการที่ได้ไปประมาณหรือพยากรณ์ตัวแปรตามเมื่อกำหนดค่าตัวแปรอิสระ การศึกษาในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก แบบ 2 กลุ่ม (Binary Logistic Regression Analysis) มีตัวแปรตามที่มีค่าเพียง 2 ค่า (Dichotomous Variable) คือ เป็น 1 (ต่อเนื่อง) กับ 0 (ไม่ต่อเนื่อง) และมีตัวแปรอิสระหลายตัว¹³

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) อยู่ระหว่าง 0.7-1.0 ทุกข้อ

2. ด้านความเชื่อมั่น ตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากรที่ศึกษา โดยผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน ในโรงพยาบาลพื้นที่จังหวัดนนทบุรี นครนายก ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี จำนวน 30 ตัวอย่าง และนำมาทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ต้องมีค่าอยู่ระหว่าง 0.7-1.0 ซึ่งแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.977

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามออนไลน์ (Online questionnaire) โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยง และผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Online questionnaire) โดยใช้รูปแบบ Google form พร้อมตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ทดสอบการใช้ ตรวจสอบปัญหาในการใช้งานด้านเทคนิค และปรับปรุงแก้ไขจนมั่นใจว่าไม่มีปัญหาในการจัดทำแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยสร้าง Link และ QR code เพื่อเป็นช่องทางในการเชื่อมโยงไปยังแบบสอบถามออนไลน์ (Online questionnaire) โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะเลือกตอบผ่าน Link หรือ QR code ตามที่ผู้ตอบแบบสอบถามสะดวก โดยผู้ที่ตอบ คือ ผู้ประสานงานหรือผู้ที่รับผิดชอบด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 1 ท่านที่ได้รับจดหมายจากผู้วิจัยเท่านั้น

3. ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย พร้อมเอกสารแนบคำอธิบายผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet) โดยส่งทางไปรษณีย์และ Scan หน้าจดหมายส่งทาง E-mail ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 528 คน

การยินยอมให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม (Informed Consent) ตามหลักจริยธรรมการทำวิจัยในคน โดยใช้วิธีให้ความยินยอมโดยการร่วมมือ (consent by action) และกำหนดระยะเวลาการเก็บแบบสอบถามระหว่างวันที่ 6 สิงหาคม 2563 ถึง 31 ตุลาคม 2563 ได้รับการตอบกลับของแบบสอบถามจำนวน 528 คน คิดเป็นร้อยละ 100

4. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

วิธีการวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ตำแหน่งหรือวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประสานงาน สถานะการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาล สถานภาพอายุการรับรอง มี

หน่วยงานที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโดยตรง ลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ประสานงาน โดยใช้สถิติค่าการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนา และรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง กับการพัฒนา และรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ต่อเนื่อง/ไม่ต่อเนื่อง) ของโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Enter) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หนังสือรับรองเลขที่ 055/2563 รหัสโครงการ 062/2563 รับรองวันที่ 30 พฤษภาคม 2564 โดยการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการรักษาความลับของผู้ตอบ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (n=528)	ร้อยละ
ตำแหน่งหรือวิชาชีพ		
- แพทย์	9	1.70
- พยาบาล	398	75.38
- ทันตแพทย์	20	3.79
- เภสัชกร	62	11.74
- นักเทคนิคการแพทย์	8	1.52
- นักรังสีการแพทย์	5	0.95
- นักวิชาการสาธารณสุข	13	2.46
- นักกายภาพบำบัด	5	0.95
- อื่น ๆ	8	1.52

แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยและการรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยจะไม่นำเสนอในภาพรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบงานคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชนพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตำแหน่งพยาบาล (ร้อยละ 75.38) รองลงมา ได้แก่ เภสัชกร (ร้อยละ 11.74) และทันตแพทย์ (ร้อยละ 3.79) ที่เหลือมีความหลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เป็นต้น โดยทุกวิชาชีพรวมกันแล้วมีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ คือ 6 เดือน - 5 ปี และ 6 ปี - 10 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 30.30) ส่วนที่มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่นานที่สุด คือ 11 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 39.39) ดังตารางที่ 2

ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (n=528)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่		
- 6 เดือน - 5 ปี	160	30.30
- 6 ปี - 10 ปี	160	30.30
- 11 ปี ขึ้นไป	208	39.39
Min =0.10, Max =30, $\bar{X}$ = 9.99, SD =6.54		

ข้อมูลโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ข้อมูล โครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน มีโรงพยาบาลที่ โรงพยาบาลมีสถานะรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล ส่วนมากได้รับการต่ออายุการรับรอง (ร้อยละ 38.64) และมีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้าน (Re-Accreditation) ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 1 (ร้อยละ 33.14, 28.22) และมีโรงพยาบาลที่เคยได้รับการ รับรองมาก่อน แต่ปัจจุบันไม่ได้รับการรับรอง (ร้อยละ 1.14) และพบว่ากรณีโรงพยาบาลที่ พัฒนาคุณภาพ แต่ไม่ใช้หน่วยงานในโครงสร้าง ของโรงพยาบาล (ร้อยละ 38.45) และยังพบว่าผู้ ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบงานคุณภาพใน โรงพยาบาลชุมชนส่วนมากทำงานเป็นบาง ช่วงเวลา (Part time) (ร้อยละ 81.82) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของข้อมูลโรงพยาบาลชุมชน

ข้อมูลโรงพยาบาลชุมชน	จำนวน (n=528)	ร้อยละ
โรงพยาบาลมีสถานะรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA		
- บัณฑิตชั้นที่ 3 ได้รับการรับรองครั้งแรก Accreditation	65	12.31
- ได้รับการต่ออายุการรับรอง (Re-Accreditation) ครั้งที่ 1	149	28.22
- ได้รับการต่ออายุการรับรอง (Re-Accreditation) ครั้งที่ 2	175	33.14
- ได้รับการต่ออายุการรับรอง (Re-Accreditation) ครั้งที่ 3	99	18.75
- ได้รับการต่ออายุการรับรอง (Re-Accreditation) ครั้งที่ 4	28	5.30
- ได้รับการต่ออายุการรับรอง (Re-Accreditation) ครั้งที่ 5	2	0.38
- เคยได้รับการรับรองมาก่อน แต่ปัจจุบันไม่ได้รับการรับรองแล้ว	6	1.14
- อื่น ๆ	4	0.76

ข้อมูลโรงพยาบาลชุมชน	จำนวน (n=528)	ร้อยละ
กรณี โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง (Accreditation) แล้ว มีการขอต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ (Re-Accreditation)		
โรงพยาบาลของท่าน		
- ไม่เคยขาดอายุการรับรองหรือได้รับการต่ออายุการรับรอง (Re-Accreditation) ต่อเนื่อง	468	88.64
- เคยขาดอายุการรับรอง	60	11.36
โรงพยาบาลมีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านพัฒนาคุณภาพโดยตรง		
- ไม่มี	204	38.64
- มี และเป็นหน่วยงานที่อยู่ในโครงสร้างของโรงพยาบาล	101	19.13
- มี แต่ไม่ใช่หน่วยงานในโครงสร้างของโรงพยาบาล	203	38.45
- อื่นๆ	20	3.79
ลักษณะการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพ		
โรงพยาบาลของท่านเป็นลักษณะใด		
- การทำงานเต็มเวลา (Full time)	96	18.18
- การทำงานเป็นบางช่วงเวลา (Part time)	432	81.82

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน

ด้านภาวะผู้นำ ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.81 (SD = 0.98) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่ผู้อำนวยการมีวิสัยทัศน์สามารถชี้แนะ และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ประสบความสำเร็จได้แน่นอน ค่าเฉลี่ย 6.05 (SD = 1.14) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อผลลัพธ์ของงานต่ำกว่าเป้าหมายหรือไม่บรรลุเป้าหมาย ที่ตกลงไว้ร่วมกัน ผู้นำมีการสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพของผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งมี

ภาวะผู้นำอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.62 (SD= 1.10)

ด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลง ใน

ภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.43 (SD = 0.89) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่โรงพยาบาลมีแนวทางการแก้ไข/การจัดการปัญหา โดยทีมพัฒนาคุณภาพและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อบังคับให้มีการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ค่าเฉลี่ย 5.61 (SD=0.95) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลมีการสื่อสารเกี่ยวกับแนวทางการบริการการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ให้บุคลากรทราบอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ย 5.32 (SD=1.05)

ด้านวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพ ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.30 (SD = 0.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรงพยาบาลมีการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น เปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีการนำเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 5.71 (SD= 1.10) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลมีการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลที่ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ และมีคลังความรู้ที่สะดวกต่อการเข้าถึงของต่อบุคลากร ค่าเฉลี่ย 4.85 (SD=1.21) ซึ่งมีวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านมนุษย์ ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.74 (SD = 0.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากรในโรงพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ย 6.46 (SD= 0.79) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ บุคลากรทุกคนได้มีการรับรู้บทบาทและหน้าที่รวมถึงเป้าหมายในงานที่ตัวเองรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ย 5.34 (SD=0.96)

ด้านนวัตกรรม ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.32 (SD = 0.97) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมให้บุคลากรมีโอกาสนเสนอแนวคิดใหม่ๆ ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์จนเกิดเป็นนวัตกรรม ค่าเฉลี่ย 5.47 (SD= 1.07) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ที่ง่ายต่อการใช้

งาน เพิ่มความสะดวกสบาย และปลอดภัยต่อผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย 5.20 (SD=1.12)

ด้านการนำความรู้สู่การปฏิบัติ ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.32 (SD = 0.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง โดยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บุคลากรมีการนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ย 5.45 (SD= 0.89) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลมีช่องทางการเข้าถึงองค์ความรู้แก่บุคลากรในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้นั้น ๆ อย่างเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 5.12 (SD= 0.99)

ด้านการวัด ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.43 (SD = 0.88) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรงพยาบาลใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) กระตุ้นให้โรงพยาบาลมีความตื่นตัว และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ย 5.88 (SD=0.98) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลมีการเก็บข้อมูลระดับผู้บริหาร เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ ค่าเฉลี่ย 5.09 (SD= 1.18)

ด้านการประเมินผล ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.75 (SD = 0.85) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรงพยาบาลมีการใช้ผลการประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในการช่วยกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ย 5.82 (SD=0.95) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลมีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่

สอดคล้องกับเป้าหมายของงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ค่าเฉลี่ย 5.66 (SD= 0.96)

ด้านความผูกพัน ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.25 (SD = 0.76) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โรงพยาบาลมีระบบรับฟังความต้องการของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อนำมาปรับปรุงระบบการบริการ ค่าเฉลี่ย 5.66 (SD= 0.92) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลให้ผลประโยชน์ตอบแทนบุคลากร ที่ไม่คุ้มค่ากับความอุตสาหะและการอุทิศตนในการปฏิบัติงานให้กับองค์กร ค่าเฉลี่ย 4.09 (SD= 1.76) ซึ่งมีความผูกพันอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการเสริมพลัง ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.40 (SD = 1.05) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โรงพยาบาลมีการส่งเสริมให้บุคลากรใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ค่าเฉลี่ย 5.66 (SD= 1.05) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลมีการสนับสนุนบุคลากรที่ผลการปฏิบัติงานสอดคล้องกับเป้าหมายองค์กร เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการ

พัฒนางาน เช่น ยกย่องให้เป็นบุคคลต้นแบบ เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 5.25 (SD= 1.23)

ด้านงบประมาณ ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.14 (SD = 1.01) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โรงพยาบาลมีการวางแผนจัดเตรียมงบประมาณการใช้จ่ายงบประมาณล่วงหน้าสำหรับแผนงานการพัฒนาคุณภาพ ค่าเฉลี่ย 5.72 (SD= 1.11) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลมีแผนการระดมทุนและทรัพยากรเพื่อจัดหาเงินนอกงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพ ที่ใช้งบประมาณไม่เพียงพอเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเกิดประโยชน์สูงสุดค่าเฉลี่ย 4.38 (SD= 1.67) ซึ่งมีระดับความคิดเห็นงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง

3. สรุปความคิดเห็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA

โดยสรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทั้ง 11 ด้าน ด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในระดับสูงได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ ค่าเฉลี่ย 5.81 (SD= 0.98) รองลงมา คือ ด้านการประเมินผล ค่าเฉลี่ย 5.75 (SD= 0.85) และด้านมนุษย ค่าเฉลี่ย 5.74 (SD= 0.73) และปัจจัยที่เหลือทั้งหมดอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 5.14 (SD= 1.01) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA โรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 11 ด้าน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านภาวะผู้นำ	5.81	0.98	สูง
2. ด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลง	5.43	0.89	สูง
3. ด้านวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพ	5.30	0.82	สูง
4. ด้านมนุษย	5.74	0.73	สูง
5. ด้านนวัตกรรม	5.32	0.97	สูง
6. ด้านการนำความรู้สู่การปฏิบัติ	5.32	0.82	สูง
7. ด้านการวัด	5.43	0.88	สูง
8. ด้านการประเมินผล	5.75	0.85	สูง
9. ด้านความผูกพัน	5.25	0.76	สูง
10. ด้านการเสริมพลัง	5.40	1.05	สูง
11. ด้านงบประมาณ	5.14	1.01	สูง

4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อความต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน

ด้านผู้นำ คือ การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารสูงสุด บ่อย ทำให้นโยบายขาดความต่อเนื่อง รวมถึงทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ การสนับสนุน การให้ความสำคัญเรื่องทิศทาง นโยบายและการนำองค์กรต่อการพัฒนาคุณภาพ การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายด้านคุณภาพ และการสร้างบรรยากาศการทำงาน

ด้านกำลังคน คือ การบริหารจัดการกำลังคนในภาพรวมการทำงานไม่เพียงพอ เนื่องจากในแต่ละส่วนบริการภาระงานของบุคลากรที่มาก มีการหมุนเวียนโยกย้ายผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ เนื่องจาก ไม่มีโครงสร้างงานพัฒนา

คุณภาพในโรงพยาบาล ไม่มีความก้าวหน้าที่ชัดเจน ไม่มีค่าตอบแทนไม่มีพิเศษ

ด้านองค์ความรู้พัฒนาคุณภาพ คือ บุคลากรขาดความเข้าใจต่อการพัฒนาคุณภาพ แนวทางการประเมิน องค์ความรู้ใหม่ ทักษะการประยุกต์ใช้มาตรฐาน HA เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ และการออกแบบกระบวนการพัฒนา การนำเอามาตรฐานการพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ด้านทัศนคติ คือ บุคลากรบางส่วนในโรงพยาบาลยังมีความคิดเห็นว่าการทำงานคุณภาพเป็นเรื่อง ของทีมพัฒนาคุณภาพ พอกระตุ้นก็ทำ พอหยุดกระตุ้นก็ละเลย ไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในงานคุณภาพ การทบทวนยังไม่เป็น

วัฒนธรรมคุณภาพที่ชัดเจน ขาดการบูรณาการ
งานพัฒนาคุณภาพและงานประจำ

ด้านงบประมาณ คือ สถานการณ์ทางการเงิน
ขาดงบประมาณ เกิดวิกฤติระดับ 7 มีผลให้
โรงพยาบาลมีการจัดลำดับการแก้ไขปัญหา เพื่อ
ความปลอดภัยของผู้ป่วย พัฒนาอาคาร สถานที่
เครื่องมือ ด้านการปรับโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม
ก่อนเป็นลำดับต้น ทำให้ขาดงบประมาณในการ
สนับสนุนบุคลากรเข้ารับการอบรม การกระตุ้น
การเรียนรู้ พัฒนา ต่อยอดองค์ความรู้ใหม่ๆ ไม่
สม่ำเสมอในการอบรมเรียนรู้

**5. ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนา
และรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง** กับการพัฒนา
และรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
อย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน (ต่อเนื่อง/ไม่
ต่อเนื่อง) คือ ด้านการประเมินผล พบว่า มี
ความสัมพันธ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่าง
ต่อเนื่อง ($B=0.676$, $df=1$, $p\text{-value}=0.048$) ดัง
ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องกับการ
พัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ต่อเนื่อง/ไม่ต่อเนื่อง) ของโรงพยาบาลชุมชน
($n=528$)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95%CI	
							Upper	Lower
ด้านภาวะผู้นำ	0.133	0.184	0.526	1	0.468	1.143	0.797	1.639
ด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลง	0.151	0.287	0.275	1	0.600	1.163	0.662	2.042
ด้านวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพ	-0.229	0.271	0.717	1	0.397	0.795	0.468	1.352
ด้านมนุษย์	-0.161	0.326	0.243	1	0.622	0.852	0.450	1.613
ด้านนวัตกรรม	0.138	0.259	0.283	1	0.595	1.147	0.691	1.905
ด้านการนำความรู้สู่การปฏิบัติ	-0.027	0.313	0.008	1	0.930	0.973	0.527	1.796
ด้านการวัด	-0.122	0.324	0.142	1	0.707	0.885	0.470	1.670
ด้านการประเมินผล	0.676	0.342	3.907	1	0.048*	1.966	1.006	3.844
ด้านความผูกพัน	-0.506	0.285	3.165	1	0.075	0.603	0.345	1.053
ด้านการเสริมพลัง	0.086	0.212	0.166	1	0.684	1.090	0.720	1.650
ด้านงบประมาณ	0.003	0.206	0.000	1	0.988	1.003	0.670	1.501

P-value < 0.05 *

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ด้านการประเมินผล เป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.048$) และระดับความคิดเห็นด้านการประเมินผล ในภาพรวมพบอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 5.75 ($SD = 0.85$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อโรงพยาบาลผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ หากโรงพยาบาลมีการใช้ผลการประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในการช่วยกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุศิริภรณ์ อุดมสุข (2548) ศึกษาเรื่อง การนำนโยบายระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ไปปฏิบัติ : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า¹⁴ พบว่า พบปัจจัยความสำเร็จด้านมาตรการควบคุมประเมินผลและกระตุ้นส่งเสริมการตั้งกฎระเบียบที่ชัดเจนมีผลต่อความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง ครั้งแรก (Accreditation) และโรงพยาบาลที่ต่ออายุการรับรอง (Re-accreditation) ต่อเนื่อง
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน ในด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ด้านนโยบาย ด้านการติดตามประเมินผล

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ที่เสียสละเวลา ตั้งใจให้ข้อมูลที่มีคุณค่า และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี จนกระทั่งงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. Shaw C, Bruneau C, Kutryba B, De Jongh G, Suñol R. Towards hospital standardization in Europe. International Journal for Quality in Health Care. 2010;22(4):244-9.
2. Leatherman S, Ferris TG, Berwick D, Omaswa F, Crisp N. The role of quality improvement in strengthening health systems in developing countries. International Journal for Quality in Health Care. 2010;22(4):237-43.
3. อำพัน วิมลวัฒนา. โมเดลสมการโครงสร้างการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างยั่งยืน. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2561.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564. 2559.

5. กองยุทธศาสตร์ชาติและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ด้านสาธารณสุขฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561) 2561.
6. Jeffcott S. The spread and sustainability of quality improvement in health care 2014 [Available from: [http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/596811/the% 20spread% 20and% 20sustainability% 20ofquality% 20improvement% 20in% 20healthcare% 20pdf](http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/596811/the%20spread%20and%20sustainability%20ofquality%20improvement%20in%20healthcare%20pdf).
7. Malherbe J. Counting the cost: The consequences of increased medical malpractice litigation in South Africa. SAMJ: South African Medical Journal. 2013;103(2):83-4.
8. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National costs of the medical liability system. Health affairs. 2010;29(9):1569-77.
9. AUarallah JS, AlRowaiss N. The pattern of medical errors and litigation against doctors in Saudi Arabia. Journal of family & community medicine. 2013;20(2):98.
10. สุปรานี เจียรพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย; 2555.
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Accredited Hospital Statistics. In: Statistic AH, editor. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)2563.
12. จริยา ลิมานันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขต 9: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
13. กาญจนวรรณ บัวจันทร์. ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.
14. สุศิภรณ์ อุดมสุข. การนำนโยบายระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ไปปฏิบัติ : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.

Received: 12 Jan 2021, Revised: 26 Jul 2021

Accepted: 29 Jul 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ศศินันท์ สายแวว^{1,*} วรพจน์ พรหมสัถยพรต²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมาย 210 คน ประกอบด้วย ส่วนของสาธารณสุข คือ นักวิชาการสาธารณสุข ส่วนของท้องถิ่น คือ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่วนของภาคประชาชน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม และการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 ขั้นตอน พบว่า 1) มีการศึกษาบริบท และวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการกำหนดกิจกรรมและโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ดำเนินโครงการตามกระบวนการที่กำหนด โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาท 3) ทุกภาคส่วนร่วมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาท และ 4) ทุกภาคส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอแนวทางเพื่อการพัฒนาต่อไป ทั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทำให้การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการจัดการระบบที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลระยะยาว

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author: Sasinan1652@hotmail.com

*Original Article***The Development of Long-Term Care Systems for the Dependent Elderly in Nacharoen Sub-district Det-Udom District Ubon Ratchathani Province**Sasinan Saivaew^{1,*}, Vorapoj Promasatayaprot²**Abstract**

This action research aimed to study the development long-term care system for the dependent elderly in Nacharoen sub-district, Det-Udom district, Ubon Ratchathani province. There were 210 participants selected according to certain criteria of three parts as public health sector was a health official. The local sector consists of subcommittee on long-term care support for the dependent elderly and a committee of the elderly quality of life development center and the public sector consists of the dependent elderly, caregivers, and village health volunteers. Data were collected by using the observation form participatory survey, questionnaires, interviews, recorded discussion, and focus group. Statistics used to analyze quantitative data including percentage, mean and standard deviation. Qualitative data used content analysis. The results showed the development of a long-term care system for elderly people with dependency in all 4 states were found 1) studying context data and problem analysis of the dependent elderly. Appoint the subcommittee to support the long-term care for the dependent elderly and the committee of the elderly quality of life development center for workshop planning to define activities and projects to organize long-term care services for the dependent elderly, 2) action to the project according to the established process with the participation of all sectors according to their roles and responsibilities, 3) all sectors participate in supervising, monitor, evaluate and support the implementation of all activity to their roles and responsibilities, and 4) all sectors participate in summarizing the results of operations and making recommendations for further development. The success factors were the co-operation and support from all sectors. This co-operation making the process of development of long-term care system for the dependent elderly has been the long-term care standard certification and continuity, suitable for the context of Nacharoen sub-district, Det-Udom district, Ubon Ratchathani province. The recommendations are to provide training on the potential rehabilitation of long-term care system organizers in public health and support the management of systems where dependent elderly people are likely to continue to increase.

Keywords: Development system, Dependent Elderly, Long-Term Care¹ Graduate students, Master Degree of Public Health, Mahasarakham University² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author: Sasinan1652@hotmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว โดยปี พ.ศ.2562 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66,558,935 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 11,136,059 คน (ร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุ 3,532,115 คน (ร้อยละ 16.04 ของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด) จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้สูงอายุ 276,628 คน (ร้อยละ 14.73 ของประชากรทั้งหมด) และอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยในปี 2581 จะเพิ่มเป็น 20 ล้านคน¹ ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งมีความเปราะบางเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ร่างกายเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจแปรปรวน เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต^{2,3} ซึ่งเมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จากสามารถทำได้ด้วยตนเองมาเป็นทำได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วย หรือไม่สามารถทำได้เลย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา รับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว⁴ สิ่งที่คุณสูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต คือความสุข อันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม⁵ โดยความต้องการบริการของคุณสูงอายุอาจจำแนกเป็นบริการรักษาภาวะเฉียบพลัน ภาวะเรื้อรัง ภาวะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และในระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative/End-of-Life Care)⁶

จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ.2563 มีประชากรทั้งหมด จำนวน 1,878,146 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 288,747 คน (ร้อยละ 15.37 ของประชากรทั้งหมด) และอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 178,268 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 25,792 คน (ร้อยละ 14.47)⁷ จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ปี พ.ศ.2560 พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 860 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 784 คน (ร้อยละ 91.16) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด จำนวน 76 คน (ร้อยละ 8.84) จำแนกเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 66 คน (ร้อยละ 7.68) และเป็นกลุ่มติดเตียง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 1.16) และปี พ.ศ.2561 พบว่า ตำบลนาเจริญ มีประชากรทั้งหมด 7,534 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 972 คน (ร้อยละ 12.90 ของประชากรทั้งหมด) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 122 คน (ร้อยละ 12.55 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 94 คน (ร้อยละ 9.67 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) เป็นกลุ่มติดเตียง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 2.88 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจำนวนหนึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น⁸ ทั้งนี้ในปี พ.ศ.2561 ได้สำรวจในพื้นที่ตำบลนาเจริญ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความจำเป็นที่จะต้องมิให้ผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมยารับประทาน และยาฉีดประจำตัว รวมทั้งต้องดูแลพาไปตรวจรักษาตามนัด และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายไม่มี

ผู้ดูแลในครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง จึงต้องอาศัยกลุ่มจิตอาสาในหมู่บ้าน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ช่วยดูแลเป็นระยะๆ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด ปอดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น มีความรู้สึกไร้ค่า หดหู่ใจของผู้สูงอายุ และอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาอาจมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวได้

ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ มีการดูแลโดยศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care center ; COC) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ซึ่งมีทีมที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญซึ่งดูแลประชากรในพื้นที่ตำบลนาเจริญทั้งหมด เริ่มมีการจัดบริการด้วยระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 แล้ว ผลสรุปการประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2562 ของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินรับรอง 10 มาตรฐาน พบว่า ตำบลนาเจริญอยู่ในระดับดีเด่น แต่ยังมี 2 มาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์ในคะแนนที่ต่ำ คือ มาตรฐานที่ 1 การพัฒนาข้อมูล

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไม่ครอบคลุมทั้งด้านรายการโรค จำนวน กลุ่มอาการและสมรรถนะเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลและปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นผลเชื่อมโยงกับมาตรฐานที่ 4 ข้อ 1 ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เพื่อต่อยอดในการฟื้นฟูและทดแทนกรณีลาออกหรือย้ายที่ทำงาน และข้อ 2 ด้านสัดส่วนความเพียงพอของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุขน้อยกว่าจำนวนผู้สูงอายุตามประกาศกระทรวง ปี 2561 จำนวน 1 : 35-40 คน ซึ่งสัดส่วนที่มีอยู่คือจำนวน 1 : 122 คน และสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง น้อยกว่าจำนวนผู้สูงอายุตามประกาศกระทรวง ปี 2561 จำนวน 1 : 10 คน ซึ่งสัดส่วนที่มีอยู่คือ จำนวน 1 : 20 คน^๑

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ผ่านทุกมาตรฐานตามเกณฑ์รับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี จึงได้ดำเนินการวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้พื้นที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมทั้งภาคสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท¹⁰ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

กลุ่มเป้าหมาย กำหนดผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นตัวแทนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 210 คน โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย คือ มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นนักวิชาการสาธารณสุข เป็นคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาทำการวิจัย เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในพื้นที่ตลอดการวิจัย และยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก

(Exclusion Criteria) ได้แก่ ย้ายที่อยู่ หรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาออก ตาย ยกเลิกการสมัครใจ หรืองดการให้ข้อมูล จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ภาคสาธารณสุข 2 คน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ 2 คน 2) ภาคท้องถิ่น 14 คน ได้แก่ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 9 คน คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ 5 คน และ 3) ภาคประชาชน 194 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 45 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน 45 คน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 101 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) การบันทึก โดยทำการบันทึกการดำเนินการและกิจกรรม ได้แก่ สมุดบันทึกการประชุม เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป นาฬิกาบันทึกเวลา และการบันทึกภาพ 2) การสนทนากลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การออกแบบกระบวนการ และบันทึกด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 3) แบบสัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด โดยแบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามกลุ่มเป้าหมายภาคสาธารณสุข และภาคท้องถิ่น เกี่ยวกับด้านความพร้อม ด้านการมีส่วนร่วม และความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ชุด

ที่ 2 เป็นแบบสอบถามภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามภาคประชาชน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับ และ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) แบ่งเป็นแบบสอบถามชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเชื่อมั่น 0.78 ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าความเชื่อมั่น 0.98 แบบสอบถามชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเชื่อมั่น 0.70 ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเชื่อมั่น 0.81 ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเชื่อมั่น 0.81 ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 3 ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงได้รับมีค่าความเชื่อมั่น 0.71 ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเชื่อมั่น 0.75 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ผลข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Paired sample t-test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีการจำแนกตามประเภทข้อมูล ประมวลความเชื่อมโยง และสร้างข้อสรุป

จริยธรรมในการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ให้การรับรองการศึกษาค้นคว้านี้ เลขที่รับรอง 203/2563 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 หมดอายุวันที่ 23 กรกฎาคม 2564

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง เดือนตุลาคม 2563

ผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิด

P-A-O-R spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการท์¹⁰ โดยสามารถสรุปเป็นขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานได้ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี โดยผลการศึกษาริบทของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้ ตำบลนาเจริญเป็นเขตพื้นที่ปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 7,534 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 969 คน (ร้อยละ 12.86) สามารถแบ่งกลุ่มตามแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) โดยเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 847 คน (ร้อยละ 87.41 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 122 คน (ร้อยละ 12.59 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) เริ่มดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ.2561 โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่มีการดำเนินการดังนี้ 1) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) เสนอรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าในโปรแกรมระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง 3) เจ้าหน้าที่ดูแลระบบขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4) เสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) ต่อคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ 5)

คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญพิจารณาเห็นชอบ และเสนอขอรับการพิจารณางบประมาณต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6) คณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาเห็นชอบ อนุมัติและโอนงบประมาณให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 7) คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญมอบหมายผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข วางแผนการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 8) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่ได้รับมอบหมายโดยมีอัตราส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็น 1 : 20 คน 9) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หลังให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบ 9 เดือน เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน และปรับแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เสนอขอรับงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการต่อเนื่อง และการประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2562 ของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินรับรอง 10 มาตรฐาน พบว่า ตำบลนาเจริญอยู่ในระดับดีเด่น

แต่ยังมี 2 มาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์ในคะแนนที่ต่ำ คือ มาตรฐานที่ 1 การพัฒนาข้อมูลการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวไม่ครอบคลุมทั้งด้านรายการ โรค จำนวน กลุ่มอาการและสมรรถนะ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลและปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นผลเชื่อมโยงกับ มาตรฐานที่ 4 ข้อ 1 ด้านการพัฒนาศักยภาพ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข (CM) และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เพื่อต่อยอดในการฟื้นฟูและทดแทนกรณีลาออกหรือย้ายที่ทำงาน และข้อ 2 ตามประกาศกระทรวง ปี 2561 ด้านสัดส่วนความเพียงพอของผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุด้านสาธารณสุขต่อจำนวนผู้สูงอายุตาม มาตรฐาน คือ 1 : 35-40 คน ซึ่งสัดส่วนที่มีอยู่ไม่เหมาะสม คือ 1 : 122 คน และสัดส่วนผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อจำนวนผู้สูงอายุตาม มาตรฐาน คือ 1 : 10 คน ซึ่งสัดส่วนที่มีอยู่ไม่เหมาะสม คือ จำนวน 1 : 20 คน

ขั้นที่ 2 กระบวนการพัฒนาการศึกษา ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยทั้งการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล โดยมี กลุ่มเป้าหมาย และข้อมูลการวิจัยแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning) ศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีการดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ แม้ว่าคณะกรรมการที่กล่าวมาทั้ง 2 คณะนี้จะประกอบด้วยบุคลากรทั้งภาคสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนแล้ว แต่ผลการประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญยังไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน คือ ตามประกาศกระทรวง ปี 2561 ด้านสัดส่วนความเพียงพอของผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุด้านสาธารณสุขต่อจำนวนผู้สูงอายุตาม มาตรฐาน คือ 1 : 35-40 คน ซึ่งสัดส่วนที่มีอยู่ คือ 1 : 122 คน และสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อจำนวนผู้สูงอายุตามมาตรฐาน คือ 1 : 10 คน ซึ่งสัดส่วนที่มีอยู่ คือ จำนวน 1 : 20 คน ซึ่งเกินมาตรฐานกำหนดเป็นปัญหาหลัก นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการสนับสนุนการดำเนินงาน ด้านนโยบาย ด้านงบประมาณ ด้านผู้ให้บริการ และปัญหาด้านผู้รับบริการ

ผู้ร่วมวิจัยจึงได้ร่วมกันวางแผนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในขั้นปฏิบัติ ดังนี้ 1) ส่งบุคลากรภาคสาธารณสุขเข้าอบรมหลักสูตร Long - Term Care Manager เพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เพิ่ม 2) รับสมัครบุคคล เข้ารับการอบรมเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) เพิ่ม 3) จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) กำหนดโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการร่วมวางแผนของผู้ร่วมวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า 1) มีผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Long - Term Care Manager ตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งสิ้น จำนวน 2 คน 2) มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตามมาตรฐาน รวมทั้งสิ้น จำนวน 8 คน 3) มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จำนวน 101 คน 4) ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งภาคสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินการโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นสังเกต (Observation) การติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินการศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จากการสังเกต การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 ภาคส่วน จำนวน 210 คน พบว่า

กลุ่มเป้าหมายภาคสาธารณสุขและภาคท้องถิ่น จำนวน 16 คน ลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00

มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และระหว่าง 50-60 ร้อยละ 31.25 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและปริญญาตรี ร้อยละ 25.00 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 56.25 ตำแหน่งในชุมชนและบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นคณะกรรมการกองทุนตำบล (LTC) ร้อยละ 56.25 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 และเคยรับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.75

ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีความพร้อมด้านบุคลากรระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.92 (S.D. 0.22) ด้านวัสดุครุภัณฑ์ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.91 (S.D. 0.36) ด้านการบริหารจัดการระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.84 (S.D. 0.21) และด้านงบประมาณระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81 (S.D. 0.30) ซึ่งภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.87 (S.D. 0.16)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.74 (S.D. 0.32) ด้านการติดตามประเมินผลระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.66 (S.D. 0.36) ด้านการดำเนินการระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.64 (S.D. 0.39) ด้านการตัดสินใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.56 (S.D. 0.38) สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัด

อุบลราชธานีอยู่ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.65 (S.D. 0.29) และ สาเหตุของการมีส่วนร่วมทุกครั้ง คือ การมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นคณะกรรมการ ส่วนสาเหตุของการมีส่วนร่วมบ่อยครั้งและบางครั้ง คือ การติดภาระงานอื่นๆในบางช่วงเวลา

ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1. การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานพบว่า 1) เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนบริการขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ตามระเบียบ และกฎหมาย ทำให้ไม่กล้าตัดสินใจปฏิบัติ 2) ขั้นตอนการทำงาน และการทำเอกสารมีเป็นจำนวนมาก ทำให้ภาระงานเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น การทำงานล่าช้าขาดความคล่องตัว 3) CM บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้งานล้นมือ ทำงานเสร็จไม่ทันกำหนดและขาดประสิทธิภาพ (4) ความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG ควรได้รับการฟื้นฟู และ 5) วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงพอ

2. มีวิธีการในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค และผลกระทบดังกล่าว พบว่า 1) มีการศึกษาแนวทางปฏิบัติ ระเบียบ กฎหมายให้ชัดเจนเข้าใจง่าย นำมาปฏิบัติได้ง่าย 2) ลดขั้นตอนการทำงาน ลดภาระงานด้านเอกสาร เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน

ชุมชนมากขึ้น 3) มีการเพิ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการอบรม CM, mini CM เพิ่มขึ้นให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 4) มีการอบรมฟื้นฟูสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG ทุกปี และ 5) จัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เพียงพอมากขึ้น

3. ความต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า 1) อบรมบุคลากรในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อดำเนินงานทั้งส่วนท้องถิ่นและสาธารณสุข 2) กำหนดบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม และมีการตรวจเยี่ยมประเมินและให้กำลังใจในการปฏิบัติงานของทีมงานและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เพียงพอ รวมทั้งสนับสนุนยานพาหนะในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 4) จัดสรรค่าตอบแทนการดำเนินงานให้เหมาะสม และ 5) อบรมความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG

4. ข้อเสนอแนะกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า 1) ควรจัดตั้งอาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ถาวร และมีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำ 2) ควรเพิ่มบุคลากรในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งส่วนท้องถิ่น และสาธารณสุข 3) ควรจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เพียงพอ 4) ควรบริหาร

ค่าตอบแทนการดำเนินงานให้เหมาะสม 5) ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG 6) ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการจัดการระบบของ CM และ 7) ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

กลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน

ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำนวน 149 คน ลักษณะทางประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.52 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 28.09 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.22 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 81.88 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 43.62 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 58.39 เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.31 มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 59.06 และเคยทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุทุกกิจกรรม ร้อยละ 44.97

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ร้อยละ 44.97 มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ร้อยละ 53.69 และ มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำ ร้อยละ 1.34

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.59 (S.D.=0.28) มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.51 (S.D.=0.51) มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการบริโภคอาหารระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34 (S.D.= 0.33) มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการผ่อนคลายความเครียดระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.17 (S.D.=0.39) และมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.15 (S.D.=0.43) ซึ่งภาพรวมมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.35 (S.D.=0.26)

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มิติทางกายระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.71 (S.D.=0.36) มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญาระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.71 (S.D.=0.36) มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.60 (S.D.=0.38) ซึ่งภาพรวมมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มิติทางกายระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.68 (S.D.= 0.31)

กลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 45 คน ลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 53.33 สถานภาพหม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ ร้อยละ 46.67 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 57.78 มีแหล่งที่มาของรายได้หลักจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.89 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.75 ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลด้านอาหารหรือโภชนาการ

ด้านการใช้จ่าย การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการออกกำลังกายร้อยละ 100.00 และสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ร้อยละ 91.11

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านการพยาบาลระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.59 (S.D. = 0.26) ด้านการผ่อนคลายความเครียดระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.36 (S.D. = 0.31) ด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.28 (S.D. = 0.37) ด้านการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.22 (S.D. = 0.53) ด้านการบริโภคอาหารระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.16 (S.D. = 0.25) ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.15 (S.D. = 0.44) และภาพรวมการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.29 (S.D. = 0.21)

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.81 (S.D. = 0.32) มิติทางกายระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.75 (S.D. = 0.28) มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญาระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.69 (S.D. = 0.37) ภาพรวมความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก ภาพรวมค่าเฉลี่ย 2.75 (S.D. = 0.27)

ขั้น สะ ท ่อ น ผล (Reflection)

การศึกษาในขั้นตอนการสะท้อนผล และการรายงานผล หลังจากดำเนินการตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ อำเภอดงดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญได้รับการดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติ ผู้ดูแล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงดง จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราส่วนของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเหมาะสม สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุม จึงผ่านการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ทุกมาตรฐาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงดง จังหวัดอุบลราชธานี ที่สำคัญ คือ การได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานจากทั้งภาคสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ดังนี้ 1) ภาคสาธารณสุขโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ ส่งบุคลากรทั้งพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เข้าร่วมอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และรับสมัครบุคคลเข้าอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้อัตราส่วนของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเหมาะสม สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุม 2) ภาคท้องถิ่นโดย

องค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ จัดตั้ง คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลนาเจริญ เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง และจัดตั้งคณะกรรมการสนับสนุน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และพิจารณา งบประมาณในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ 3) ภาคประชาชน ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน คริวเรือน เห็นความสำคัญ ร่วมกันเยี่ยมติดตาม อาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เกิดความ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงและญาติ ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลเบื้องต้น ทำให้มี ศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น มีความ พึ่งพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนา เจริญเป็นอย่างมาก

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ที่ ได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาค ส่วน จึงทำให้การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีการ ดำเนินการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัด อุบลราชธานี ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อย่าง มี ส่วน ร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท¹⁰ อภิปรายผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีความพร้อมทั้งด้าน บุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ และ ด้านการบริหารจัดการระดับมาก ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องบริหารจัดการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์เพียงพอ เบิกจ่าย ค่าตอบแทนการจัดบริการได้เป็นระบบและ สม่าเสมอ สอดคล้องกับสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ¹¹ ศึกษาตามโครงการวิจัยเพื่อพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลไกกองทุน ตำบล และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการ ยอมรับจากพื้นที่ว่าเป็นกลไกที่เหมาะสมในการ บริหารจัดการงบ Long Term Care พื้นที่ที่มีการ จ่ายค่าตอบแทน CG จัดบริการ Long Term Care ได้เป็นระบบและสม่าเสมอกว่าพื้นที่ที่ไม่มี การจ่ายค่าตอบแทน CG มีการกำหนดทิศทาง นโยบายและการบูรณาการเชื่อมประสานการ ดำเนินนโยบายของหน่วยงานส่วนกลาง

ถือเป็นจุดที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงเร่งด่วน เพื่อให้การดำเนินงานนโยบายมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ประสบความสำเร็จจากการได้รับความร่วมมือในการดำเนินโครงการจากทั้งภาคสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนในพื้นที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการทุกขั้นตอน สอดคล้องกับ วิราพรพรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ¹² ศึกษาการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมระหว่าง ครอบครัวชุมชนและองค์กรรัฐโดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งสรุปว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนมีการสนับสนุนและประสานงานในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกาย จิตและสังคม

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ และด้านการดำเนินการระดับปานกลาง มีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์และด้านการติดตามประเมินผลระดับมาก สาเหตุของการมีส่วนร่วมทุกครั้ง คือ การมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นคณะกรรมการ ส่วนสาเหตุของการมีส่วนร่วมบ้างครั้งและบางครั้ง คือ การติดตามงานอื่น ๆ ใน

บางช่วงเวลา สอดคล้องกับกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ และคณะ¹³ ศึกษา รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบังอำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาพที่บ้านรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การดูแลต่อเนื่องในชุมชน บริการเชิงรุก บริการในสถานพยาบาล การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และการรับข้อมูลให้คำปรึกษา สอดคล้องกับยศ วัชรศุภต์ และคณะ¹⁴ ศึกษาประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี พบว่า การให้บริการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้ ถึง 5.7 ล้านบาท ด้วยต้นทุนการให้บริการ 7.2 แสนบาท ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะยาวตั้งแต่ระดับครอบครัวระดับชุมชนระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจของภาคประชาชนซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน

ครัวเรือนต่อกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับสูงทุกด้าน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจระดับมากทุกด้าน สอดคล้องกับ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน¹⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารภให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัย

1) ควรส่งบุคลากรภาควิชาการเข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเพิ่ม เพื่อรองรับการจัดการระบบที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2) ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้าน

สาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างต่อเนื่องทุกปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และได้รับประโยชน์มากที่สุด

2) ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในการบริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก ดร.อนิรุทธิ์ ภาชนะนา นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ นายเอนก พจมานเมธี ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ นางนภาพร สำลีโย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ และคณะผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.

2. วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารประชากร; 2555: 3, 87-109.
3. นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2555.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
5. ลัดดา ดำริการเลิศ. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน: ช่วงที่1 สถานการณ์และความต้องการ ดูแลผู้สูง อายุในชุมชน. นครปฐม: สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสถาบันพัฒนาสุขภาพ อาเซียน มหาวิทยาลัย มหิดล; 2555.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2560.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. จำนวนประชากรจังหวัดอุบลราชธานีตามทะเบียนราษฎร์; อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2561.
8. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาเจริญ. รายงานผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ปี 2561. อุบลราชธานี: องค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ; 2561.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ. รายงานผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2561.อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ; 2561.
10. Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner (3rd ed.). Geelong, Australia: Deakin; 1988.
11. สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด; 2561
12. วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล; 2557: 29(3), 104-115.
13. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; 2562.
14. ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลิชฐ์ พัจนา และ สาวินี สุริยันต์กร. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561: 12(4), 608-624.
15. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์; 2560: 9(3), 57-69.

Received: 7 Feb 2021, Revised: 22 Jun 2021

Accepted: 30 Jun 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

องค์กรแห่งการเรียนรู้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร

ลินดา ขวนขวยทรัพย์^{1,*} นิตยา เพ็ญศิริินภา² และพรทิพย์ กิระพงษ์²

บทคัดย่อ

การพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้มีปัจจัยส่งเสริมสนับสนุนหลายด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทรัพยากรบุคคล การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์และอิทธิพลระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในมุมมองของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร ประชากรในการศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาและทำงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจำนวน 204 คน และด้านธุรการ จำนวน 88 คน รวม 292 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ ≤ 40 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในกลุ่มงานด้านสุขภาพและมีประสบการณ์การทำงาน 1 – 5 ปี พบว่ามีระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในระดับมาก ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา และกลุ่มงาน มีการปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ระดับปานกลางและสูงเมื่อทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ไม่พบความสัมพันธ์ อายุ และประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ($r = -0.019, -0.034$) การเสริมสร้างพลังอำนาจรายด้านและโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้($r = 0.653$) การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมสามารถพยากรณ์การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ได้ร้อยละ 38.00 ($R^2=0.380$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: องค์กรแห่งการเรียนรู้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

¹ นักศึกษาหลักสูตร ส.ม. วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* Corresponding author: linda.kho@pccms.ac.th

Original Article

Learning Organization: A Case Study of Chulabhorn Hospital in Bangkok

Linda Khonkhaysup^{1*} Nittaya Pensirinapa² Phonthip Geerapong²**Abstract**

There are many supporting factors for the development of an agency to be a learning organization, especially in human resources. This research is a descriptive study of relationships and influences between personal factors and empowerment towards being a learning organization from the perspectives of Chulabhorn Hospital's staffs in Bangkok. The study population consisted of full-time staffs who have been working for the hospital at least 1 year. The sample 292 people were divided into two groups who worked in health care (204 people) and administrative affairs (88 people). The study tool was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics. Chi-square, Correlation coefficient, and Stepwise multiple regression were used for the analysis of relationships between variables. Most of sample groups were female aged ≤ 40 years, with a bachelor's degree education, who worked in health care group and had 1-5 years of work experience. There was a high level of empowerment to be a learning organization. Whereas, factors of gender, educational level, and work group reflected medium and high levels of being a learning organization. When tested with chi-square statistics, no correlation was found. Meanwhile, age and work experience were not correlated with being a learning organization ($r = -0.019, -0.034$). Besides, each individual and overall empowerment were positively associated with a moderate level of being a learning organization ($r = 0.653$). Nonetheless, overall empowerment could predict the being a learning organization among Chulabhorn Hospital's staffs at a percentage of 38.00 ($R^2=0.380$), with statistical significance ($p\text{-value} = .001$).

Keywords: Learning organization, Empowerment, Chulabhorn Hospital

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

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

* Corresponding author: linda.kho@pccms.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันโลกก้าวเข้าสู่ยุคเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงต่อองค์กร ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนสำคัญขององค์กรต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอดของตนเองและองค์กร เนื่องจากในตัวบุคคลมีทักษะและประสบการณ์ นับเป็น “ทุนความรู้” (Knowledge Capital) ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของทุนมนุษย์ (Human Capital) ที่ก่อให้เกิดความรู้และความชำนาญในงาน ในการรักษากร่องรอยให้เกิดความยั่งยืนโดยไม่ยึดติดกับตัวบุคคล องค์กรควรมีการบริหารให้ความรู้ในตัวคนหรือกลุ่มคนได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ (Knowledge Management) เพราะ “ความรู้” คือ “อำนาจ”¹ นอกจากจะทำให้เกิดประโยชน์สำหรับคนทั้งองค์กรแล้วยังจะนำองค์กรก้าวเข้าสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) แนวทางในการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้นั้น เซนเจ² กล่าวว่าต้องสร้างวินัย 5 ประการ (The Fifth discipline) ให้บุคลากรในองค์กรยึดถือปฏิบัติ ได้แก่ 1) การมีใจใฝ่เรียนรู้/การเป็นบุคคลที่รอบรู้ (Personal mastery) 2) การเป็นผู้ที่มีกรอบความคิดชัดเจน (Mental model) 3) การมีวิสัยทัศน์ร่วม (Shared vision) 4) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (Team learning) และ 5) การคิดเชื่อมโยงเป็นระบบ (System thinking)

ในการกระตุ้นและส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับบุคลากรและทีม ผู้บริหารหน่วยงานเป็นพลัง

สำคัญในการทำหน้าทีเป็นผู้อำนวยความสะดวกและผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงาน จึงจะทำให้งานสัมฤทธิ์ผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คินลอร์³ ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีส่วนช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจยังเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ปฏิบัติที่คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ว่าสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ สำหรับกลยุทธ์และเทคนิคการบริหารจัดการตามแนวคิดของคองเกอร์และคาร์นันโก⁴ ที่ผู้บริหารจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีศักยภาพ ประกอบด้วย 1) บริหารงานแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) 2) สร้างเป้าหมายงาน (Goal Setting) 3) สร้างระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback System) 4) จัดระบบเสริมแรง (Contingent/Competence based Reward) 5) จัดระบบงานที่ท้าทาย (Challenging System) และ 6) ทำตัวเป็นแบบอย่าง (Be a role model)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อายุงาน ตำแหน่งงาน เงินเดือน และจำนวนครั้งต่อการฝึกอบรม มีความสัมพันธ์กับความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในระดับปานกลางถึงมาก^{5,6,7,8} ส่วนปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ บรรยากาศในการทำงาน โครงสร้างองค์กร การจูงใจและภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

รวมทั้งพบว่ากลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจจากหัวหน้าหน่วยงานมีความสำคัญและมีความเชื่อมโยงให้เจ้าหน้าที่สามารถพัฒนางานให้ประสบความสำเร็จได้^{9,10} โรงพยาบาล จุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร เป็นองค์กรที่มีการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 10 ปี ทั้งยังมีวิสัยทัศน์ที่จะเป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศด้านการวิจัยและบริการทางการแพทย์ระดับสากล องค์กรมีการทุ่มเททรัพยากรเพื่อลงทุนให้บุคลากรทุกระดับเกิดการเรียนรู้ ตลอดจนสร้างค่านิยมเกี่ยวกับการสร้างนวัตกรรมและทดลองทำสิ่งใหม่ๆ จนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กร¹¹ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะหาคำตอบว่าการที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร จะได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของปีเตอร์ เซงเก้² นั้นประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง และการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยหัวหน้าหน่วยงานตามแนวคิดของคองเกอร์และคาร์นิก⁴ จะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลหรือไม่เพียงใดต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และองค์กรสมรรถนะสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจ และระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ศึกษาความสัมพันธ์/อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการเป็น

องค์กรแห่งการเรียนรู้ในมุมมองของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจ และระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจ กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในมุมมองของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร ศึกษาในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ เก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม - กันยายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาและทำงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 888 คน ดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างจากลักษณะงานที่ปฏิบัติ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มงานด้านสุขภาพมีจำนวน 630 คน (ร้อยละ 70) และกลุ่มงานด้านธุรการมีจำนวน 258 คน (ร้อยละ 30) คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Yamane ได้จำนวนตัวอย่าง 276 คน และเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจขาดหายไปของแบบสอบถาม จึงเพิ่มจำนวนการแจกแบบสอบถามอีก 74 คน (ร้อยละ 27) รวมเป็น

350 คน โดยแจกกลุ่มงานด้านสุขภาพ 245 คน และแจกกลุ่มงานด้านธุรการ 105 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 292 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของคองเกอร์และคาร์นิก⁴ มี 6 ด้าน ได้แก่ การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม การสร้างเป้าหมายงาน ระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับ การจัดระบบเสริมแรง การจัดระบบงานที่ท้าทาย และการทำตัวเป็นแบบอย่าง รวม 24 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามแนวคิดของปีเตอร์ เซงเก้² มี 5 ด้าน ได้แก่ การมีใจใฝ่เรียนรู้ การมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้าง การคิดอย่างเป็นระบบ การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน และการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม รวม 20 ข้อ โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert Scale 5 ระดับ (1-5) โดย 1 หมายถึง น้อยที่สุด และ 5 หมายถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของการใช้ภาษา

(Wording) นำมาประเมินหาค่า IOC ค่าดัชนีความสอดคล้องโดยใช้สูตรของโรวินอลลี และแอมเบลตัน¹² ค่า IOC ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ เท่ากับ 0.964 ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เท่ากับ 0.923

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการวิจัย IRB-SHS 2018/1004/46 และคณะกรรมการการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการวิจัย 039/2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์แล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามจำนวน 350 ชุด ได้รับกลับคืน 292 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 83.42 แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมีปริมาณมากกว่าการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสอบถามจากกลุ่มงานด้านสุขภาพ จำนวน 204 ชุด (ร้อยละ 69.86) กลุ่มงานด้านธุรการ จำนวน 88 ชุด (ร้อยละ 30.13)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน กับระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยใช้สถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ระหว่างชุดของตัวแปร 2 ชุดที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องระหว่าง การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในกรณีข้อมูลกระจายปกติใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในกรณีข้อมูลกระจายไม่ปกติใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอนใช้วิเคราะห์ 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มงาน ประสบการณ์การทำงาน และการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวม ตัวแปรตาม คือ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.53 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 34.41 ปี ($SD = 7.54$) ร้อยละ 83.56 อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 67.47 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 4.37 ปี ($SD = 3.63$) ร้อยละ 69.86 ทำงานอยู่ในกลุ่มงานด้านสุขภาพโดยเป็นพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 53.43 รองลงมาเป็นบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ร้อยละ 46.57

การเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก แสดงดังตารางที่ 1

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าโรงพยาบาลจุฬารณ กรุงเทพมหานคร เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยมีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬารณ กรุงเทพมหานคร รายด้านและภาพรวม

ประเด็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ	$\bar{X}$ (SD)	ความหมาย
1. การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม	3.88 (0.77)	มาก
2. การสร้างเป้าหมายงาน	3.98 (0.75)	มาก
3. ระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับ	3.89 (0.75)	มาก
4. การจัดระบบเสริมแรง	3.71 (0.85)	มาก
5. การจัดระบบงานที่ทำหาย	3.93 (0.75)	มาก
6. การทำตัวเป็นแบบอย่าง	3.87 (0.84)	มาก
ภาพรวม	3.88 (0.79)	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
จุฬารักษ์ กรุงเทพมหานคร รายด้านและภาพรวม

ประเด็นการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	$\bar{X}$ (SD)	ความหมาย
1. การมีใจใฝ่เรียนรู้	3.90 (0.72)	มาก
2. การมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้าง	3.96 (0.62)	มาก
3. การคิดอย่างเป็นระบบ	3.82 (0.59)	มาก
4. การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน	3.92 (0.73)	มาก
5. การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม	4.02 (0.70)	มาก
ภาพรวม	3.92 (0.67)	มาก

ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านเพศ ระดับ ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี
การศึกษา กลุ่มงาน อายุ และประสบการณ์การ ความสัมพันธ์ทางบวกกับการสะท้อนถึงการเป็น
ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่ง องค์กรแห่งการเรียนรู้ ในระดับปานกลาง อย่าง
การเรียนรู้ แสดงดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงดัง
ตารางที่ 5

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ระดับการศึกษาและกลุ่ม
งาน กับระดับการปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการปฏิบัติที่สะท้อนถึง การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้			χ^2	df	p-value
	ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ				0.042	1	0.837
ชาย	12 (23.50)	39 (76.50)	51 (100.00)			
หญิง	60 (24.90)	181 (75.10)	241 (100.00)			
ระดับการศึกษา				0.196	1	0.658
ต่ำกว่าปริญญาตรี	13 (22.40)	45 (77.60)	58 (100.00)			
ปริญญาตรีขึ้นไป	59 (25.20)	175 (74.80)	234 (100.00)			

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการปฏิบัติที่สะท้อนถึง การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้			χ^2	df	p-value
	ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
กลุ่มงาน				0.812	1	0.368
ด้านสุขภาพ	47 (23.2)	156 (76.80)	203 (100.00)			
ด้านธุรการ	25 (28.10)	64 (71.90)	89 (100.00)			

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ และประสบการณ์ทำงานกับการปฏิบัติที่สะท้อนถึง
การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ตัวแปร	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-0.019	0.743	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ประสบการณ์การทำงาน	-0.034	0.567	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการ
เรียนรู้รายด้านและภาพรวม

ประเด็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม	0.500	0.000	ปานกลาง
2. การสร้างเป้าหมายงาน	0.583	0.000	ปานกลาง
3. ระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับ	0.604	0.000	ปานกลาง
4. การจัดระบบเสริมแรง	0.544	0.000	ปานกลาง
5. การจัดระบบงานที่ท้าทาย	0.571	0.000	ปานกลาง
6. การทำตัวเป็นแบบอย่าง	0.589	0.000	ปานกลาง
ภาพรวม	0.653	0.000	ปานกลาง

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามีเพียงตัวแปรการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมที่เข้าสมการพยากรณ์การปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ มีค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์เท่ากับ 0.378 ($R^2 = 0.380$) โดยเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_6$$

โดยที่ Y = การปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวม

x_6 = คะแนนของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวม

สรุปสมการถดถอยที่ได้จากการคำนวณค่าคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 45.144 + 0.359x_6$$

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวม สามารถพยากรณ์การปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 38.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตารางที่ 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์การปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยรวมในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจในพหุคูณ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย

ตัวพยากรณ์การปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยรวม	B	Beta	t	p-value
การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวม	0.359	0.616	13.324	0.000
Constant = 45.144 $R^2 = 0.380$ Adjust $R^2 = 0.378$				

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของ

เจ้าหน้าที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลอยู่ในกลุ่มด้านสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 69.86 และกลุ่มงานด้านธุรการ ร้อยละ 30.14 เป็นพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 53.43 เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลจะเป็นวิชาชีพที่มี

จำนวนมากที่สุดในแต่ละโรงพยาบาลและพยาบาล มีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการกิจหรือการขอความร่วมมือต่าง ๆ จึงได้รับแบบสอบถามกลับคืนมามากที่สุด พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.53 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มากที่สุดร้อยละ 83.56 เนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นมาใหม่ในช่วงระยะเวลา 10 ปี จึงมีการรับเจ้าหน้าที่เข้ามาใหม่ที่อายุน้อยมาก นัก วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 67.47 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี มากที่สุดร้อยละ 71.92 จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกันกับอายุของเจ้าหน้าที่ซึ่งส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 40 ปี การเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่าความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากหัวหน้าหน่วยงานแก่เจ้าหน้าที่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อีรภัทร คงกลีบ ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการทำงานของโรงเรียนจุฬาภรณ์ราชวิทยาลัย¹⁰ และอุมาพร พรหมสะอาด ศึกษาการสร้างเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร¹³

ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ในภาพรวมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป พงษ์สำราญ ศึกษาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของโรงพยาบาล

เอกชนในประเทศไทย¹⁴ และมีความแตกต่างกันเล็กน้อยจากการศึกษาของ สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และ เพ็ญญา ประภาวัต ศึกษาองค์กรแห่งการเรียนรู้กรณีศึกษา: โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี⁶ ที่อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ที่มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมร่วมมือทำงานกันอย่างเต็มที่ช่วยเหลือให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานเพื่อให้ทีมบรรลุจุดมุ่งหมาย มีการติดต่อประสานงานกันทั้งภายในทีมและระหว่างทีมที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกัน และเมื่อมีสมาชิกในทีมไปศึกษาอบรมเพิ่มเติมมาจะมีการนำความรู้และประสบการณ์มาเผยแพร่และแลกเปลี่ยนกับเพื่อนร่วมงานอยู่เสมอ โรงพยาบาลประสบความสำเร็จจากการทำงานเป็นทีม เช่น การได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล องค์การมหาชน (HA Re-accreditation) การมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้างเจ้าหน้าที่มีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงของโลก สามารถปรับแนวคิดหรือวิธีการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายใหม่ๆ ของหน่วยงานได้ ขอบคิดหาวิธีการปฏิบัติงานแบบใหม่ๆ ที่ช่วยแก้ไขปัญหาที่พบในการทำงานมีการร่วมกันคิดนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อพัฒนางานในหน่วยงาน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน เจ้าหน้าที่ทราบว่าโรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์มุ่งสู่การ

เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และเห็นด้วยกับวิสัยทัศน์นี้ พบว่ามีความพยายามทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลนั้นบรรลุ และมีส่วนร่วมในการกำหนดภาพในอนาคต/เป้าหมายของโรงพยาบาลเห็นได้ชัดเจนจากการที่โรงพยาบาลมีการพัฒนาก้าวหน้าไปในด้านต่าง ๆ การมีใจใฝ่เรียนรู้/การเป็นบุคคลที่รอบรู้พบว่าเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตัวเอง และมีการศึกษาค้นคว้าข้อมูลความรู้ต่าง ๆ จากตำรา อินเทอร์เน็ต หรือสื่อต่าง ๆ เพื่อนำมาสนับสนุนการปฏิบัติงานขอแสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน และมีการศึกษาต่อเนื่องในระดับที่สูงขึ้นจากคุณวุฒิเดิม ด้านการศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมทางโรงพยาบาลมีการส่งเจ้าหน้าที่ในทุกสาขาวิชาชีพ เพื่อศึกษาเพิ่มเติมในคุณวุฒิที่สูงขึ้นทั้งในประเทศ และต่างประเทศ การคิดอย่างเป็นระบบเจ้าหน้าที่มีการวางแผนในการทำงานโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มีความสามารถเชื่อมโยงงานในหน้าที่ที่ทำอยู่กับภาพรวมขององค์กรได้ สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่พบในการทำงานเพื่อนำมาสู่การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้และคาดการณ์เพื่อวางแผนป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในการทำงานได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจ กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในมุมมองของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล

(เพศ, ระดับการศึกษา, กลุ่มงาน) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) อาจเนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นมาใหม่ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา การจัดตั้งองค์กรใหม่มีการรับเจ้าหน้าที่ใหม่เข้ามาปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์การทำงานมาแล้วจากสถาบันอื่นหรือเป็นเจ้าหน้าที่ที่เพิ่งจบการศึกษาใหม่ทางโรงพยาบาลมีการจัดการตั้งแต่การสัมภาษณ์บุคคลเพื่อดูทัศนคติความคิดเห็นที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล รวมถึงการจัดการอบรมปฐมนิเทศเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ให้เข้าใจและมีแนวความคิดการปฏิบัติที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นปัจจัยส่วนบุคคลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร ระดับปานกลางทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 โดยค่าระดับความสัมพันธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับมีระดับความสัมพันธ์สูงสุด ($r=0.604$) อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานนั้นโรงพยาบาลมีการกำหนดการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีซึ่งหัวหน้าหน่วยงานจะต้องแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานให้เจ้าหน้าที่

ทราบด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษรรวมถึงชี้ให้เห็นจุดที่ควรพัฒนา

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในมุมมองของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มงาน และประสบการณ์การทำงาน) ไม่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์เป็นองค์กรที่ค่อนข้างใหม่เจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานมีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันไป แต่อย่างไรก็ตามทุกคนมีความยึดมั่นในองค์กรประจักษ์ที่จะร่วมกันปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุดตามปรัชญา "เป็นเลิศเพื่อทุกชีวิต" / "Be Excellent for Lives"¹¹ ดังนั้นจึงมีเพียงตัวแปรการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมที่เข้าสมการพยากรณ์การปฏิบัติที่สะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 มีค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์เท่ากับ 0.378 ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถสร้างแรงกระตุ้นหรือเพิ่มแรงจูงใจจากความรู้สึกภายในของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถและศักยภาพ⁴ โดยหัวหน้าหน่วยงานจะต้องกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่มองเห็นคุณค่าของการช่วยกันทำให้เป้าหมายของ

หน่วยงานบรรลุ ผลักดันให้เจ้าหน้าที่ร่วมตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับหน่วยงาน การทำตัวเป็นแบบอย่างโดยหัวหน้าหน่วยงานจะต้องทำตัวเป็นแบบอย่างในการเรียนรู้ไม่หยุดนิ่ง การเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการต่าง ๆ ขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ สามารถสอนงานที่มีความซับซ้อนแก่เจ้าหน้าที่ให้มีทักษะในการทำงานที่ถูกต้อง เป็นพี่เลี้ยงในการศึกษาแสวงหาความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ และมีวิธีการสื่อสารที่ดีที่ทำให้เจ้าหน้าที่ยินดีให้ความร่วมมือในเรื่องต่าง ๆ การจัดระบบเสริมแรงหัวหน้าหน่วยงานช่วยกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถปรับปรุงการทำงานได้ดีขึ้น การกล่าวชมเชยหรือพิจารณาให้ความดีความชอบเมื่อมีการปฏิบัติงานสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย รวมถึงการให้รางวัลเมื่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ ควรปรับปรุงการเสริมแรงโดยหัวหน้าหน่วยงานอาจจะมีการพิจารณาในการให้รางวัลเมื่อเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ หรือควรชมเชยในรูปแบบของการกล่าวชมเชยในที่ประชุมของหน่วยงาน หรือการมอบใบประกาศเกียรติคุณในงานสำคัญประจำปีของโรงพยาบาล ควรส่งหัวหน้าหน่วยงานเข้ารับการอบรมทางด้านการเป็นผู้นำที่ดีเพื่อการทำตัวเป็นแบบอย่างแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ส่งเสริมให้หัวหน้าเป็นผู้นำกลุ่ม

ในการปฏิบัติเรื่องต่าง ๆ เพื่อความสำเร็จขององค์กรในการโน้มน้าวให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามและยินดีให้ความร่วมมือในเรื่องต่าง ๆ ที่หัวหน้าได้สื่อสารไป รวมถึงทักษะการเป็นที่ปรึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่ในการแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมผู้บริหารทุกระดับควรให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้แสดงความคิดเห็นร่วมตัดสินใจกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงาน

2. ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างเป็นระบบควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในงาน จัดให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่ยาวนานมาร่วมแชร์ประสบการณ์ให้กับผู้ปฏิบัติงานใหม่ (Knowledge Management) หรือการจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (COP) เพื่อจะได้มีความสามารถในการคาดการณ์สามารถวางแผนป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในการทำงานได้ การมีใจใฝ่เรียนรู้/การเป็นบุคคลที่รอบรู้ควรให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตัวเองโดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลความรู้ต่าง ๆ จากตำรา อินเทอร์เน็ต หรือสื่อต่าง ๆ แสวงหาความรู้ใหม่ ๆ เพื่อนำมาสนับสนุนและใช้ในการปฏิบัติงาน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกันโรงพยาบาลควรมีการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อ On line และเน้นย้ำผ่านทางหัวหน้าหน่วยงาน และอาจมีการจัดประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ (OD) แก่เจ้าหน้าที่

ทุกระดับเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นในเรื่องวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของวิสัยทัศน์นี้จะทำให้ได้รับความร่วมมือมากยิ่งขึ้น การมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้างโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ สนับสนุนในด้านการศึกษาวิจัยและการสร้างนวัตกรรม มีการส่งนวัตกรรมต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ไปประกวดทั้งในและต่างประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ ประธานกรรมการสอบปกป้องวิทยานิพนธ์ นางสุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย นาวาโทหญิงวัชรพร เขยสุวรรณ เกสัชกร ประทีป พงษ์สำราญ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ และพี่ – น้องในสายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร ทุก ๆ ท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สุชาติ กิจชนะเสรี. การก้าวสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้. สถาบันคอมพิวเตอร์. สืบค้นจาก http://203.157.7.7/KM/upload_file/data/1/knowledgebase.pdf.
2. Senge, P. M. The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning

- Organization. New York: Doubleday; 1990.
3. Kinlaw, D. C. The Practice of Empowerment. Hampshire, England: Gower; 1995.
 4. Conger, J. A. & Kanungo, R.N. The empowerment process: Integrating theory and practice. Academy of Management Review; 1998, 13(3), 471-482.
 5. พนนันท์ โกสินานนท์. รายงานการวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาวิทยาลัยราชพฤกษ์สู่องค์กรแห่งการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: 2551.
 6. สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์, เพ็ญญา ประภาวัต. องค์การแห่งการเรียนรู้ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการจัดการ; 2552, 26(1) (กรกฎาคม-ธันวาคม).
 7. รัชฎา ประสิทธิ์พรชัย. ความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค (กรณีศึกษา: สำนักงานใหญ่). (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพฯ; 2553.
 8. อาภาพร เพชรศรีสม. (2556). ความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของการประปาส่วนภูมิภาคเขต 9. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่; 2556.
 9. เฟื่องฟ้า ภูธรรักษ์. กลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยแก่บุคลากร: เปรียบเทียบโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพและโรงพยาบาลที่รอการรับรองคุณภาพ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา; 2548.
 10. ชีรภัทร คงกัลป์. ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการทำงานของโรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี; 2559.
 11. <https://www.chulabhornhospital.com>, 2020
 12. Rovinelli, R.J., & Hambleton, R.K. On the use of content specialists in the Assessment of Criterion - referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research; 1977, (2), 49-60.
 13. อุมพร พรหมสะอาด, อุดม ลีลาทวิวุฒติ, สมชาติ ไตรรักษา, สุคนธา คงศีล. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์; 2555, 42(2): 92-102.

14. ประทีป พงษ์สำราญ. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
เรียนรู้จากการรับรู้ของโรงพยาบาลเอกชนใน
ประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2556.