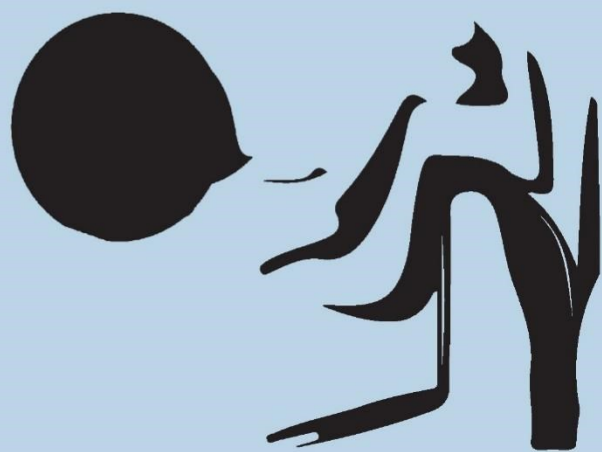




วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 9 Number 1 JANUARY – MARCH 2023

Academic Journal of Community Public Health

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน Academic Journal of Community Public Health Volume 9 Number 1 JANUARY – MARCH 2023

วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน



วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

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

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุข สำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

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

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

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

คณะทำงานวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ชาติบัญชาชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีจักรกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรรณปิยกุล

นายมงคล เงินแจ้

นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัถยพรต

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

นายปริญญา ระลึก

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยทักษิณ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

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

ฝ่ายจัดการ

นายปริญญา ระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นายสมบัติ ชัดโพธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ก้าวเข้าสู่ปีที่ 9 พร้อมเผยแพร่ผลงาน วิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา เกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกัน PM 2.5 ของเยาวชนพื้นที่สูงในช่วงเผาในที่โล่ง . การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณา ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพก้าวเข้าสู่ปีที่ 9 และปีถัดไปอย่างมั่นคง

สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ให้ความไว้วางใจในการให้ทางวารสารฯ เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ จึงขอเชิญทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิจัย		Academic article
1. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันการ PM 2.5 ของเยาวชนพื้นที่สูงในช่วงเผาในที่โล่งในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย สรวิชัย สิริยาศ ปวิพัทธ์ วงศ์เรือง ประจวบ แหลมหลัก	9	1. Environmental Health Literacy and PM2.5 Prevention Behavior of the Youth in Highland Areas during the Smog Episode in Phayao Province, Thailand. Sawrawich Sittiyos Patipat Vongruang Prachuab Lamluk
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี พยงค์ ศรีเจริญ วสันต์ ปิ่นวิเศษ อนุก ล้อมวงษ์	21	2. Factors related to the readiness of the Sub-district a new way of Life safe from COVID-19 Suphanburi Province. Payong Srijarern Wasan Pinwiset Anek Lomwong
3. การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้น ป.4 – 6 ในโรงเรียนบ้านเหล่า ต.ตำบลบ่อพันขัน อ.เภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพ็ญภา ปากดี วรพจน์ พรหมสัตยพรต สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์	31	3. Oral health care process development students in grades 4-6 at Ban Lao Tio school Bo Phan Khan Sub-district Suwannaphum District Roi Et Province. Pennapa Pakdee Vorapoj Promasatayaprot Surasuk Thiabriti
4. การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อ.เภอผาขาว จังหวัดเลย วัชร พันธ์เณร วรพจน์ พรหมสัตยพรต จตุพร เหลืองอุบล	44	4. Development of the service system new normal of a diabetes clinic High blood pressure Perm Suk Health Promoting Hospita, Pha Khao District, Loei Province. Watcharee Puntan Vorapoj Promasatayaprot Jatuporn Luangubol

สารบัญ	หน้า Page	Contents
5. ประสิทธิภาพการประยุกต์แนวคิดแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากร โรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัด สุโขทัย ณินญากร ไยยอด อนุกุล มะโนทน	54	5. Effectiveness of applying the concept of health belief model in modifying obesity reduction behavior of Sukhothai personel, muang district, Sukhothai Province. Ninyaporn Jaiyod Anukool Manoton
6. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จตามวิถี ชีวิตใหม่ ตำบลแม่ต๊ำ อำเภองาว จังหวัด ลำปาง อำพรทิพย์ อุดทาโท อนุกุล มะโนทน	69	6. Development of community participation process is solving suicide problems successfully new normal in Maeteep Sub- district, Ngao District, Lampang Province Ampornitip Audtato Anukul Manoton
7. ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้าน สุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ในช่วงโรคโควิด – 19 ระบาด นิตยา เพ็ญศิริินภา	84	7. Burnout Syndrome among health personnel at Sub-district health promoting Hospitals in Nonthaburi Province during the Pandemic of COVID-19. Nittaya Pensirinapa
8. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับการ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่ม ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ธวัชชัย สีโชติ ชนัญญา จิระพรกุล ทณงค์ดี ราชเจริญ เนาวรัตน์ มณีนิล	97	8. Associations between knowledge, attitudes and COVID-19 self-prevention among high- risk contact groups in Mukdahan District, Mukdahan Province. Tawatchai seechot Chananya Jirapornkul Tanongsak Rachjarean Naowarat Maneenin

สารบัญ	หน้า Page	Contents
9. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะส่วนบุคคลกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น กิติโรจน์ นวนบุญ รุจิรา ดวงสงค์	109	9. The relationship between Health literacy, healthy behavior personal characteristics with overweight and obesity of public health volunteers (HPVs) who are responsibility of Medical Center (Primary care units), Khon Kaen Hospital. Kltirot Nuanbun Rujira Duangsong
10. การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2564 สิริสรณ์ จริยพงศ์ไพบูลย์ อุบลวรรณ วัฒนาดิลกกุล	117	10. The Satisfaction of Patient-service in Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok, Fiscal year 2021. Sirisan Jariyapongpaiboon Ubonan Wattanadilokkul
11. การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 จังหวัดยโสธร บรรจบ แสนสุข แมน แสงภักดิ์ ถนอม นามวงศ์	127	11. Development of COVID-19 Vaccination Strategies, Yasothon. Banjob Sansuk Man Saengpak Thanom Namwong
12. การประเมินการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ กลุ่ม selective cyclooxygenase-2 inhibitors ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสกลนคร ธวัช สุขสฤติย์	139	12. Evaluation of using NSAIDs selective cyclooxygenase-2 inhibitors in outpatients at Sakon Nakhon Hospital Tawat Suksathit
13. การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี วีระชน ทวีศักดิ์	148	13. The Development of Referral for Patients with Chronic non-Communicable Diseases Using the Health Network with TELEHEALTH Model, Phiboonmangsan district, Ubon Ratchathani Province. Weerachon Taweesak

สารบัญ	หน้า Page	Contents
14. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่า ในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะ ทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอ เมือง จังหวัดยะลา อุบลทิพย์ ไชยแสง นิวัต ไชยแสง	160	14. A study of the relationships among self- esteem, social support and psychological well-being of homebound elderly in Muang district, Yala province. Ubontip Chaisang Niwat Chaisang
15. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัด สุรินทร์ ธานี นามม่วง	170	15. Factors Predicting Self-Care Behaviors among the Elderly with Diabetes and Fasting Blood Sugar with Uncontrolled Condition in Surin province. Thani Nammuang

Received: 28 Jun. 2022, Revised: 25 Jul 2022

Accepted: 26 Jul 2022

บทความวิจัย

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกัน PM2.5
ของเยาวชนในพื้นที่สูงในช่วงเผาในที่โล่งในจังหวัดพะเยา ประเทศไทยสรวิชัย ลิขิตยศ^{1*} ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง² ประจวบ แหยมหลัก³

บทคัดย่อ

ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) เป็นสารมลพิษทางอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งเยาวชนเป็นหนึ่งในกลุ่มที่ได้รับผลกระทบรุนแรงจาก PM2.5 โดยเฉพาะเยาวชนที่อาศัยในพื้นที่สูงที่เป็นแหล่งกำเนิดการเผาในที่โล่ง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกัน PM2.5 ของกลุ่มเยาวชนในช่วงปัญหาหมอกควันรุนแรง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยคือ เยาวชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา จำนวน 35 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า เยาวชนมีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.82$, S.D.=0.62) และมีพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 เฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=1.21$, S.D.=0.70) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันเยาวชนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ PM2.5 ผ่านเทคโนโลยีและระบบการสื่อสารได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า การทำความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูล PM2.5 ของเยาวชนมีความแตกต่างกันขึ้นกับตัวบุคคล นอกจากนี้ เยาวชนยังไม่รับรู้ถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงขาดความตระหนักทำให้พฤติกรรมป้องกันตนเองนั้นอยู่ในระดับที่ไม่ดี จากการวิจัยทำให้ทราบว่าควรมีการพัฒนาเรื่องการสื่อสารสุขภาพให้กับเยาวชนในพื้นที่สูงในการป้องกัน PM2.5 โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ฝึกการปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ PM2.5 เยาวชน พื้นที่สูง

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งแพร่

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา หน่วยวิจัย มลพิษบรรยากาศและการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ มหาวิทยาลัยพะเยา

³ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Original Article

Environmental Health Literacy and PM2.5 Prevention Behavior of the Youth in Highland Areas during the Smog Episode in Phayao Province, Thailand.

Sawrawich Sittiyos¹ Patipat Vongruang² Prachuab Lamluk³

Abstract

Particulate matter less than 2.5 microns (PM2.5) is an air pollutant that affects health. Youths are affected by PM2.5, especially in the high areas where open burning sources. The purposes of this study were to environmental health literacy and prevention behavior of PM2.5 in youth during the smog episode. Data was collected using questionnaires. The sample group consisted of 35 youths who live in the highlands of Phayao Province, by using a simple random sampling. The descriptive statistics were frequency, percentage, mean and standardized division. The results showed that youth had a moderate level of environmental health literacy ($\bar{X}$ =2.82, S.D.=0.62). The prevention against the health effects of PM2.5 behaviors was bad level ($\bar{X}$ =1.21, S.D.=0.70). Although at present, Youths having more access to PM2.5 information from the technology and communication networks. However, this study shows that, the understanding and the access to PM2.5 data are different in each person. In addition, the youth are unaware of the health repercussions. Therefore, the lack of awareness leads to bad self- prevention behavior levels. According to the results of this study, health communication among youth in highland areas should be strengthened to prevent PM2.5 by developing the correct knowledge and practice. To bring about the emergence of healthy behaviors.

Keywords: Environmental Health Literacy, Health Behavior, PM2.5, Youth, highland Areas

¹ School of Public Health, University of Phayao The Pongphrae sub-district health promoting hospital.

² Assistant Prof. Dr. School of Public Health, University of Phayao Atmospheric Pollution and Climate Change Research Unit, University of Phayao

³ Assistant Prof. Dr. School of Public Health, University of Phayao

* Corresponding author : Email: Sawrawich047@gmail.com

บทนำ

PM2.5 หรือ ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ถูกพิจารณาว่าเป็นสารมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมากที่สุดในการบรรดาสารมลพิษทางอากาศโดยทั่วไป¹ เมื่อได้รับสัมผัสในปริมาณมาก สามารถทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้น เช่น หายใจลำบาก ไอ น้ำมูกไหล ระคายเคืองตา และเวียนศีรษะ² และหากได้รับการสัมผัสในระยะยาวยังจะเป็นสาเหตุของโรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ และโรคมะเร็งได้³ จากรายงานการเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจากปัญหาหมอกควันจากการเผาในที่โล่งจังหวัดพะเยาในช่วง 30 สัปดาห์ ในปี พ.ศ.2564 ของ 5 กลุ่มโรค พบผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 50,976 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 14,128.96 คนต่อแสนประชากร กลุ่มโรคที่มีรายงานสูงสุด ได้แก่ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจทุกชนิด 15,257 คน กลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดและสมองอุดตันขาดเลือด 6,549 คน กลุ่มโรคตาอักเสบ 9,947 คน ผิวหนังอักเสบ 18,289 คน และมะเร็งปอด 934 คน⁴ และจากรายงานการวิเคราะห์ยังพบว่า PM2.5 ในบรรยากาศมีความสัมพันธ์กับอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและโรคปอดที่เข้ามารักษาตัวในห้องฉุกเฉิน⁵ นอกจากนั้นยังลดประสิทธิภาพการทำงานของปอด⁶ เพิ่มความเสี่ยงของอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะเส้นเลือดอุดตันในสมอง และน้ำหนักของทารกในครรภ์ลดลง โดยอัตราดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นในอากาศ⁷ และเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคหอบหืด และเยาวชนจะมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าคนปกติ⁵

จังหวัดพะเยาพบปัญหาหมอกควันโดยมีสาเหตุหลักมาจากการเกิดไฟป่าและการเผาในที่โล่งแจ้ง ในลักษณะของการเผาเศษวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตรเพื่อเตรียมพื้นที่สำหรับการเพาะปลูกในช่วงฤดูฝน การเผาพื้นที่เพื่อความสะดวกต่อการเก็บเห็ดเผาะและผักหวาน การเผาขยะชุมชน การเผาไหม้เหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กและก๊าซอันตรายต่าง ๆ⁸ โดยจากการศึกษาของ อรรถเดช สนลอย และสันฐาน ขยันทน์ (2563)⁹ พบว่าชาวม้งลาวหรือผู้ที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง มีพฤติกรรมการเผาพื้นที่ป่าไม้เพื่อขยายพื้นที่ทางการเกษตร เผาทำลายพื้นที่แหล่งรกร้างว่างเปล่าหรือเส้นทางคมนาคมที่เป็นแหล่งล่าสัตว์หรือแหล่งผลิตผลอื่น

ๆ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเกิดปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กและขนาดใหญ่

ชุมชนบ้านภูเงิน ตำบลแม่ปืม อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา เป็นชุมชนขนาดเล็กแบบสังคมชนบทที่ยังพบความยากจน ปัญหาด้านอนามัยและสุขภาพประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนาทำสวน มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ตั้งอยู่บนพื้นที่ราบสูงล้อมรอบด้วยเขตอุทยานแห่งชาติแม่ปืม และอ่างเก็บน้ำแม่ปืม¹⁰ ซึ่งนับเป็นพื้นที่สำคัญหนึ่งในเขตอำเภอเมืองพะเยาที่พบกิจกรรมการเผาในพื้นที่ ป่า นา ข้าว และข้าวโพด เนื่องจากชุมชนอยู่ในพื้นที่ของการเผาจึงทำให้ชุมชนนี้ได้รับผลกระทบของระดับฝุ่นละอองสูง จากข้อมูลการติดตามสถานการณ์ PM2.5 จากสถานีตรวจวัดที่มีระยะทางห่างจากชุมชนนี้ประมาณ 10 กิโลเมตร ในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีค่าเฉลี่ยใน 1 ปีของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5) มีค่าสูงเป็นลำดับที่สี่ของประเทศ และเป็นลำดับที่สามของภาคเหนือ¹¹ และจากการติดตามสถานการณ์จุดความร้อน (hotspot) พบว่าระหว่างปี พ.ศ.2561-2562 จังหวัดพะเยา มีจุดความร้อนสะสมเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 84.10¹²

การศึกษาผลกระทบฝุ่นละอองขนาดเล็ก พบว่ามีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและถุงลมปอดเป็นผลให้เกิดโรคทางเดินหายใจรุนแรง โดยจากการศึกษาของ Arden et al. (1992) พบว่าฝุ่นละอองขนาดเล็กส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลันและเห็นผลอย่างชัดเจนในกลุ่มเยาวชนอายุ 10-12 ปี¹³ โดยเยาวชนเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากฝุ่นละอองได้ง่ายกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากปอดและระบบภูมิคุ้มกันยังอยู่ในระยะที่กำลังพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่แล้วเยาวชนใช้เวลาอยู่กลางแจ้งเพื่อเล่นกีฬาและทำกิจกรรมนอกบ้านมากกว่า^{14,15} จึงทำให้มีโอกาสสัมผัสกับฝุ่น PM2.5 มากกว่าอีกด้วย ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ PM2.5 ของเยาวชน จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ที่จะส่งผลต่อความตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตัวเองจาก PM2.5 ซึ่งตรงกับแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy –EHL) เป็นแนวคิดที่บูรณาการองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) กับ ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เข้าด้วยกัน เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นใหม่ ที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจถึง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ¹⁶ โดยการที่เยาวชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทำความเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมา ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ข้อมูล สามารถซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่นหรือสังคมได้ แล้วจึงเกิดการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้มีสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ แต่จากการศึกษาของ ธีรดา หลงศิริ (2561)¹⁷ พบว่าการจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานที่เยาวชนได้รับนั้น ยังไม่เพียงพอในการพัฒนาทักษะทางสติปัญญา ด้านสิ่งแวดล้อมของเยาวชน เยาวชนจึงไม่เกิดความตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพจาก PM2.5 อีกทั้งยังนำมาซึ่งพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ที่ไม่เหมาะสม

จากการวิจัยและศึกษาข้อมูลที่ผ่านมาชัดเจนว่า ชุมชนบ้านภูเงิน อำเภอแม่ปืม จังหวัดพะเยา เป็นพื้นที่หนึ่ง ที่พบว่าเป็นพื้นที่แหล่งกำเนิดของฝุ่น PM2.5 จากกิจกรรมการเผาในที่โล่ง โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงชัดเจนในกลุ่มเยาวชน ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมป้องกัน PM2.5 ของกลุ่มเยาวชนในช่วงปัญหาหมอกควันรุนแรง ซึ่งจะทำให้ทราบพื้นฐานด้านความรู้และพฤติกรรมของเยาวชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ประสบปัญหาหมอกควัน เป็นข้อค้นพบเบื้องต้นในการจัดกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทำให้เยาวชนในพื้นที่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันตัวจากฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมลดการเผาในที่ชุมชนลงได้ในระยะยาว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย (Research design) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เรียงลำดับขั้นตอนในการดำเนินวิจัย ดังหัวข้อต่อไปนี้

ประชากรที่ศึกษา การเลือกประชากรเป็นแบบเจาะจงจากประชากรในพื้นที่สูงที่พบปัญหาการเผาในที่โล่งและมีระดับ PM2.5 เกินมาตรฐานเป็นประจำ โดยศึกษาในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านภูเงิน ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ปีการศึกษา 2564 จำนวน 66

คน โดยเป็นโรงเรียน สพป.พะเยา เขต 1 เปิดสอนตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลศึกษา ถึง ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นเยาวชนชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านภูเงิน ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ปีการศึกษา 2564 โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power ใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษา (power analysis) ของโคเฮิน¹⁸ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test: $1-\beta$) ที่ระดับ 0.8 และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = .05$) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R_2) อธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (effect size; f_2) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิภา มหาราชพงศ์ (2561)¹⁹ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมความรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อลดการรับสัมผัสมลพิษของแรงงาน ผลการศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองเพื่อลดการรับสัมผัสมลพิษ พบว่าก่อนการทดลองพฤติกรรมป้องกันตนเองเพื่อลดการรับสัมผัสมลพิษ โดยรวมของแรงงานมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 57.04 (S.D. = 9.51) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.25 (S.D. = 7.37) นำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.54 และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out)²⁰ จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน

โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจะพิจารณาพร้อมคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1.) เป็นเยาวชนที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านภูเงิน ต.แม่ปืม อ.เมือง จ.พะเยา

2.) อายุตั้งแต่ 12-15 ปี

3.) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ และสื่อสารภาษาไทยได้

4.) เป็นผู้อาศัยอยู่จริงในเขต ต.แม่ปืม อ.เมือง จ.พะเยา และอยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 8 สัปดาห์ขึ้นไป

5.) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา เอกสารรับรองเลขที่โครงการวิจัย UP-HEC 1.3/065/64 มีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนการวิจัย มีการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย การยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่ง

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น จะไม่ระบุให้ทราบว่าเป็นบุคคลใดตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกัน PM2.5 มี 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเยาวชน ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 รวม 39 ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามความเป็นจริง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น ประสบการณ์การได้รับ

ความรู้เกี่ยวกับ PM2.5 และผลกระทบทางสุขภาพจาก PM2.5

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 22 ข้อ ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการค้นหา เข้าใจ ประเมิน และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการสร้างทางเลือก การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพของตนเองนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและรักษาสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ ด้านที่ 2 การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ ด้านที่ 3 การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ และด้านที่ 4 การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) จำนวน 5 ข้อ

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้แต่ง	องค์ประกอบของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม								
	ปี (พ.ศ.)	เข้าถึงข้อมูล	เข้าใจข้อมูล	ประเมินข้อมูล	สื่อสารสนเทศ	การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ	เครือข่ายชุมชน	เจตคติ
Marsili, Racioppi and Comba	2558	/	/	/	/				
Davis et al.	2561					/	/	/	
Gray	2561		/				/	/	
Lichtveld et al.	2562	/				/			/
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย และอังคินันท์ อินทรกำแหง	2562	/	/	/		/			
อังคินันท์ อินทรกำแหง	2563	/	/	/		/			
ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล	2564	/	/	/		/			
ร้อยละ		71.43	71.43	57.14	14.28	71.43	28.57	28.57	14.28

จากการสังเคราะห์ข้อมูลที่นักวิชาการหลายท่าน ได้นิยามองค์ประกอบไว้ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment health literacy) ประกอบด้วย การ

เข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีคิดของลิเคิร์ท²¹ โดยให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

5 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง ความคิดเห็นต่อความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้วิจัยได้แบ่งความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเลือกป้องกันตนเองจาก PM2.5 เป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแต่ละด้าน ดังนี้²²

ระดับดี 3.68 – 5.00 คะแนน

ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 คะแนน

ระดับไม่ดี 1.00 – 2.33 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ทั้งหมด 12 ข้อ เป็นพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน รวมถึงการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละออง PM2.5 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีคิดของลิเคิร์ท²¹ โดยให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

4 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยปฏิบัติเป็นประจำ

3 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยปฏิบัติบ่อย ๆ

2 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยปฏิบัติบ้างบางครั้ง

1 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

0 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยไม่ได้ปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้แบ่งพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน รวมถึงการป้องกันการสัมผัสฝุ่น

ละออง PM2.5 เป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ดังนี้²²

ระดับดี 2.68 – 4.00 คะแนน

ระดับปานกลาง 1.34 – 2.67 คะแนน

ระดับไม่ดี 0.00 – 1.33 คะแนน

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัย โดยประยุกต์จากเครื่องมือของ อังคินันท์ อินทรกำแหง¹⁶ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดทำสถานการณ์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) โดยศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ โดยเครื่องมือดังกล่าว มีความครอบคลุมเนื้อหาที่ศึกษา แต่ด้วยบริบทและกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน จึงต้องนำมาปรับภาษาที่ใช้และรูปแบบของประโยค เพื่อให้เยาวชนนั้นสามารถเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น แต่เนื้อหาและความหมายยังคงเดิม จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขและผ่านการพิจารณาจากลั่นกรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ข้อคำถามแต่ละข้อว่า มีความสอดคล้อง หรือไม่ มีเกณฑ์ประเมินดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 หมายถึง แนใจว่าถูกต้อง มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ -1 หมายถึง ยังไม่ถูกต้อง ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

แล้วนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถามรวมถึงการใช้ภาษา

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) กำหนดค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00 ซึ่งค่า IOC ที่ได้เท่ากับ 1 ซึ่งมีความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย พิจารณาอีกครั้งแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เป็นเยาวชนที่ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านไร่อ้อย ตำบลบ้านเหล่า อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ 0.957 ปรับปรุงเครื่องมือให้เป็นฉบับสมบูรณ์ และนำไปดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านภูเงิน ตำบลแม่มปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการวิจัย การวัด การประเมินผล เพื่อกำหนดตารางเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ครู และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
3. แจกแบบสอบถามจำนวน 35 ฉบับ โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวม โดยใช้เวลาทำอย่างเพียงพอ ไม่

เร่งรัด และปราศจากภาวะกดดันจากครูหรือผู้วิจัย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และได้รับแบบสอบถามคืนทุกฉบับ โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนที่จะนำไปทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของเยาวชน ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยใช้ สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ผลการวิจัย (Results)

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2.ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 3.ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	18	51.43
หญิง	17	48.57
2. อายุ		
13 ปี	11	31.43
14 ปี	5	14.29
15 ปี	19	54.28
3. ระดับชั้นที่ศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	13	37.14
มัธยมศึกษาปีที่ 3	22	62.86
4. ประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับ PM2.5		
เคย	5	14.29
ไม่เคย	30	85.71
5. ผลกระทบทางสุขภาพจาก PM2.5 ที่เคยได้รับ		
เคย	4	11.43
ไม่เคย	31	88.57

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปี (ร้อยละ 54.28) ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 62.86) จากข้อคำถามปลายเปิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับ PM2.5 จาก ข่าว, อินเทอร์เน็ต, ครู และ แพทย์ (ร้อยละ 14.29) โดยกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับผลกระทบทางสุขภาพ

จาก PM2.5 ได้แก่ อาการจาม และโรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 11.43)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

(n=35)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรอบรู้
การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.29	0.52	ปานกลาง
การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.43	0.61	ปานกลาง
การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.99	0.64	ปานกลาง
การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ	2.58	0.72	ปานกลาง
ภาพรวม	2.82	0.62	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเยาวชน ประกอบด้วย 4 ด้านพบว่าเยาวชนมีระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.82$, S.D.=0.62) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=3.29$, S.D.=0.52) โดยจากแบบสอบถามส่วนใหญ่เยาวชนได้คะแนนสูงในข้อคำถาม “ฉันสามารถใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือดูข้อมูล

สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ในพื้นที่ที่ฉันอยู่ได้” และด้านที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุดคือ การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=2.43$, S.D.=0.61) โดยส่วนใหญ่เยาวชนได้คะแนนต่ำในข้อคำถาม “ฉันอธิบายความหมายของ ดัชนีคุณภาพอากาศ หรือ AQI ได้”

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
	1.21	0.70	ไม่ดี

จากตาราง 4 พบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของเยาวชนอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=1.21$, S.D.=0.70) โดยจากแบบสอบถามส่วนใหญ่เยาวชนได้คะแนนสูงในข้อคำถาม

“ฉันใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อติดตามเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5” และได้คะแนนต่ำในข้อคำถาม “ฉันแนะนำให้คนในชุมชน ใช้แอปพลิเคชันทางโทรศัพท์ หรือติดตามข่าวสาร PM2.5 ตามช่องทางต่างๆ”

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมในการป้องกัน PM2.5 ของเยาวชนในพื้นที่สูงที่ประสบปัญหาหมอกควันจากการเผาในที่โล่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนที่ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 35 คน มีจำนวนเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมการทดลองจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปี และศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จากข้อคำถามปลายเปิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับ PM2.5 หลายช่องทาง ทั้งจาก ชาว, อินเทอร์เน็ต, ครู และ แพทย์ ร้อยละ 14.29 โดยจากการสอบถามเพิ่มเติมระหว่างเก็บข้อมูล พบว่าการเข้าถึงข้อมูลหรือข้อมูลเกี่ยวกับ PM2.5 ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับนั้นเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวฝุ่น PM2.5 ในปัจจุบันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ปัญหาหมอกควันในภาพรวมของประเทศ ที่นำเสนอผ่านข่าวสารทางโทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการตรวจสอบข้อมูลที่รับว่ามีที่น่าเชื่อถือหรือถูกต้องหรือไม่ แสดงให้เห็นว่าบางครั้งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาอาจเป็นข้อมูลเท็จ ที่สร้างความเข้าใจผิดให้แก่เยาวชน สอดคล้องกับ อีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และคณะ²³ ที่กล่าวว่า ข้อมูลหรือสื่อด้านสุขภาพในปัจจุบันมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นทั้งจากแหล่งที่น่าเชื่อถือหรือกล่าวอ้างอย่างไม่มีที่มาที่ไป โดยมีการเผยแพร่ข้อมูลที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องได้ ซึ่งกลุ่มที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับ PM2.5 นั้น เป็นกลุ่มเดียวกับคนที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจาก PM2.5 ได้แก่ อาการจาม และโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 11.43 สะท้อนให้เห็นว่าผลกระทบทางสุขภาพจาก PM2.5 ที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับนั้น ส่งผลกระทบต่อความสนใจในการศึกษาหรือการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ PM2.5 เช่นเดียวกับ ธัญชนก ขุมทอง²⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยพบว่า การรับรู้อาการเตือนหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นประจำ เป็นสัญญาณเตือนให้ต้องใส่ใจสุขภาพของตนเอง ไปสอบถามหรือค้นหาข้อมูล ว่าตัวเองป่วยเป็นอะไรและควรปฏิบัติตัวอย่างไรให้ถูกต้อง จากแบบสอบถามด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่อนข้างต่ำ ในข้อคำถามที่เกี่ยวกับการอธิบายความหมาย สาเหตุ และผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 ได้ ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ใน

พื้นที่ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาหมอกควันรุนแรง ไม่ทราบว่าการหรือผลกระทบที่ตนเองได้รับนั้นมาจาก PM2.5 และจากการศึกษาของ ญาณิศา พึ่งเกตุ²⁵ พบว่าเยาวชนที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้เยาวชนไม่สามารถอธิบาย หรือรับรู้ผลกระทบที่ตนได้รับนั้นมาจากฝุ่นละอองขนาดเล็กหรือไม่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มัตติกา ยงอยู่²⁶ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลไม่มีโรคประจำตัวหรืออาการที่เป็นอยู่ไม่ได้ปรากฏอาการที่รุนแรงมากนัก บุคคลจึงขาดการเอาใจใส่และคิดว่าตนเองนั้นไม่มีโรคหรือได้รับผลกระทบทางสุขภาพ จึงสะท้อนให้เห็นว่าในเยาวชนบางรายอาจได้รับผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 จริง แต่เยาวชนยังขาดความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 หรือยังไม่ได้รับการยืนยันหรือวินิจฉัยจากแพทย์ ทำให้เยาวชนไม่สามารถระบุหรือยืนยันได้ว่าตนได้รับผลกระทบจริงหรือไม่

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเยาวชนโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าด้านที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุดคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=3.29$, S.D.=0.52) และด้านที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุดคือ ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=2.43$, S.D.=0.61) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเยาวชน ที่มีทักษะความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่หลายหลายรูปแบบ ทั้งจากเทคโนโลยี การใช้อินเทอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูล และเข้าถึงแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ประกอบกับข่าวสารที่แสดงผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ ทำให้เยาวชนสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ PM2.5 ได้ง่ายมากยิ่งขึ้น แต่ในบางประเด็นที่มีลักษณะข้อมูลที่มีความซับซ้อนทำให้เข้าใจยาก ทั้งจากข้อมูลภาษาต่างประเทศ ประเภทของก๊าซหรือฝุ่นละออง และมาตรฐานค่าคงที่ต่างๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราพรพรณ วังจันทร์ และบุศรา ชัยทัศน์²⁷ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเกิดภาวะน้ำหนักเกินของเยาวชนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากเยาวชนได้รับความรู้จากสื่อที่หลากหลายรูปแบบ แต่ในสภาพจริงการเข้าใจและเข้าถึงสาระสำคัญในความรอบรู้ด้านสุขภาพของเยาวชนมีความแตกต่างกันขึ้นกับตัวบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สังคม ความสามารถในการอ่าน การคิด ทักษะการ

สื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ยุพารณ์ ติรโพรงศ์ และคณะ²⁸ ที่ศึกษาความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของเยาวชนชั้นประถมศึกษาตอนปลายพบว่า เยาวชนมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนที่เริ่มมีความคิดเป็นของตนเองมีความสามารถในการคิดและอธิบายเหตุผลในสิ่งต่างๆมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการอ่านเอกสาร หรือทำความเข้าใจกับสื่อที่แนะนำด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของเยาวชน อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=1.21$, S.D.=0.70) โดยจากแบบสอบถามส่วนใหญ่เยาวชนได้คะแนนสูงในข้อคำถาม “ฉันใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อติดตามข่าวสารและป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5” และได้คะแนนต่ำในข้อคำถาม “ฉันแนะนำให้คนในชุมชน ใช้แอปพลิเคชันทางโทรศัพท์ หรือติดตามข่าวสาร PM2.5 ตามช่องทางต่าง ๆ” ซึ่งสอดคล้องกับผลของการวิจัยข้างต้นที่พบว่าเยาวชนมีคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุด และมีคะแนนด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าการที่เยาวชนได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แต่หากขาดความเข้าใจ เยาวชนจะไม่สามารถนำมาวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้อง ไม่สามารถอธิบายหรือแนะนำผู้อื่นได้ เป็นผลให้ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามไปด้วย อีกทั้งการมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ดีตามไปด้วยเสมอไป²⁹ ประกอบกับเยาวชนยังไม่รับรู้ถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงขาดความตระหนักทำให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองนั้นอยู่ในระดับที่ไม่ดี โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันตนเองนั้นเกี่ยวกับการสื่อสารหรือแนะนำบุคคลอื่นในชุมชน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของ Finn & O’Fallon³⁰ อธิบายไว้ว่า การใช้ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่ได้รับมาอธิบายความสามารถในการเชื่อมโยงระหว่างความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพของบุคคล สามารถวิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยมุ่งเน้นไปที่การป้องกันความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องโดยสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ก็จะนำมาซึ่งแนวทางหรือพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องตามไปด้วย ในทางกลับกัน หากไม่สามารถทำความเข้าใจหรือเชื่อมโยงข้อมูลได้ ก็จะนำมาสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมถึงขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครู และเยาวชนทุกท่านที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานวิจัยและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

การวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่สัญญา FF65-RIM141 จากกองทุนส่งเสริมงาน.

เอกสารอ้างอิง

- อินทร์ ฤทธิ สุขเกษม. การพยากรณ์ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคร. 27(1): 16-25, 2564.
- Ho RC, Zhang MW, Ho CS, Pan F, Lu Y and Sharma VK. Impact of 2013 south Asian haze crisis: study of physical and psychological symptoms and perceived dangerousness of pollution level. BMC Psychiatry. 14:81, 2014.
- กรมอนามัย. แนวทางลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) สำหรับสถานศึกษา. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2563.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. การป่วยด้วยโรคจากมลพิษทางอากาศ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [อ้างอิงเมื่อ 16 สิงหาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format2_pm25.php&cat_id=9c647c1f31ac73f4396c2cf987e7448a&id=e50e0212eaf67d19164ea9a3393a15ce
- กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็ก. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2558
- Roy A, Hu W, Wei F, Korn L, Chapman RS, Zhang J. Ambient particulate matter and lung function growth in Chinese children. Epidemiology. May; 23(3): 464-472, 2012

7. พงศ์เทพ วิวรรณะเดชและคณะ. คู่มือการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
8. อติยา ศรีนารัง และรังสรรค์ เกตุออด. การประเมินปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) ด้วยวิธีประมาณค่าเชิงพื้นที่ในบริเวณภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนานวัตกรรมเชิงพื้นที่. 1(2): 36, 2563.
9. อรรถเดช สนลอย และสัณฐาน ชยนิษฐ์. ปัญหาของชาวมังลาวในเขตพื้นที่ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 6(1): 55-56, 2563.
10. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี แม่ปืม. สภาพและข้อมูลทั่วไปตำบลแม่ปืม อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [อ้างอิงเมื่อ 16 สิงหาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://maepuem.blogspot.com/p/blog-page_3.html
11. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียงของประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2564.
12. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 2 ลำปาง. รายงานสถานการณ์หมอกควันและไฟป่าประจำปี 2562 พื้นที่จังหวัด ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน. ลำปาง: สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 2 กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2563.
13. Arden, C. Pope, III and Douglas W. Dockery. "Acute health effects of PM10 pollution on symptomatic and asymptomatic children." American Review of Respiratory Disease. 145, 5: 1123-1128, 1992.
14. Michael T. Kleinman. South Coast Air Quality Management District "The Health Effects of Air Pollution on Children", 2000.
15. Natalie C. G. Freeman. "Children's Risk Assessment". in Risk Assessment for Environmental Health, 2007.
16. อังคินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับ กองประเมินผลกระทบสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การจัดทำสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563.
17. อีรดา หลงศิริ. ระดับทักษะทางสติปัญญาด้านสิ่งแวดล้อมของนักเรียนที่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 11(1), 2814-2826, 2561
18. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). USA: Lawrence Erlbaum associates, 1988.
19. นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย และสุนิศา แสงจันทร์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อลดการรับสัมผัสมลพิษของแรงงาน ในเขตควบคุมมลพิษจังหวัดระยอง. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2561.
20. พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ. โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561.
21. Likert, R. "The Method of Constructing and Attitude Scale". In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement. 90-95, 1967.
22. Best, J. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall. 174, 1977.
23. อีรศักดิ์ศรีพิทักษ์, นิรชร ชูดีพัฒนา และอัสระ ทองสามสี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10, 2562.

24. ธิญชนก ชุมทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยศิลปากร. 3(6): 75, 2559.
25. ญานิศ พึ่งเกตุ. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยประยุกต์แนวคิดปรากฏการณ์เป็นฐานร่วมกับการเรียนรู้แบบผสมผสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563.
26. มัตติกา ยงอยู่. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 44(2), 2563.
27. วราพรรณ วงษ์จันทร์ และบุศรา ชัยทัศน์. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเกิดภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 22(3): 271, 2564.
28. ยุพาภรณ์ ตีรไพวงศ์, รัตติกร เหมือนนาตอน, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, วาสนา ขอนยาง และอรนิต นิคม. ความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 3(3): 89-90, 2563.
29. ยงยุทธ แก้วเต็ม, ณัฐฐรณ์ ปัญจพันธ์, วรางคณา สันเทพ, ไกรศร วงศ์ธิดา และประดิษฐ์ นิธิศรัย. ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็มชุมชนบ้านป่าเหียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 8(1): 41, 2565.
30. Finn, S., & O’Follon, L. The emergence of environmental health literacy – From its roots to its future potential. Environmental Health Perspectives, 125, 495-501, 2017

Received: 29 Jun 2022, Revised: 2 Oct 2022

Accepted: 6 Oct 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19

จังหวัดสุพรรณบุรี

พยงค์ ศรีเจริญ^{1*} วสันต์ ปิ่นวิเศษ² อเนก ล้อมวงษ์³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 87 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม และการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม และแนวคิดการพัฒนาแบบTPAR มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 47-63 ปี มีสถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2) การมีส่วนร่วม พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล มีส่วนร่วมระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพตามกลุ่มวัย การพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ และการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (3) ความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 พบว่า มีความพร้อมระดับน้อย โดยประเด็นความพร้อมน้อยที่สุด ได้แก่ การชะลอการระบาดของโรคโควิด 19 และไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ติดต่อกัน 14 วัน (4) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ และอายุ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การอธิบาย (R^2) เท่ากับร้อยละ 29.4

คำสำคัญ: ตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 การมีส่วนร่วม

^{1,2} วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

* Corresponding author: payongsri@gmail.com

*Original Article***Factors related to the readiness of the sub-district a new way of life safe from COVID-19 Suphanburi province**Payong Srijarern^{1*} Wasan Pinwiset² Anek Lomwong³**ABSTRACT**

The objective of this survey research was to study predictive factor of the readiness of the sub-district a new way of life safe from COVID-19 Suphanburi province. Of 87 peoples in Sub-District Quality of Life Development Committees selected of samples by cluster sampling and simple random sampling. The data were collected through the questionnaire developed by the researchers based on the Participation theory and TPAR development concept. The reliability of the questionnaire was 0.81. The data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression method.

The results revealed that (1) in terms of demographic characteristics found that Most of them were female. The ages were between 47-63 years. Marital status get married. Highest education were bachelor's degree. Work from the local government organization. (2) in terms of participation, it was found that Sub-District Quality of Life Development Committees' participation is moderate. Most of them participated in organizing health activities according to their age groups, developing the potential of the health team. and the preparation of sub-district health plans. (3) The readiness of the sub-district a new way of life safe from COVID-19, it was found that most of them have a low level of readiness. The least readiness issue was the slowdown of the COVID-19 outbreak and no new cases for 14 days in a row. (4) The stepwise multiple regression showed that participation in planning, development of health team potential, and age positively influenced the readiness of the sub-district a new way of life safe from COVID-19. with coefficient (R²) equal 29.4 % with statistical significance (p<.05).

Keyword : The Sub-District A New Way of Life Safe from COVID-19, participation

¹ Instructor, Sirinthorn College of Public Health Suphanburi

² Public Health Specialist

* Corresponding author: payongsri@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับสภาวะการณ์ภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน ภาคส่วนต่าง ๆ หันมาให้ความสำคัญอย่างจริงจัง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่สำคัญ คือ การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนบนฐานทุนเดิม โดยเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ นำประเด็นปัญหาสู่การปฏิบัติในพื้นที่ระดับตำบล สู่ระดับหมู่บ้าน และครัวเรือน โดยให้อิสระชุมชนในการคิดตัดสินใจ และลงมือทำ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน¹

การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและการดำรงชีวิตของประชาชนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาคสังคม และระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะทำให้ประชาชนมีความพร้อมที่จะเปิดพื้นที่ และใช้ชีวิตเป็นปกติสุขตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 ซึ่งเป็นมิติของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ตามแนวทางประชารัฐ²

การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ตามแนวทางประชารัฐ ใช้แนวคิดหลักคือ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพ ภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” เป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพภาคประชาชนในอำเภอให้มีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง โดยเน้นการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับตำบล ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เรียกโดยย่อว่า “พชต.” ประกอบด้วย ตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในตำบลนั้น ๆ^{2,3}

ตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล มีกระบวนการจัดการเฝ้าระวังป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย โดยการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนเพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ประชาชนสุขภาพดี สุขใจ ด้วยวิถีชีวิตใหม่ (New normal)⁵ ผลการประเมินตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2563 และ 2564 พบว่า ตำบลส่วนใหญ่ไม่มีการประเมินคิดเป็นร้อยละ 76.44 และ 50.46 ตามลำดับ สำหรับตำบลที่ประเมิน พบว่า มีความพร้อมระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 11.33 และ 21.47 ตามลำดับ รองลงมาคือ มีความพร้อมปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 9.32, 18.37 และ 2.89, 9.68 ตามลำดับ ผลการพัฒนาตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี ในปีงบประมาณ 2563 ไม่มีผลการประเมินตามเกณฑ์ตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 ทำให้ไม่ทราบระดับความพร้อมด้านการเปิดพื้นที่ให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อโควิด 19 ของแต่ละตำบลได้ อย่างไรก็ตาม ปีงบประมาณ 2564 ผลการประเมิน พบว่า ตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรีส่วนใหญ่ไม่ได้ประเมินตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 90.90 สำหรับตำบลที่ประเมิน พบว่า มีความพร้อมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.63 รองลงมา คือ มีความพร้อมมาก และน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.72, และ 2.72 ตามลำดับ ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรให้บทบาทแก่ภาคชุมชนมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนป้องกันการระบาดของโรค³

จากการศึกษาความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา จะเห็นได้ว่า ความพร้อมของการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ เกิดจากการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแบบTPAR และแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม เป็นทฤษฎีหลักของการวิจัย ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพตามกลุ่มวัย และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน ผลการศึกษาวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาตำบล

ชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี **สมมติฐานการวิจัย** คุณลักษณะส่วนบุคคล และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สามารถทำนายความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ของจังหวัดสุพรรณบุรีทั้งสิ้น 110 ตำบล ๆ ละ 1 คน รวม 110 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณได้จากตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ของจังหวัดสุพรรณบุรีทั้งสิ้น 110 ตำบล ๆ ละ 1 คน รวม 110 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เพื่อคัดเลือกตัวแทนกลุ่มอาชีพ/สังกัด ให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละกลุ่มอาชีพ/สังกัด เพื่อให้ได้จำนวนตามสัดส่วนคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 87 คน⁷

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามจำนวน 1 ชุดประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตัวแทนกลุ่มอาชีพ/สังกัด และตำแหน่งในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ประยุกต์จากเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตาม

แนวคิดทฤษฎีของ ลิเคอร์ท⁸ ชนิด 5 ระดับ ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม และแนวคิดการพัฒนาแบบ TPAR ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล 3) การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพตามกลุ่มวัย 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน การแปรผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ตามแนวคิดการแจกแจงความถี่ของข้อมูล ของเบสท์⁹ ส่วนที่ 3 ความพร้อมของตำบลชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้ในการประเมินตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จำนวน 19 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มีให้คะแนน 1 ถึง 4 คะแนน ตามเงื่อนไขของแต่ละข้อ และไม่มีให้คะแนน 0 คะแนน โดยส่วนที่ 3 มีคะแนนรวม 30 คะแนน แบ่งความพร้อมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความถูกต้องของการวัด และเกณฑ์การให้คะแนน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม เมื่อได้ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อดูความเหมาะสมของแบบสอบถาม สำหรับแบบสอบถามใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราช (Conbrach's Alfa Coefficient) แบบสอบถามงานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

2. จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และสำเนาถึงเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลทุกแห่ง

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดต่าง ๆ แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

4. จัดเตรียม Google Form จัดส่งให้เลขานุการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ดำเนินการส่งลิงค์เข้ากลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยดำเนินการลงพื้นที่ โดยการนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง (self-administered questionnaire) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกตอบแบบสอบถามออนไลน์ (online)

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อเตรียมการบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การประมวลผล วิเคราะห์รายละเอียดของข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage Distribution) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) นำมาใช้ในการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และความพร้อมของตำบลชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19

3. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

3.1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) เพื่อศึกษาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ซึ่งเป็นเหตุผลทางสถิติบอกให้ทราบว่าตัวแปรอิสระสามารถอธิบายตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด และสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัว ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงน้ำหนักความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระแต่ละตัว (Linearity) และค่าความคาด

เคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์มีความแปรปรวนคงที่ (Homogeneity of Variance)

3.2 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติให้ศึกษา และเก็บตัวอย่างวิจัยในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมตามเอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-A2563/01-16 วันที่รับรอง 5 พฤษภาคม ๒๕๖๔

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบประเด็นดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.50 ส่วนใหญ่มีอายุ 47-63 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.02 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.00 อายุต่ำสุด 30 ปี และอายุสูงสุด 79 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.80 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 51.70 ส่วนใหญ่เป็นตัวแทนกลุ่มอาชีพสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 24.10 รองลงมา คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้อำนวยการโรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ประกอบกิจการในพื้นที่ และตัวแทนกลุ่มประชาชน คิดเป็นร้อยละ 19.50, 13.80, 12.60, 10.30, 10.30 และ 9.20 ตามลำดับ ดำรงตำแหน่งกรรมการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.00 รองลงมาคือ ประธานเลขานุการ และรองประธาน คิดเป็นร้อยละ 24.10, 16.10 และ 13.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n= 87)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	42.50
หญิง	50	57.50
อายุ		
30-46 ปี	32	36.78
47-63 ปี	47	54.02
64-79 ปี	8	9.20
($\bar{X}$ = 49.64 ปี, S.D. = 10.00 ปี, Min = 30 ปี, Max = 79 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	14	16.10
สมรส	59	67.80
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	14	16.10
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	28	32.20
ปริญญาตรี	45	51.70
ปริญญาโท	14	16.10
ตัวแทนกลุ่มอาชีพ/สังกัด		
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	21	24.10
กำนัน	12	13.80
ผู้อำนวยการโรงเรียน	11	12.60
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	17	19.50
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	9	10.30
ประชาชน	8	9.20
ผู้ประกอบการกิจการในพื้นที่	9	10.30
ตำแหน่งในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล		
ประธาน	21	24.10
รองประธาน	12	13.80
เลขานุการ	14	16.10
กรรมการ	40	46.00

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.50 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ

ละ 37.90 และ 4.60 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.98 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.09 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 35.00 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 75.00 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (n = 87)

การมีส่วนร่วมของ พชต.	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (58.68 – 80 คะแนน)	33	37.90
ระดับปานกลาง (37.34 – 58.67 คะแนน)	50	57.50
ระดับน้อย (16 – 37.33 คะแนน)	4	4.60
$\bar{X}$ = 58.98 คะแนน, S.D. = 9.09 คะแนน, Min = 35.00 คะแนน, Max = 75.00 คะแนน		
รวม	87	100

ส่วนที่ 3 ความพร้อมของตำบลชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพร้อมของตำบลชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.70 รองลงมาคือ

ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.97 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.61 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 26 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพร้อมของตำบลชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 (n = 87)

ความพร้อมของตำบลชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (22 - 26 คะแนน)	29	33.30
ระดับน้อย (1 - 23 คะแนน)	58	66.70
$\bar{X}$ = 21.97 คะแนน, S.D. = 2.61 คะแนน, Min = 15 คะแนน, Max = 26 คะแนน		
รวม	87	100

ส่วนที่ 4 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย : คุณลักษณะส่วนบุคคลและการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สามารถรวมทำนายความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (X) ที่มีต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี (Y) ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้พบว่า มีตัวแปรจำนวน 3 ตัว ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ และ 3) อายุ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้ สามารถอธิบายการผันแปรของความพร้อมของตำบลวิถี

ชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 ได้ร้อยละ 29.4 ($R^2 = 0.294$) โดยสามารถนำมาเขียนสมการถดถอยพหุ ที่อธิบายความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ดังนี้

$$Y = .912 + .119 (\text{การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล}) + .096 (\text{การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ}) + .003 (\text{อายุ})$$
 กล่าวคือ เมื่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ระดับความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จะเพิ่มขึ้น .119 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ในขณะที่ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 คะแนน และอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพิ่มขึ้น 1 ปี ระดับความพร้อม

ของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จะเพิ่มขึ้น 0.096 และ 0.003 คะแนน ตามลำดับ เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล และมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลกับความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 87)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	R ² change	B	Beta	T	p-value
- การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล				.119	.554	2.716	0.008*
- การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ	.543	.294	.241	.096	.419	2.485	0.015*
- อายุ				.003	.206	2.043	0.044*
ค่าคงที่ (constant)				.912		8.024	0.0001**

F = 5.562

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่า 1) การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล ได้แก่ การจัดการการเฝ้าระวัง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 จะส่งผลให้ระดับความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลอยู่ในระดับปานกลาง และความพร้อมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.70 หากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ที่ประกอบด้วย ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน หรือองค์กรอื่นๆ มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลในระดับมาก จะส่งผลให้ตำบลมีความพร้อมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี เปรมสิงห์ และคณะ¹¹ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอนิคมน้ำอ้อม จังหวัดมุกดาหาร ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยว่า สมาชิกในชุมชน ควรตระหนัก และเข้ามามีส่วนร่วมในการ

วางแผน และขูลิลักษณะ หนูเสน¹⁰ ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยว่า การจัดระบบวางแผนที่ดี และสร้างการมีส่วนร่วมในทุกด้าน จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ โดยการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาทีมร่วมกัน กำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนให้ชัดเจน และการพัฒนาความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นักจัดการสุขภาพชุมชน ในเรื่องการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ จะส่งผลให้ระดับความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่า การกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาทีมร่วมกัน และกำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนให้ชัดเจนอยู่ในระดับปานกลาง ควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพให้อยู่ในระดับมาก จะส่งผลให้ตำบลมีความพร้อมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ชิดนัย และคณะ⁴ ศึกษาการพัฒนาศักยภาพแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพใน

ระบบบริการระดับปฐมภูมิและการทำงานเชิงรุกแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาวิจัย พบว่า การพัฒนาทีมแกนนำสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ชุมชนจัดหาทีมงาน พัฒนาศักยภาพทีมแกนนำโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการทางสังคมและพัฒนาทักษะการมีส่วนร่วมที่จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินการเพื่อลดปัญหาโดยอาศัยศักยภาพของชุมชน การจัดการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ต้องการการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพในมิติด้านสังคม จะช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนสุขภาพในชุมชน ช่วยแก้ปัญหาและค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร¹² ศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือการจัดการแบบมีส่วนร่วมเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การทำงานแบบเครือข่ายเพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนในพื้นที่ เพื่อผลลัพธ์คือประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี 3) **อายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)** มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า อายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ส่งผลเชิงบวกต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 ในระดับต่ำ ($B=.003$) ทั้งนี้เนื่องจาก อายุที่มากขึ้นแสดงถึงวุฒิภาวะในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สรชัย หล้าสาคร⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ จังหวัดสมุทรสาคร ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยจูงใจ สามารถร่วมกันทำนายการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพได้ร้อยละ 24.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ และอายุ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 29.4 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ โดยการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาทีมร่วมกัน และกำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนให้ชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ อีกทั้งดำเนินการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล ด้วยการระดมทรัพยากร ทุน และภูมิปัญญาท้องถิ่น จากภายในและภายนอกชุมชน มาใช้สนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาด้วยกระบวนการของชุมชน และมีการสื่อสารแผนงานโครงการแก่ผู้เกี่ยวข้องให้รับรู้ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และควรคัดเลือกบุคคลที่มีวุฒิภาวะให้ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพราะจะส่งผลต่อการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19 ในระดับที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

คณะผู้วิจัยขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1) ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อยืนยันความชัดเจนของผลการศึกษาว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพลอื่นอีก เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนส่งเสริมความพร้อมของตำบล ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2) ควรศึกษาแบบเชิงลึก โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อนำข้อมูลผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการ, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือตำบลชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19. นนทบุรี: ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์; 2563.
2. กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย : ระบบสุขภาพของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์; 2558.
3. ชีระพงษ์ ทศวัฒน์, ปิยะกมล มหิวรรณ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกัน การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19). วารสารมหาจุฬานาครทรรค์ 2563;9:40-55.
4. ศศิธร ชิดนาย, ผาสุข แก้วเจริญตา, อดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์, อนุญา คูอาริยะกุล. การพัฒนาศักยภาพแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการระดับปฐมภูมิและการทำงานเชิงรุกแบบมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2559;2:18-25.
5. อมร นนทสุต. สหสวรรษใหม่กับความท้าทายใหม่ๆ ของนักสาธารณสุข. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
6. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs,: Prentice Hall, Inc, New Jersey; 1977.
7. Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis.3rdEd. New York.Harper and Row Publications. *The Lexicon Webster Dictionary*. New York : The English Language Institute of America; 1973.
8. Likert, Rensis. The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbeic, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
9. Lumsacorn, S. Factors related to the implementation of the health management sub-district In Samutsakhon Province. HUA HIN Medical Journal 2019;1:25-31.
10. Nusen, C. Quality Improvement of District Health Management Using Benchmarking At the Khonkaen Local Sub-District Administrative Organization, Maueng District, Roi-Et Province. Journal of the office of DPC7 khon kean 2015;2: 85-90.
11. Premsing, W., Wongkongdech. W,R. The operating development of sub-district health management by community participation: Nong Wang Sub-district, Nikhom Kham Soi District, Mukdahan Province. UBRU Journal for Public Health Research 2019;2:28-40.
12. Wanaratwicheit, C. District Quality Development Committee: Challenges and Development. Bromarajonani Collage of Nursing Uttaradit Journal 2021;2:15-23.

Received: 16 Jul 2022, Revised: 10 Sep 2022

Accepted: 11 Oct 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้น ป.4 – 6 ในโรงเรียนบ้านเหล่าติ้วตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

เพ็ญภา ปากดี¹ วรพจน์ พรหมสัถยพรต² สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์³

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา ความรู้ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะทันตสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าติ้ว ตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามและบันทึกการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ สถิติที่ใช้คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 57.8 อายุ 11 ปี ร้อยละ 39.1 กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 44.4 ผู้ดูแลเด็กนักเรียน คือ พ่อหรือแม่ ร้อยละ 46.7 การศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.8 ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 57.8 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.1 รองลงมาความรู้ในระดับดี ร้อยละ 20.0 เป็นความรู้เรื่องฟันและเหงือก ร้อยละ 88.9 เป็นความรู้เรื่องโรคในช่องปาก ร้อยละ 93.3 และความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปาก ร้อยละ 91.1 การปฏิบัติด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.0 ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน พบว่า นักเรียนมีหินปูนมากที่สุด ร้อยละ 60.0 การผุของฟันแท้ ร้อยละ 57.8 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 57.8 และฟันที่ถลอก ร้อยละ 57.8

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่านักเรียนยังมีความรู้ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง มีสภาวะทันตสุขภาพที่เป็นปัญหาดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ คือ ให้ทันตสุขภาพตามโรงเรียนโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพในนักเรียนอย่างต่อเนื่องคือ ให้มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และไม่มีขายขนมและน้ำอัดลมในเขตโรงเรียน มีการรักษาทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่องสำหรับนักเรียนที่มีปัญหาทันตสุขภาพ โดยสรุป กระบวนการพัฒนาระบบบริการครั้งนี้ เป็นผลสำเร็จจากการปรับการพัฒนากระบวนการ การดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าติ้ว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เน้นกระบวนการกิจกรรมที่ครบวงจรทั้งระบบ เน้นการทำงานแบบเชื่อมโยงมีส่วนร่วมทั้งกับชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีกลไกการสนับสนุนที่ดีของหน่วยบริการและทีมผู้ดูแลทั้งในและนอกสถานบริการ

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพช่องปาก, นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6, การพัฒนากระบวนการ

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding author: pennapa.pak@alumni.msu.ac.th

Original Article

Oral health care process development students in Grades 4-6 at
Ban Lao Tio School Bo Phan Khan Subdistrict Suwannaphum
District Roi Et Province

Pennapa Pakdee¹ Vorapoj Promasatayaprot² Surasuk Thiabrithi³

ABSTRACT

The objectives of this study were to study the knowledge, behaviors in oral health care and dental health of Prathomsuksa 4-6 students at Ban Lao Tew school. Bo Phan Khan Subdistrict Suwannaphum in, Roi Et Province 45 people. The tools used in the study were questionnaire and record of dental health examination The statistics used Frequency, Distribution, Percentage, Mean, Standard Deviation, Minimum, Maximum Value .

The results of the study found that 57.8% female, 11 years old, 39.1% studying in primary school, 44.4% caring for students, 46.7% father or mother. Primary school, 57.8% of them engaged in agriculture the most, 57.8% had moderate knowledge, 71.1 percent, followed by good knowledge, 20.0% was knowledge of teeth and gums, 88.9% was knowledge of diseases in oral 93.3% and knowledge of oral health care 91.1% Dental health practice was at moderate level, 52.2%, followed by good level, 42.0%. The results of the dental health survey of students found that the students had tartar the most at 60.0%, decay of permanent teeth, 57.8%, gingivitis, 100. 57.8 per cent and extracted permanent teeth 57.8%

The results of this study show that students still have knowledge. and improper practice have a problematic dental health condition Therefore, those involved should have activities to promote knowledge, namely, dental health education in schools by public health personnel and dental health practice among students continuously. to have an activity to brush teeth after lunch and there are no snacks and soft drinks in the school district. On dental treatments are available for students with dental health problems. In summary, this service system development process This was achieved through the adjustment of process development. Oral health care for grade 4-6 students at Ban Lao Tio School in Bo Phan Khan Subdistrict Suwannaphum Roi Et Province Emphasis on the process of activities that are integrated throughout the system. Emphasis is placed on working in connection with the community and local networks. There is a good support mechanism of service units and care team both inside and outside the service facility.

Keywords: oral health care, grade 4-6 students, process development

¹ Master student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, MahaSarakhm University

² Associate Professor., Faculty of Public Health, MahaSarakhm University

³ Lecturer Faculty of Public Health, MahaSarakhm University

Corresponding author: pennapa.pak@alumni.msu.ac.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาระต่อค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ และถือเป็นภาระสำคัญต่อภาพรวมของระบบทันตสุขภาพ คือ โรคฟันผุและการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควรซึ่งการจัดการปัญหาและวางแผนเพื่อการควบคุมโรคดังกล่าวจะต้องได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมและไวต่อการเปลี่ยนแปลงการจัดการเพื่อเกิดระบบการเฝ้าระวังโรคตลอดจนปัจจัยสำคัญด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเป็นกลวิธีที่สำคัญและอาจกล่าวได้ว่าเป็นกลวิธีที่เป็นแกนกลางในการได้ข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยปกติแล้วฟันแท้เริ่มขึ้นในช่องปากเมื่ออายุประมาณ 6 ปีซึ่งเด็กส่วนใหญ่จะเข้าเรียนในชั้นประถมปีที่ 1 ฟัน 2 ซี่แรกที่ขึ้นในปาก คือฟันตัดแท้ซี่ที่ 1 และฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และทยอยขึ้นจนครบ 28 ซี่เมื่อเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นวัยที่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมปลายสภาวะช่องปากของเด็กกลุ่มอายุนี้นี้จึงสามารถใช้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียน และช่วงวัยนี้ยังเป็นวัยเริ่มต้นของการเป็นเยาวชนซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะต่างๆ ทั้งด้านกายภาพและสังคมกลุ่มอายุนี้นี้จึงถูกใช้เป็นตัวแทนของอายุที่เป็นสากลเพื่อการเปรียบเทียบข้อมูลของประเทศต่างๆ พร้อมกันได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดสำคัญในการติดตามพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มเด็ก ซึ่งพบว่า เด็กวัยเรียนจะได้รับน้ำตาลส่วนเกินมาจาก น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบเป็นหลัก ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดหลักในการเฝ้าระวังพฤติกรรมของเด็กได้ และมีผลอย่างยิ่งต่อการดูแล สุขภาพช่องปาก แม้ว่า การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังของงานทันตสาธารณสุขจะสามารถกำหนดตัวชี้วัดหลัก (core information) ได้ก็ตาม หากแต่ยังคงมีความจำเป็นต้องพัฒนาตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมที่สำคัญเพิ่มเติม เช่น การแปรงฟันก่อนนอน การดื่มนมของเด็ก เป็นต้น

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ได้ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพโรคในช่องปากในกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ที่ผ่านมามีพบว่าสถานการณ์เกิดโรคฟันผุในฟันถาวรของเด็กอายุ 12 ปี มีค่าใกล้เคียงกับการสำรวจในครั้งที่ผ่านๆ มา แต่เมื่อแยกดูรายภาค กลับพบว่าในส่วน ของ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า เด็กอายุ 12 ปี ความชุกการเกิดโรคฟันผุมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยในปี 2559 ความชุก

การเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 56.9 เพิ่มขึ้นในปี 2561 เป็นร้อยละ 61.13 จังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2563 พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ความชุกการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 56.9 และเหงือกอักเสบ ร้อยละ 69.7 พบว่าในส่วนของกลุ่มงานทันตสาธารณสุขบริเวณเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปลือยน้อย ตำบลบ่อพันขัน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดร้อยเอ็ด จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของตำบลบ่อพันขันในปี 2563 พบว่านักเรียนมีปัญหาฟันแท้ผุ โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ร้อยละ 41.9 และเหงือกอักเสบ มีหินปูน ร้อยละ 53.5 มีอัตราโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบ เพิ่มขึ้นและถือว่าเป็นปัญหาทางทันตสาธารณสุข ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นป. 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ตำบลบ่อพันขัน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดร้อยเอ็ด กิจกรรมประกอบด้วยในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันโรคฟันผุแก่นักเรียน และการส่งเสริมให้ผู้ปกครอง ครู เพื่อนนักเรียน ร่วมสนับสนุนให้นักเรียนสามารถดูแลสุขภาพช่องปากในการป้องกันโรคฟันผุ เพื่อส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ความสามารถและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ตำบลบ่อพันขัน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ตำบลบ่อพันขัน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยนักเรียนของโรงเรียนบ้านเหล่าตัว จำนวนนักเรียนทั้งหมด 45 คน เป็นนักเรียนชั้น ป.4 ,ป.5 และ ป.6 ที่สนใจเข้าร่วมโครงการโดยวิธีเจาะจงอย่างง่าย (simple purposive sampling)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนไว้ 4 ระยะ ดังนี้

(1) ขั้นเตรียมการ (Plan)

การศึกษาข้อมูล ลงพื้นที่ศึกษาบริบทและประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหา อุปสรรค และ

แนวทางการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีการดำเนินการดูแลสุขภาพในช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการที่ดำเนินการแต่งตั้งขึ้น

(2) ขั้นปฏิบัติการ (Action)

ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการร่วมวางแผนของผู้ร่วมวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า 1. มีผู้จัดระบบการดูแลสุขภาพในช่องปาก เด็กนักเรียนจะดูแลสุขภาพช่องปากตากเมื่ออยู่โรงเรียน 2. ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

(3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe)

การติดตามและประเมินผลตามแผนการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จากการสังเกตการ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบบันทึก จำนวน 45 คน

(4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

การศึกษาในขั้นตอนการสะท้อนผล และการรายงานผล หลังจากการดำเนินการตามการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า 1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่สำคัญ คือ การได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานจากทั้งภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน มีดังนี้

1. ภาควิชาการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปือยน้อย ส่งบุคลากรทุกสัปดาห์ และ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วม

อบรมเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพในช่องปากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ส่งผลให้มีการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านทันตสาธารณสุข มีความเหมาะสม สามารถดูแลนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ได้อย่างครอบคลุม

2. ภาคท้องถิ่นโดยองค์การบริหารส่วนตำบลบ่อพันขัน จัดตั้งคณะกรรมการ และประชุมคณะกรรมการ จัดตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ภาคประชาชน ทั้งคุณครู ผู้ปกครอง และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เห็นความสำคัญร่วมกันเฝ้าติดตามสุขภาพในช่องปากที่บ้าน เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดูแลสุขภาพในช่องปากเบื้องต้น ทำให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพในช่องปากที่บ้านมากขึ้น มีความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน เป็นอย่างมาก

4. จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ที่ได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีการดำเนินการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีความต่อเนื่องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพมีจำนวนทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อวัดระดับการรับรู้เกี่ยวกับการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษาเป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ตอน มีดังนี้

1) แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเพื่อทราบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นปัจจัยชี้วัดสังคมของผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ สอบถามในเรื่องเกี่ยวกับ เพศ ระดับชั้นเรียน ผู้ปกครองที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วยกัน ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองเด็ก/ผู้ปกครอง อาชีพของผู้ดูแลเด็ก/ผู้ปกครอง จำนวน 6 ข้อ

2) แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพนักเรียน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก คะแนนเท่ากับ 1 ถูก ตอบผิด คะแนน เท่ากับ 0 จำนวน 14 ข้อ

3) แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียน เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ประยุกต์มาจากแนวทางการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแบบสอบถามแบบ 3 ตัวเลือก ถูกผิดค่าตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว แต่ละข้อมีคะแนนเท่ากับ 1 สำหรับข้อถูกและ 0 สำหรับข้อผิด คะแนน จำนวน 6 ข้อ

4) แบบตรวจสภาวะในช่องปาก เป็นการตรวจที่ใช้วัดสภาวะสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบตรวจการให้คะแนนของเกณฑ์การให้คะแนนของดัชนีคราบอ่อน (Debris index: DI) 0 = ไม่มีคราบอ่อนบนตัวฟันหรือคราบสีบนด้านฟัน 1 = มีคราบอ่อนบนตัวฟัน คลุมพื้นผิวฟันนับจากขอบเหงือกขึ้นมา ไม่เกิน 1/3 ของความยาวด้านฟัน หรือมีคราบสีบนตัวฟัน โดยไม่จำกัดขอบเขตของผิวฟันที่ติดสี จำนวน 4 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกต (Observation)
2. การสัมภาษณ์ (Interview)
3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)
4. แบบสอบถาม (Questionnaire)

ตาราง 1 คุณลักษณะประชากรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ปีการศึกษา 2564 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ตำบลบ่อพันขัน อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 45)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	42.2
หญิง	26	57.8
ระดับชั้น		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	14	28.8
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	19	44.4
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	12	26.7
ผู้ดูแลเด็ก/ผู้ปกครองที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย		

การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient) มาวิเคราะห์ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงแก่ผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเองโดยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย หรือการปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่รับรอง: 222-200/2564) จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลจากการศึกษากลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาพบว่า มีลักษณะทางประชากรดังนี้

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พ่อ/แม่	21	46.7
ปู่ ย่า / ตา ยาย	18	40.0
ญาติพี่น้อง	6	13.3
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลเด็ก/ผู้ปกครอง		
ระดับประถมศึกษา	33	57.8
ระดับมัธยมศึกษา	14	31.1
ระดับปริญญาตรี	5	11.1
อาชีพของผู้ดูแลเด็ก/ผู้ปกครอง		
เกษตรกรรวม	26	57.8
ค้าขาย / รับจ้าง	14	31.1
รับราชการ	5	11.1

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียน

ผลการศึกษา พบว่า ข้อคำถามความรู้เรื่องฟันและเหงือกของนักเรียนตอบถูกมากที่สุด 2 อันดับแรกคือ อันดับที่ 1 คือ ฟันคนเรามีทั้งหมด 2 ชุด ร้อยละ 88.9 และอันดับที่ 2 คือ ฟันแท้มีทั้งหมด 32 ซี่ ฟันน้ำนมมีทั้งหมด 20 ซี่ ร้อยละ 82.20 จำนวนข้อคำถามความรู้เรื่องโรคในช่องปากที่นักเรียนตอบถูกมากที่สุด 2 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ โรคฟันผุเกิดจากแผ่นคราบ

จุลินทรีย์ ร้อยละ 93.30 และอันดับที่ 2 โรคฟันผุมีลักษณะเป็นรูสีดำเห็นชัดเจน ร้อยละ 73.30 และจำนวนข้อคำถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปาก ที่นักเรียนตอบถูกมากที่สุด 2 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ อาหารที่มีคุณสมบัติในการขัดฟันคือผักและผลไม้ ร้อยละ 91.10 และอันดับที่ 2 คือ การแปรงฟันเป็นวิธีทำความสะอาดที่ดีที่สุด ร้อยละ 88.90 ตามลำดับดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละแสดงความรู้ด้านทันตสุขภาพ จำแนกข้อ (n = 45)

ความรู้ด้านทันตสุขภาพ	ตอบถูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เรื่องฟันและเหงือก		
1. ฟันคนเรามีทั้งหมด 2 ชุด	40	88.9
2. ฟันแท้มีทั้งหมด 32 ซี่ ฟันน้ำนมมีทั้งหมด 20 ซี่	37	82.2
3. ฟันน้ำนมมีทั้งหมด 20 ซี่	34	75.6
4. ฟันกรามมีหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร	34	75.6
ความรู้เรื่องโรคในช่องปาก		
1. โรคฟันผุเกิดจากแผ่นคราบจุลินทรีย์	42	93.3
2. โรคฟันผุมีลักษณะเป็นรูสีดำเห็นชัดเจน	33	73.3
3. เหงือกอักเสบจะมีลักษณะบวมแดง มีเลือดออกและปวดเป็นบางครั้ง	30	66.7
ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปาก		
1. อาหารที่มีคุณสมบัติในการขัดฟันคือผักและผลไม้	41	91.1
2. การแปรงฟันเป็นวิธีทำความสะอาดที่ดีที่สุด	40	88.9
3. ไหมขัดฟันช่วยทำความสะอาดบริเวณด้านประชิด	40	88.9
4. เราควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน	39	87.9
5. แปรงสีฟันที่ดีควรมีคุณสมบัติปลายขนแปรงมนกลมขนาดพอเหมาะกับช่องปาก	32	71.1

ความรู้ด้านทันตสุขภาพ	ตอบถูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. นักเรียนควรแปรงฟันอย่างถูกวิธี	30	66.7
7. สารฟลูออไรด์มีอยู่ในยาสีฟันมีประโยชน์ช่วยป้องกันฟันผุ	29	64.4

ระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพนักเรียน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัวส่วนใหญ่

มีระดับความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ ความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ และความรอบรู้ระดับดี ร้อยละ ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของนักเรียนจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับ ทันตสุขภาพ (n = 45)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี (12 – 14 คะแนน)	9	20.0
ปานกลาง (7 – 11 คะแนน)	32	71.1
ต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)	4	8.9
Mean = 9.93 SD = 2.20 Max. = 13 Min. = 3		

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียน

จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียนที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ คือ หลังแปรงฟันนักเรียนได้แปรงลิ้นด้วยทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.4. รองลงมา คือ นักเรียนแปรงฟันแต่ละครั้งอย่างน้อย 2 นาที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.1 และรองลงมา คือ นักเรียนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.9 และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับทันต

สุขภาพของนักเรียนที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับคือ เวลาปวดฟันนักเรียนจะซื้อยามากินเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.0 รองลงมา คือนักเรียนไปพบหมอฟันทุก 6 เดือนเพื่อตรวจฟันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.2 และรองลงมา คือ 2 นักเรียนรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.9 ตามรายละเอียดตาราง

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการปฏิบัติ จำแนกตามรายชื่อ (n= 45)

ข้อความ	การปฏิบัติ			Mean	SD	แปลผล
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. นักเรียนแปรงฟันแต่ละครั้งอย่างน้อย 2 นาที	23 (51.1)	18 (40.0)	4 (8.9)	4.56	0.9	ดี
2. นักเรียนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน	22 (48.9)	22 (48.9)	1 (2.2)	3.93	1.0	ดี
3. นักเรียนแปรงฟันแบบขยับปิด	22 (48.9)	17 (37.8)	6 (13.3)	4.2	1.1	ปานกลาง
4. นักเรียนไปพบหมอฟันทุกครั้งเวลาปวดฟัน	22 (48.9)	15 (33.3)	8 (17.7)	3.89	1.1	ปานกลาง

ข้อความ	การปฏิบัติ			Mean	SD	แปลผล
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
5. หลังแปรงฟันก่อนนอนนักเรียนรับประทานอาหารอีกโดยไม่แปรงฟันก่อนเข้านอน*	23 (51.2)	11 (24.4)	11 (24.4)	3.36	1.1	ปานกลาง
6. นักเรียนไปพบหมอฟันทุก 6 เดือนเพื่อตรวจฟัน	10 (22.2)	28 (62.2)	7 (15.5)	3.22	1.1	ปานกลาง
7. นักเรียนชอบดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลม*	7 (15.6)	20 (44.4)	18 (40.0)	2.29	1.2	ปานกลาง
8. นักเรียนแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน	18 (40.0)	21 (46.7)	6 (13.3)	3.98	1.3	ปานกลาง
9. นักเรียนรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	13 (28.9)	22 (48.9)	10 (22.2)	3.93	1.3	ปานกลาง
10. นักเรียนใช้ไหมขัดฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง	20 (44.4)	15 (33.3)	10 (22.2)	3.67	1.3	ปานกลาง
11. เวลาปวดฟันนักเรียนจะซื้อยามากินเอง*	13 (28.9)	23 (51.1)	9 (20.0)	3.29	1.3	ปานกลาง
12. นักเรียนชอบลูกอมและขนมที่มีรสหวาน*	10 (22.2)	19 (42.2)	16 (35.6)	2.42	1.3	ปานกลาง
14. หลังแปรงฟันนักเรียนได้แปรงลิ้นด้วยทุกครั้ง	29 (64.4)	11 (24.4)	5 (11.1)	4.07	1.4	ปานกลาง

หมายเหตุ * หมายถึงข้อการปฏิบัติเชิงลบ

ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพของนักเรียน

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในภาพรวมกลุ่มประชากรมีการปฏิบัติด้าน

ทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.0 ดังรายละเอียดตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละแสดงระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ในภาพรวม

ระดับปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (ช่วงคะแนน 27.4 – 36.0 คะแนน)	2	4.4
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 18.7 – 27.3 คะแนน)	24	53.3
ปรับปรุง (ช่วงคะแนน 10.1 – 18.6 คะแนน)	19	42.3
Mean = 19.6 SD = 5.7 Max. = 29 Min. = 10		

ส่วนที่ 4 สภาวะทางทันตสุขภาพของนักเรียน

จากผลการตรวจสภาวะของเด็กนักเรียนพบว่า เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีหินปูนมากที่สุด ร้อยละ

60.0 การผุของฟันแท้ ร้อยละ 57.8 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 57.8 และฟันแท้ที่ถอนร้อยละ 57.8 ดังรายละเอียดในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละ สภาวะทันตสุขภาพ (แต่ละคนสามารถเป็นปัญหาสภาวะทันตสุขภาพได้มากกว่า 1 ข้อ)

สภาวะทันตสุขภาพ	มี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. หินปูน	27	60.0
2. เหงือกอักเสบ	26	57.8
3. การผุของฟันแท้	26	57.8
4. ฟันแท้ที่ถอน	26	57.8

อภิปรายผล

จากการศึกษา การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) ตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของเคมิส และแมคแท็กการท Kemmis and Mc Taggart อภิปรายผลศึกษาวิจัย ดังนี้ ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านการบริหารจัดการระดับมาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบริหารจัดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการสอดคล้องกับงานวิจัยของ วีรยุทธ พลท้าว และพรรณี บุญชรหัตถกิจ ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อประสมช่วยสอน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุโรคเหงือกในนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า การใช้สื่อประสมทำให้ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ Lai, H. et al. เรื่องโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากระยะยาวสำหรับนักเรียน ผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีสุขภาพฟันที่ดีในระยะยาวและมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีสุขนิสัยที่ดี ลดคราบอ่อนที่ฟัน ไม่เป็นโรคในช่องปาก นอกจากนี้กิจกรรมการรับรู้ความเสี่ยงเป็นกิจกรรมที่อาจให้ข้อมูลกับนักเรียนเกิดประสบการณ์ที่ตรงปัญหาสุขภาพของนักเรียนปัจจุบัน ซึ่งนักเรียนวัยประถมศึกษา มักจะพบการขึ้นของฟันแท้ และการโยกของฟันน้ำนม และอาจจะพบฟันผุของฟัน

น้ำนมก็จะส่งผลต่อฟันแท้ และกิจกรรมการแบ่งปันข้อมูล จึงเป็นการให้ความรู้เบื้องต้นกับนักเรียนให้นักเรียนประมวลผลความรู้ที่ได้รับแล้วนำไปใช้ นอกจากนี้อาจจะเกิดการถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่นได้ โดยผ่านกิจกรรมที่นักเรียนนำข้อมูลมาเผยแพร่ในรูปแบบโปสเตอร์ ขึ้นงานบัตรคำเชิญชวน และการเผยแพร่ผ่านระบบออนไลน์ ทำและยังอาจฝึกประสบการณ์ตรงให้นักเรียนได้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งจะเป็นประสบการณ์ให้นักเรียนเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่กล่าวถึงใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลที่คุกคามต่อสุขภาพลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตราย ใช้สื่อเป็นกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก เป็นข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ และสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่กล่าวถึงกระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ที่ต้องมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมาเป็นปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกระบวนการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประสบความสำเร็จจากการได้รับความร่วมมือในการดำเนินการมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าตัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ และด้านการดำเนินการระดับปานกลาง มีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามประเมินผลระดับมาก สาเหตุของการมีส่วนร่วมทุกครั้ง คือ การมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นคณะกรรมการ ส่วนสาเหตุของการมีส่วนร่วมบางครั้ง คือ การติดภาระงานอื่นๆ ในบางเวลา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Antonio et al. ศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กที่มีการจัดโปรแกรมการป้องกันในโรงเรียนที่แตกต่างกัน โดยมีการสอนแปรง

ฟัน ที่พบว่าหลังจากสอนแล้วนักเรียนกลุ่มทดลองมีความสะอาดของช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้การฝึกประสบการณ์ให้นักเรียนฝึกใช้ไหมขัดฟัน การแปรงลิ้น และการนวดเหงือก อาจเป็นประสบการณ์ตรงที่นักเรียนสามารถฝึกโดยมีครูเป็นผู้ชี้แนะ แนะนำการปฏิบัติว่าถูกต้องหรือไม่ อีกทั้งยังสามารถเห็นผลของการปฏิบัติที่จากกิจกรรมการสำรวจตรวจฟันที่เป็นกิจกรรมสร้างเสริมการตรวจประเมินสุขภาพช่องปากของตนเองในกิจกรรมให้นักเรียนฝึกตรวจช่องปากด้วยตนเองและบันทึกผลทุกครั้งหลังการแปรงฟัน ให้นักเรียนสังเกตช่องปากของตนเองทั้งสองกิจกรรมนี้จะเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องกันและจัดตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ ที่ต้องการให้นักเรียนเกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องปลูกฝังสุขปฏิบัติที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่กล่าวถึงการปฏิบัติทำให้เกิดการรับรู้ผลของการปฏิบัติ ความสามารถในการตอบสนองรับสถานการณ์ ที่เข้ามากระตุ้นเป็นการยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามเป็นความคาดหวัง Boer & Seydel, และน่าจะเป็นการปรับปรุงพฤติกรรมสร้างสุขนิสัยที่ดีในชีวิตประจำวันของนักเรียนได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ชิงชัย บัวทอง และคณะ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่พบว่าปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่พบในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้กิจกรรมการตอบข้อสงสัย ชักถามเป็นกิจกรรมที่น่าจะส่งเสริมต่อการปฏิบัติของนักเรียนได้เช่นกัน คือ เมื่อนักเรียนเกิดข้อสงสัยหรือมีแนวทางการปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนก็สามารถสอบถามหาหรือผู้สอนและร่วมแลกเปลี่ยนแนะแนวทางการปฏิบัติให้กับนักเรียนได้โดยตรง ดังแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่กล่าวถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วจะสามารถลดภาวะคุกคามของโรคและเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอันตรายต่อสุขภาพ Boer & Seydel, ประกอบกับกิจกรรมการประสานสัมพันธ์บ้านโรงเรียนยังเป็นกิจกรรมที่อาจจะมีส่วนช่วยย้าเตือนการปฏิบัติ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่ให้ความสำคัญของการดูแลช่องปากของนักเรียนที่บ้าน โดยการจัดเตรียมอุปกรณ์การแปรงฟัน ย้ำเตือนการแปรงฟัน และการให้รางวัลจาก

ผู้ปกครองเมื่อนักเรียนแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลช่องปากจากการได้รางวัล

ผลการวิจัยการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าดัว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตามขั้นตอนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การอบรมให้ความรู้ การจัดกระบวนการ การวางแผนแบบมีส่วนร่วมร่วมกันกำหนดขึ้นไปปฏิบัติ ให้เกิดผลปรากฏชัดเจน ซึ่งได้จากการสะท้อนความรู้สึกในการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และจากการสังเกต โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาและรวมถึงการดำเนินการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน นับเป็นการสร้างโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ กิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นจนครบกระบวนการทั้งหมด จึงทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้สูงสุด ตามแนวคิด Koch & Kralik ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ว่าเป็นกระบวนการ ซึ่งตัวเรานักวิจัย และผู้มีส่วนร่วม ร่วมกันทำงานอย่างเป็นระบบในวงรอบเพื่อการสำรวจความวิตกกังวล การเรียกร้องหรือปัญหาที่ส่งผลกระทบหรือทำลายชีวิตของผู้คน ความร่วมมือกันทำงานจะสะท้อนถึงวิธีการเปลี่ยนสถานการณ์หรือการสร้างความสามารถ โดยที่ Phuangsomjit ให้ความหมายว่าเป็นการวิจัยที่มุ่งศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล โดย เน้นคนเป็นศูนย์กลาง และมุ่งสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน โดยทุกขั้นตอนมีสมาชิกของชุมชนเข้าร่วมด้วย ดังนั้นโดยสรุป การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มุ่งศึกษาชุมชนด้วยนักวิจัยร่วม กับผู้มีส่วนร่วม ร่วมกันทำงานกันอย่างเป็นระบบผ่านวงรอบด้วยการเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทาง การแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล สะท้อนถึงวิธีการเปลี่ยนสถานการณ์หรือการสร้างความสามารถของชุมชน โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง และทุกขั้นตอนมีสมาชิกของชุมชนเข้าร่วมด้วย กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research :

PAR) เป็นกระบวนการที่ใช้ในการผลิต การกระจาย ความรู้ รวมทั้งเป้าหมายของการปรับปรุงขีดความสามารถและการปฏิบัติ ทำให้บรรลุ วัตถุประสงค์ ในทางปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นจริงทางสังคม ผ่านทางนักวิจัย กลุ่มผู้มีส่วนร่วม และกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบ มีส่วนร่วมถึงประเด็นปัญหาดังแต่ การวางแผน การดำเนินการ การวิเคราะห์และ การประยุกต์ใช้ ผลของการวิจัย การเจริญเติบโตและการพัฒนาของผู้มีส่วนร่วมเป็นส่วนสำคัญในการออกแบบผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง การจัดตั้งรวมกลุ่มหรือองค์กร โดยเฉพาะในระบบสุขภาพ และนโยบายทางด้านสุขภาพ Loewenson การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีความแตกต่างจาก แนวทางการวิจัยอื่น ๆ ในทางสาธารณสุข เพราะมันขึ้นอยู่กับกระบวน การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการ การที่มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ และลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ผ่านบุคคลที่เกี่ยวข้องกันที่หันมา ดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตัวเอง Baum, MacDougall, & Smith สำหรับกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีหลากหลายรูปแบบตามแนวคิดของ ของนักวิจัย โดยเน้น กระบวนการที่สอดคล้องในระบบสุขภาพ เป็นขั้นตอน การดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็น เกลียวเวียนหรือ วงจรต่อเนื่องกันไป (spiral of steps) ประกอบด้วย กิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ขั้นตอนการ ดำเนินงานวิจัยทั้ง 5 ขั้นตอนหลัก ประกอบด้วย

1. การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ (Systematizing experience) โดยอาศัยการจัดการ และการประเมินประสบการณ์อย่างมีส่วนร่วม เป็น ข้อเสนอของระเบียบวิธีการที่จะทำให้เป็นไปได้ ด้วยการ ทบทวนแนวปฏิบัติและแบ่งปันข้อมูลร่วมกัน ประกอบด้วยผู้ที่มีประสบการณ์ตรงอย่างเหมาะสม เป็นวิธีการ ใหม่ในการเรียนรู้ ข้อเสนอแนะสำหรับ ข้อเสนอใหม่และในวาระการประชุม สร้างองค์ความรู้ แบบใหม่ผ่านการ สะท้อนและด้านวิชาการและการ ปฏิบัติจริงรวมกัน ด้วยการทบทวนเหตุการณ์หรือ ประสบการณ์ที่ผ่านมาและ มีความเกี่ยวข้องกับประเด็น ปัญหา การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยการทำงานโดยการรวบรวมทั้งเอกสาร ข้อมูลเพื่อ เริ่มต้นการจดจำ และการแพร่กระจาย ความคิดริเริ่มของการแข่งขันความต้านทาน การสร้าง และประสบการณ์ ของรูปแบบใหม่ของการอยู่ร่วมกัน และการพัฒนาที่ทำโดยกลุ่มและการเคลื่อนไหวการ

ดำเนินงานในระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับโลก และการสร้างความรู้ ภาวรวม เริ่มต้นจากการกระทำ/ประสบการณ์ ที่ได้ รับมาซึ่งเป็นไปได้ เพื่อเปิดช่องว่างสำหรับการ เปรียบเทียบ การสะท้อนและการอธิบายรายละเอียด ของรูปแบบ ความรู้ใหม่ ๆ และระเบียบวิธีการทำงานที่ มีประสิทธิภาพ ซึ่งทุกคนมีการใช้เพื่อปรับปรุง กระบวนการเปลี่ยนแปลง ทางสังคมสำหรับ สภาพแวดล้อมที่เท่าเทียมและเป็นธรรม

2. การวิเคราะห์โดยการมีส่วนร่วม และการ จัดการแก้ปัญหา (Collectively analyzing and problematizing) การจัดการวิเคราะห์อย่างมีส่วนร่วม ของความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบ ปัญหาหรือสาเหตุ และทฤษฎี ด้วยการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อน ล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ อาจเกิดขึ้นจากข้อมูลการจัดการประสบการณ์อย่างเป็น ระบบ

3. การสะท้อนกลับและการเลือกปฏิบัติ (Reflecting on and choosing action) พิจารณา ทางเลือก ของปฏิบัติการและการระบุปฏิบัติการนั้น เป็นการให้ข้อมูลถึงผลการวิเคราะห์และแนวทางการ จัดการแก้ปัญหา ที่เหมาะสม เพื่อดำเนินการตามกล ยุทธ์หรือกลวิธี ผ่านแผนงานและโครงการในการดำเนิน กิจกรรมที่วางไว้ โดย ต้องมีความยืดหยุ่นตามบริบท ของชุมชน การสะท้อนกลับอาศัยกระบวนการกลุ่มใน ลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินแนวทางการ ปฏิบัติไว้ล่วงหน้าตามความเหมาะสม

4. การดำเนินการและการประเมินผลการ ปฏิบัติการ (Taking and evaluating action) เป็นการ ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้ และดำเนินการ ตามลำดับขั้นตอนสู่การเปลี่ยนแปลง และสิ่งสำคัญที่ ต้องทำคือ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนใน ตอนท้ายของแต่ละรอบและเชื่อมโยงข้อสรุปใด ๆ กับ ปัญหาหรือคำถามที่ ตั้งไว้ จากนั้นสามารถพิจารณาผล ของการดำเนินงานรอบอื่นต่อไป เพื่อให้มีเข้าใจลึกซึ้ง ยิ่งขึ้นและพัฒนากลยุทธ์ ต่อไป ปรับแต่งหรือพัฒนา คำถามใหม่ สรุปโครงการวิจัยนี้บางส่วนหรือทั้งหมด

5. การเรียนรู้ อย่าง เป็น ระบบ (Systematizing learning) เรียนรู้จากกระบวนการ การจัดการ การ ตรวจสอบ การแบ่งปันความรู้ใหม่ เขียนสรุปรายงาน และหาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อสรุป หรือเรื่องราวจากชุมชน ก่อนแจกจ่าย การสร้างดีวีดี หรือวิดีโอ และการนำเสนอเอกสารร่างไปยังชุมชน

ก่อนที่จะจบและแจกจ่าย นอกจากนี้ ยังสามารถใช้บทละคร เพลง บทกวี บทละครและผลงานศิลปะเพื่อแบ่งปันสิ่งที่ได้พบขึ้นอยู่กับการปฏิบัติ อาจต้อง มีการตีความประกอบบางอย่างเพื่อให้ผู้ชมได้รับรู้ จัดการประชุมอย่างน้อยหนึ่งครั้ง สำหรับผู้มีส่วนร่วมทั้งจากองค์กรและชุมชนเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ผ่านทางบทสรุปหรือแผนภาพที่เปิดกว้างเพื่อชี้แจงและปรับปรุงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าดั่ว ในตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นโยบายจากผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านเหล่าดั่ว มีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการ การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 โรงเรียนบ้านเหล่าดั่ว แบบมีส่วนร่วมได้ดียิ่งขึ้น เกิดการพัฒนาอย่างเต็มรูปแบบ ผู้บริหารควรให้การสนับสนุน โดยการสนับสนุนมาตรการ ดำเนินการ และการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ และการนิเทศ ติดตามเพื่อเสริมพลังในเชิงนโยบาย สามารถกระตุ้นให้เกิดการทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับพื้นที่ ตำบล ทำงานเชิงรุกในด้านของการป้องกันให้เข้มแข็ง และเป็นต้นแบบของอำเภอได้

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติการ

การดำเนินการตามขั้นตอนแผนปฏิบัติการ ของรูปแบบการพัฒนาระบบ ควรมีการพิจารณาขั้นตอนการดำเนินการให้ครอบคลุมทุกประเด็นและมีความละเอียดในทุกขั้นตอน หรือกิจกรรมที่จะดำเนินการนั้นๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์หรือการดำเนินงานที่ไม่มีหรือมีอุปสรรคน้อยที่สุดทุกขั้นตอนมีความสำคัญ แต่ขั้นตอนการวางแผนจะต้องมีการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเสียให้ครอบคลุมมากที่สุด จะทำให้ได้ประเด็นปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการร่วมคิดของคณะกรรมการทุกภาคส่วน

1.3 ข้อเสนอแนะเชิงระบบหรือเชิงการจัดการกระบวนการมีส่วนร่วม ค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแพร่ระบาดของโรคฟันผุ ซึ่งบริบทแตกต่างกันย่อมมีปัจจัยที่ต่างกัน ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขควรมีการติดตาม และประเมินผล เพื่อให้คำแนะนำเสนอแนะการดำเนินงาน หรือ การร่วมแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ และใช้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการแก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ ในรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วม การแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคฟันผุ ต้องมีการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน และมีการวางแผนดำเนินงาน อาจรวมถึงการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการป้องกันโรคฟันผุในพื้นที่

1.4 ข้อเสนอแนะด้านความรู้

จากการดำเนินการหลังพัฒนา มีประเด็นความรู้บางเรื่อง เช่น การแปรงฟันก่อนนอน การป้องกันฟันผุ หรืออาการปวดฟัน จึงควรมีการจัดการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น ผู้จัดต้องเตรียมความพร้อมของบริบท ข้อมูลทางวิชาการ ให้เหมาะสม โดยการใช้สื่อที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย หรือการสื่อสารที่เป็นภาษาที่ไม่เป็นทางการ ควรใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสารแทน

2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การจัดกิจกรรมการประเมินสุขภาพช่องปากน่าจะสามารถทำให้นักเรียนสามารถประเมินและวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันที่มีความแตกต่างระหว่างบุคคล

2.2 การดำเนินกิจกรรมหากใช้ภาพจริงหรือภาพของนักเรียนในการประกอบกิจกรรมและสื่อที่เป็นข้อมูล ข่าวสาร สื่อรูปภาพ ใบความรู้ เป็นต้น น่าจะสามารถเพิ่มความสนใจให้นักเรียนและเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด หากมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหาสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา มาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียน น่าจะช่วยให้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปลือยน้อย รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ ทส. 003. งานทันตสาธารณสุข. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปลือยน้อย ตำบลบ่อพันขัน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2563.
2. กองทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
3. กองทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
4. ทรงวิทย์ จโรภาสรัตน์. การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้มารับบริการทันตกรรมในผู้ใหญ่ในบริบทของสังคมไทยในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2562.
5. ทิพนาด วิษณุรัตน์ และคณะ. การบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานและความรู้ในนักศึกษาทันตแพทย์. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 23(2), May-August, 2563.
6. นภาพร วาณิชกุล. นำร่องความรู้ทางสุขภาพช่องปากในประชากรไทยวัยทำงานในจังหวัดปทุมธานี. วารสารทันตภิบาล, 29(2), 13-25, 2562.
7. อนุพงษ์ สอดสี, ภาสกร ศรีไทย และจิราภรณ์ พนาวัลย์. ความฉลาดทางสุขภาพช่องปากและสถานะสุขภาพช่องปากของนักเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนประถมศึกษาในความร่วมมือกับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารคณะพลศึกษา, 20(2), 150-158, 2560.
8. Antonio, A. G. et al. Oral health conditions in children with and without school-based oral preventive program. Pediatric Dental Journal, 16(2), 163-169, 2006.
9. Boer, H. & Seydel, E.R. Protection Motivation Theory. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. (Eds.) Mark Conner: Open University Press, 1996.
10. Chingchai Buathong et al. The effects of oral health promotion program on dental caries prevention behaviors of grade six students at Ban Banghean School at Plaipraya District, Krabi Province. Journal of Community Health Development Quarterly Khon Kaen University, 3(2), 293-306, 2015.
11. Greene & Vermillion. The simplified Oral Hygiene index. The Journal of the American Dental Association, 68, 7-13, 1960.
12. Kemmis & McTaggart. แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. The Learning Organization 9(3), 125-131, 1988.
13. Lai, H. et al. School-based oral hygiene education program has long-term positive effects on oral health Indicators. The Journal Evid Base Dent Pract 2017, 65-67, 2016.

Received: 16 Feb 2022, Revised: 13 Sep 2022

Accepted: 19 Sep 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบวิถีใหม่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

วัชรินทร์ พันธุ์เอกร^{1*} วรพจน์ พรหมสัตยพรต² จตุพร เหลืองอุบล³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ด้วยการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเจาะจงจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วยผู้ให้บริการ (7 คน) ภาคประชาชน (130 คน) และกลุ่มสหวิชาชีพ (7 คน) รวมทั้งสิ้น 144 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบประเมินการมีส่วนร่วม และแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาระบบบริการ เก็บรวบรวมโดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 – มกราคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย การจัดระบบการให้บริการ โดยวิเคราะห์การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ที่มีระบบบริการที่พัฒนาขึ้นให้เกิดความสมบูรณ์และพัฒนาต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาระบบบริการแบบวิถีใหม่ โดยการมีส่วนร่วมจากทีมบริหาร ทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ได้รับการที่มีคุณภาพเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กระบวนการพัฒนาระบบบริการครั้งนี้ เป็นผลสำเร็จจากการปรับพัฒนาระบบบริการแบบวิถีใหม่ที่เน้นกระบวนการกิจกรรมที่ครบวงจรทั้งระบบ เน้นการทำงานแบบเชื่อมโยงมีส่วนร่วมกับชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีกลไกการสนับสนุนที่ดีของหน่วยบริการและทีมผู้ดูแลทั้งในและนอกสถานบริการ

คำสำคัญ: ระบบบริการ ,คลินิกเบาหวาน, วิถีชีวิตใหม่ , เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author: puntan6382@hotmail.com

Original Article

Development of the service system new normal of a diabetes clinic high blood pressure Perm Suk Health Promoting Hospital, Pha Khao District, Loei province

Watcharee Puntan^{1*} Vorapoj Promasatayaprot²
Jatuporn Luangubol³

ABSTRACT

This practical research aims to develop a diabetes clinic service system. new high blood pressure Permsuk Subdistrict Health Promoting Hospital, Pha Khao District, Loei Province participate in research Choose specific 3 groups consisting of Management group 7 people People's sector 130 people Multidisciplinary team of 7 people total of 144 people Collect data using a participant observation form. interview form questionnaire Participation assessment form and the satisfaction assessment form for the development of service systems collected by interviewing samples. Between May - January 2022 Data were analyzed using descriptive statistics. including percentage average standard deviation Min-Max analyzing the content of the data

The results of the research found that Development of the Service system New normal of a diabetes clinic High blood pressure Perm Suk Health Promoting hospital, Pha Khao District, Loei Province service system organization by analyzing the operation according to the development process of the diabetes clinic service system Hypertension with a new and revolutionary new path to perfection and continuous development. Action plan to develop a diabetes clinic service system new high blood pressure It is the development of a new service system. by participation from the management team, multidisciplinary team, community leaders, village health volunteers, patients Development of the Service system New normal of a diabetes clinic High blood pressure Perm Suk Health Promoting hospital , Pha Khao District, Loei Province

in summary This service system development process It is a successful result of development. Development of the Service system New normal Emphasis on the process of activities that are integrated into the whole system Emphasis on working in connection with community participation.

Key Words: Development of the Service system , Service system New normal of a diabetes clinic High blood pressure , diabetes , high blood pressure

¹ student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, MahaSarakhm University

² Associate Professor, Faculty of Public Health, MahaSarakhm University

³ Assistant Professor Faculty of Public Health, MahaSarakhm University

*Corresponding author: puntan6382@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยพบผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 3.4 สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จากสถานการณ์ในรูปแบบการจัดให้บริการในรูปแบบเดิมเป็นการจัดรูปแบบบริการโดยมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ แก่ผู้มารับบริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีระบบการนัดหมายผู้มารับบริการพร้อมกันเป็นจำนวนมาก เกิดความแออัดในการเข้ารับบริการ และการรอคอยในระยะเวลานาน มีกิจกรรมให้ผู้รับบริการเข้าร่วมในการทำกิจกรรมด้วยความแออัด สถานที่ในการจัดให้บริการเป็นบริเวณที่ให้บริการร่วมกันในหลายแผนกเวลาจัดให้บริการ สถานที่ให้บริการไม่ได้มีการคัดแยกโซนออกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจนสำหรับผู้มารับบริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดัน ในชุมชน ยังไม่ได้จัดให้แต่ละภาคส่วนมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในชุมชน จึงทำให้ผู้แก่ประชาชนที่มารับบริการส่งผลกระทบต่อระบบบริการ การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS - CoV - 2,2019 novel coronavirus) นับเป็นภัยคุกคาม สร้างความหวาดวิตกแก่ประชาชนอย่างมาก จากการดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและลดความแออัดในการให้บริการ ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการ ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association; ADA) สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) นอกจากตัวผู้ป่วยแล้ว จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัว หรือผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลือ รวมทั้งการจัดการของชุมชนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดีขึ้น อีกทั้งระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเชื่อมต่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด Wagner ได้พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ มีการสนับสนุนการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ร่วมกับสหสาขา

วิชาชีพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทรัพยากร และนโยบายของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจและระบบสารสนเทศ พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลตนเองก็สามารถพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกและพัฒนากระบวนการระบบบริการการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย และ Stock และคณะ อ้างอิงใน สุรัตน์า ทศนุต และคณะ⁵ กลุ่มศึกษาที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพที่ดีควรมีการจัดการตนเองระดับบุคคลและมีการดำเนินการในระดับองค์กรที่ดูแลสุขภาพและระบบบริการสุขภาพด้วย สุรัตน์า ทศนุต และคณะ⁵ ถือว่าระบบการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้ได้ผลดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนา ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO - 6 building blocks)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอดงหลวง จังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Practical Action Research) ซึ่งประยุกต์แนวคิดพื้นฐาน Kemmis and MC Taggart (1988)⁶ ในลักษณะเป็นวงรอบตาม 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยการวิเคราะห์ปัญหา สภาพบริบทสถานการณ์การพัฒนาบริการ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกกระบวนการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนากระบวนการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ มารับการรักษาและอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย 2) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ 3) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ 4) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานระดับรุนแรง ที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล เกณฑ์การคัดออก (EXclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่สามารถมาติดตามผลการรักษาได้ 2) มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานระดับรุนแรง ที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมีประชากรเข้าร่วม จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วยผู้ให้บริการ (7 คน) ภาคประชาชน (130 คน) และกลุ่มสหวิชาชีพ (7 คน) รวมทั้งสิ้น 144 คน

พื้นที่ในการวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 – มกราคม 2565

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ

- 1.1 ศึกษาข้อมูลงานวิจัย ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัย
- 1.2 ศึกษาข้อมูลบริบทในพื้นที่
- 1.3 จัดทำโครงร่างการวิจัย
- 1.4 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน
- 1.5 ติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่าง
- 1.6 จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานและเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ คือ การดำเนินการวิจัยตามแผนปฏิบัติตามแนวความคิดของ Kemmis and MC Taggart (1988) 4 ขั้นตอนหลักได้แก่

2.1 การวางแผน (Planning) คือ การศึกษาบริบทพื้นที่ชุมชนและการให้บริการ วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินการให้บริการคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง กำหนดแผนการดำเนินงานโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมและกำหนดองค์ประกอบบทบาทหน้าที่ การบริหารจัดการ การกำหนดบุคคลในการขับเคลื่อนการทำงาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

2.2 การปฏิบัติตามแผน (Action) คือ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการและติดตามการดำเนินงาน

2.3 การสังเกตผล (Observation) คือ การประเมินผลการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการการติดตามนิเทศงาน ประเมินผลการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล การสังเกต การมีส่วนร่วมสรุปผล

2.4 การสะท้อนผล (Reflection) คือ สรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติ สะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข กลับคืนข้อมูลผลการดำเนินงานและข้อค้นพบคืนสู่ผู้เกี่ยวข้องและหาแนวทางในการดำเนินการในครั้งต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ แบ่งข้อมูลออกเป็น 4 ด้าน คือ 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ในการศึกษาบริบท สภาพปัญหาและความต้องการของการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ 2) แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับผู้บริหาร และทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ 3) ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 219-191/2564 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2564

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข โดยการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหาการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ ผลการดำเนินงานตามการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอากรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO- 6 building blocks) แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้สำหรับการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผลของการพัฒนาระบบบริการคลินิก

เบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่

ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงาน โดยได้ประเมินผลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ และความพึงพอใจในการเข้ารับบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร สำหรับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	42.9
หญิง	12	57.1
อายุ (ปี)		
<40	8	38.1
40-49	5	23.8
50-59	7	33.3
60 ขึ้นไป	1	4.8
Mean= 44.62 ปี S.D.=11.58 ปี Min=25 ปี Max=68 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	1	4.8
คู่	19	90.6
หย่า/แยกกันอยู่	1	4.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	28.6
มัธยมศึกษา/ปวช.	14	66.7
อนุปริญญา/ปวส.	1	4.8
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง		
ผู้นำชุมชน	9	42.9
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	12	57.1

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน 9 คน และอาสาสมัคร 12 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.9 และเพศหญิง ร้อยละ 57.1 ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ < 40 ปี ร้อยละ 38.1 มีอายุเฉลี่ย 44.62 อายุน้อยที่สุดคือ 25 ปี อายุมากที่สุดคือ 68 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คือสถานภาพคู่ ร้อยละ 90.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 28.6 เป็นผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 57.1 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งมากกว่า 5 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 38.5 รองลงมาทำงานเท่ากับ 1 ปี ร้อย

ละ 28.6 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.4 รายได้น้อยที่สุด คือ 1,200 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุด คือ 20,000 บาทต่อเดือน

2.การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ แบบประเมินแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และ 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

2. ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

ระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่		จำนวน (ร้อยละ)
มาก	(คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00)	13 (32.5)
ปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33)	17 (42.5)
น้อย	(คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)	10 (25.0)
(Mean = 2.08, S.D.= 0.53)		

3. เปรียบเทียบความพึงพอใจ ก่อนและหลังในการเข้ารับบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1.มีความพึงพอใจในการดำเนินการตามมาตรฐานการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	2.42	0.37	มาก	2.48	0.29	มาก
2.พึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่	2.29	0.64	ปานกลาง	2.69	0.27	มาก
3.ท่านมีความมั่นใจและพึงพอใจในการรับบริการลดการแออัด	2.40	0.39	มาก	2.67	0.20	มาก
4.มีความพึงพอใจต่อการลดระยะเวลาการรอคอย	2.24	0.54	ปานกลาง	2.62	0.30	มาก
5.การเข้าถึงบริการในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น ไม่ยุ่งยาก	2.19	0.51	ปานกลาง	2.66	0.28	มาก

จากตาราง พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย มีความพึงพอใจ ในการดำเนินการตามมาตรฐานการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 (S.D.=0.37)รองลงมา คือ มีความมั่นใจและพึงพอใจในการรับบริการลดการแออัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (S.D.=0.39) และมีความพึงพอใจการเข้าถึงบริการในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น ไม่ยุ่งยาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19(S.D.=0.51) และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ พึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โดยมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 (S.D.=0.27) รองลงมา คือ ท่านมีความมั่นใจและพึงพอใจในการรับบริการลดการแออัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 (S.D.=0.20) และมีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือมีความพึงพอใจในการดำเนินการตามมาตรฐานการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 (S.D.=0.29)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย โดยใช้การถอดบทเรียนโดยกระบวนการ After Action Review (AAR) การวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการพัฒนา

ระบบบริการคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตแบบวิธีใหม่ สามารถสะท้อนผล ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมเครือข่ายและความร่วมมือประกอบด้วยทีมบริหาร ทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีคณะกรรมการและแบ่งหน้าที่ชัดเจน

2. มีการดำเนินงานภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิธีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ตั้งแต่ขึ้นวางแผนขึ้นดำเนินการ ขึ้นประเมินผลและขึ้นสะท้อนผลข้อมูลกลับสู่เป้าหมายและชุมชนอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมมีเครือข่ายผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความมุ่งมั่นและเข้มแข็งทำให้ร่วมกันแก้ปัญหา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการต่อไปอุปสรรคในการดำเนินการครั้งนี้ ปัญหาที่พบคือ จากข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังขาดการพัฒนางานประจำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระบบการทำงานไม่เป็นไประบบอย่างต่อเนื่องและชัดเจน ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ขาดความต่อเนื่องและการติดตามผล ขาดการประสานทีมผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิธีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย มีจุดมุ่งหมาย เพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิธีใหม่ ในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและทีมสหวิชาชีพ พบว่า การมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กมล สุดประเสริฐ¹ ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) ว่ามาจากความเชื่อ ดังนี้ เชื่อว่า PAR เป็นกระบวนการที่เอนเอียงไปทางประชาธิปไตย เพราะ PAR เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน และ เชื่อว่า PAR ทำให้คนต้องพัฒนาตนเอง

และ PAR เกิดจากประชาชนต้องการแสวงหาความรู้ในการแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงการพัฒนาระบบบริการแบบวิธีใหม่ มีการศึกษาพฤติกรรมกับความปกติใหม่ของ บดินทร์ ชาดะเวที³ นักวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่แสดงให้เห็นว่าความเป็นปกติใหม่ หรือ New Normal เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต กำลังกลายเป็นวิวัฒนาการใหม่ของสังคมมนุษย์ รวมถึงการดูแลผู้ป่วย สุรธนา ทศนุต และคณะ⁵ ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการศึกษาทั้ง 6 องค์ประกอบ ในด้านทรัพยากรและนโยบายของชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลและการติดตามประเมินผล และการประเมินความครอบคลุมให้มีประสิทธิภาพของการบริการ ทิพพาวดี สืบบุญการณ และคณะ² ได้ทำการวิจัยเรื่อง การประเมินความครอบคลุม อย่างมีประสิทธิภาพของบริการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคเบาหวาน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย และการพัฒนาระบบบริการ พุทธิดา จันทรดอนแดง⁴ ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบวิธีใหม่ การปฏิบัติการตามแผน (action) กิจกรรมการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ ตามระบบบริการเพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิธีใหม่ การวางแผนในรูปแบบใหม่ จากการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบวิธีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนปฏิบัติการ (planning) การปฏิบัติการตามแผน (action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) โดยมีรูปแบบกระบวนการพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิกเบาหวาน

ความดันโลหิตสูง แบบวิถีใหม่ และกระบวนการพัฒนา ปรับรูปแบบระบบบริการ นี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ สำคัญของกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO -6 building blocks) โดยมี กิจกรรมดังต่อไปนี้

1. มีการคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเป็นกลุ่มที่มีการจัดส่งยาไปให้ที่บ้าน เป็นการสื่อสารให้แสดงถึง กลุ่มที่มีการควบคุมโรคได้ดี ด้วยการใส่ใจห่วงใยดูแล ให้บริการติดตามดูแลที่บ้าน

2. Service Delivery โดยใช้หลักการ สนับสนุนให้ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยทำ Self – monitoring ในกลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตัวเอง ได้และมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ตรวจวัด สัญญาณชีพได้ด้วยตัวเอง พร้อมทั้งมีการรายงานผล กลับมายังเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้โดยการใช้เทคโนโลยี ผ่านระบบไลน์ เช่น การ ตรวจวัดระดับความดันโลหิต สูง วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และบันทึก ข้อมูลสุขภาพส่งผ่านผู้ดูแล หรือฝากอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) นำส่ง สร้างเครือข่ายโดยมี อสม. ในการส่งข้อมูลจากผู้ป่วยถึงผู้ให้บริการตรวจรักษา

3. ปรับระบบบริการที่มีบุคลากรปฏิบัติ หน้าที่รับผิดชอบงานในส่วนของคลินิกหมอครอบครัว เพื่อออกไปติดตามเยี่ยมบ้านในพื้นที่ที่มีการติดตาม ดูแลแบบ chronic care, long term care แบบครบ วงจร สำหรับกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ออกติดตามดูแลโดย เจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้าน

4. มีการปรับระบบสารสนเทศหรือใช้ ระบบสารสนเทศ เพื่อช่วยในการสื่อสารข้อมูล-ก่อน และหลังสำหรับผู้รับบริการและแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตาม ระดับความเสี่ยงทางคลินิก โดยใช้หลักการสนับสนุนให้ ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยทำ Self – monitoring ในกลุ่ม ที่มีความสามารถในการดูแลตัวเองได้และประชาชน กลุ่มวัยทำงานที่มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ ตรวจวัดสัญญาณชีพได้ด้วยตัวเอง พร้อมทั้งมีการ รายงานผลกลับมายังเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้โดยการใช้ เทคโนโลยีผ่านระบบไลน์ ในส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุจะมี อสม. ที่มีหน้าที่ติดตามดูแลในการรายงานผลกลับมายัง เจ้าหน้าที่ รพ.สต.

5. รพ.สต.มีการจัดให้มีการปรับระบบ คลัง ยาและการส่งมอบยาที่เหมาะสม และใช้ระบบการเดิม

ยาในชุมชน เพื่อลดการแออัดและเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ ในการเข้ามารับบริการ โดยกิจกรรมทางเจ้าหน้าที่ รพ. สต.ดำเนินการจัดเตรียมยาและประสานติดต่อแจ้ง อสม. ที่รับผิดชอบมารับยาโรคเรื้อรังที่ทาง รพ.สต.ได้ จัดเตรียมเอาไว้ให้

6. การอภิบาลระบบ มีการบริหารจัดการ อย่างเป็นรูปธรรม มีความโปร่งใส ผลจากการ ดำเนินงานการพัฒนากระบวนการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเพิ่มสุข อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อ เป็นโมเดลรูปแบบการให้บริการคลินิกเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ ให้แก่เครือข่ายใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายในอำเภอ สามารถนำรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ไปจัดให้บริการใน คลินิกโรคเรื้อรังต่อไปได้

2. มีระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มาตรการลดการสัมผัสเชื้อที่ชัดเจนมี ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ปลอดภัย ประชาชนเข้าถึงบริการ

3. การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการ ให้บริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตาม แผนปฏิบัติการ มีการกำหนดบทบาท รูปแบบกิจกรรม ในการให้บริการ ขั้นตอนในการให้บริการที่เป็นระบบ ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำการพัฒนากระบวนการคลินิก เบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ มาจัดทำ เป็นรูปแบบในการพัฒนางานแบบบูรณาการได้ใน เชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ใน ระบบบริการ Long Term Care

2. ควรมีการพัฒนาการออกแบบโปรแกรมเพื่อใช้ ในระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีระบบการกำกับติดตาม ดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกเบาหวานและความ ดันโลหิตสูงแบบวิถีใหม่ ให้มีระบบการติดตามดูแลที่ ชัดเจนมากยิ่งขึ้นในการกำกับและสามารถดูข้อมูลได้ อย่างครบถ้วนและง่ายสะดวกต่อการทำงานเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กมล สุดประเสริฐ. แนวคิดในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงเรียน. วิจัยสนเทศ, 4, 1-4, 2528.
2. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. อธิบาย ความหมายของ ชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal). กรุงเทพฯ: กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563.
3. ฉกาจ ผ่องอักษร. การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานในโครงการอบรมผู้ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (หน้า 1-2). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล, 2548.
4. ชัยวุฒิ จันดีกระยอม .การพัฒนากระบวนการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้บริบทพื้นที่อำเภอกันตาร อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. รายงานการวิจัย. มหาสารคาม: โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม, 2560.
5. ทิพพาวดี สืบบุญการณ และคณะ. การประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของบริการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคเบาหวาน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด้านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.), 2560.
6. บดินทร์ ชาดะเวที. พฤติกรรมกับชีวิตวิถีใหม่: New Normal. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.ttmed.psu.ac.th/blog.php?p=258>. [วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564].
7. พุทธิดา จันทรดอนแดง. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. (2556).
8. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. ความดันโลหิตสูง. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/information.htm>. [วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564], 2015.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: บริษัทร่มเย็นมีเดีย จำกัด, 2560.
10. สุรัตนา ทศนุต และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 10(2), 29-40, 2559.
11. American Diabetes Association: ADA. (Achieve from: <https://www.diabetes.org/diabetes-basic/facts-about-type2.html> in 15/05/2019).
12. Best, J. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice Hall, Inc. International Diabetes Federation: IDF. (2019). Achieve from: <https://www.idf.org> in 15/05/2019.
13. Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). The action research planner. Deakin Univ: Retrieved from https://books.google.co.th/books/about/The_Action_Research_Planner.html?id=PVXFAAAACAAJ&redir_esc=y.
14. World Health Organization: WHO. (2019). Achieve from: <https://www.who.int> in 15/05/2019.

Received: 24 Jul 2022, Revised: 25 Aug 2022

Accepted: 18 Aug 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง
จังหวัดสุโขทัย

ณินญากร ใจยอด¹, อนุกุล มะโนทน^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรในโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอ้วน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยใช้เกณฑ์คัดเข้าคัดออกได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 68 คนต่อกลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 34คน โดยใช้วิธีจับฉลากคัดเลือกเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t – test)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน ก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน (p-value =0.001) การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน (p-value =0.001) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน (p-value =0.834) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน (p-value =0.001) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน (p-value =0.001) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน (p-value =0.001) และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน(p-value =0.001) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) แต่การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ผลของการจัดโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย

คำสำคัญ : โปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะโรคอ้วน พฤติกรรม

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุโขทัย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author : anukool.ma@up.ac.th

*Original Article***Effectiveness of applying the concept of health belief model in
modifying obesity reduction behavior of Sukhothai personnel,
muang district, Sukhothai province**Ninyaporn Jaiyod¹, Anukool Manoton^{2*}**Abstract**

This research was quasi-experimental, two-group study. Measure results before and after aimed to study the effect of a health belief model application program to reduce obesity among personnel in Sukhothai Hospital, Muang District, Sukhothai Province. The samples were obese patients. A specific sample was selected using the inclusion criteria. The sample size was 68 people per group, which was an experimental group of 34 people and a comparison group of 34 people by means of random selection. The experimental group received a 12-week health belief model application program. Data were collected using a questionnaire. The statistics used were percentage, mean, standard deviation. and t-test.

The results showed that Knowledge of obesity scores awareness about obesity including the perception of the risk of obesity perceived severity of obesity Recognizing the Benefits of Preventing Obesity Recognizing Obstacles to Obesity Prevention Practices Self-efficacy in obesity prevention and obesity prevention behaviors before and after the experiment There was a statistically significant difference in the experimental group (p -value<0.05) when comparing the scores between the experimental group and the comparison group after the experiment. Obesity knowledge score (p -value = 0.001). Perceived severity of obesity (p -value = 0.834). Perceived benefits of obesity prevention (p -value = 0.001) perceived barriers to obesity prevention practice (p -value = 0.001) self-efficacy in disease prevention Obesity (p -value = 0.001) and obesity prevention behavior (p -value = 0.001) were significant (p -value<0.05), but perceived severity of obesity no difference statistically significant (p -value<0.05) BMI of the experimental group before and after the experiment differed statistically (p -value<0.05). Effects of Health Belief Model Application Affects the behavior modification to reduce obesity of Sukhothai hospital personnel.

Keywords: Applying the concept of Health Belief Model, Obesity, Behavior

¹Professional nurse of Sukhothai Hospital

² Assistant Prof. Dr. School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author : anukool.ma@up.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ประกาศว่าโรคอ้วนเป็นโรคระบาด และแจ้งว่าปัจจุบันมีประชากรผู้ใหญ่ที่น้ำหนักเกิน (overweight) อยู่ 1,900 ล้านคน โดยในจำนวนดังกล่าวมีคนเป็นโรคอ้วน (obesity) มากถึง 650 ล้านคน¹ โรคอ้วนมีความสำคัญต่อสุขภาพเนื่องจากเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง² และโรคหลอดเลือด ที่เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการตายในประชากรทั่วโลก สาเหตุที่ประชากรโลกเป็นโรคอ้วนมากขึ้นนั้นเพราะรับประทานอาหารมากเกินไป ทานอาหารไม่คำนวณแคลอรี และไม่ออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายต้องการพลังงานลดลง การกินอาหารเท่าเดิมจะทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ง่าย

ประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขชี้ว่า คนไทยประมาณ 17.4 ล้านคนมีน้ำหนักเกิน โดยพบสัดส่วนผู้หญิงอ้วนมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงร้อยละ 41.8 และผู้ชายร้อยละ 32.9² ผลกระทบของปัญหาโรคอ้วน คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 12,000 ล้านบาท เท่ากับ 2.2 % ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ ไทย หากเป็นโรคอ้วนจะทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หัวใจและหลอดเลือด มะเร็งบางชนิด ความดัน ไขมันในเลือด ไขมันพอกตับ กล้ามเนื้อและระบบร่างกายเสื่อม และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร³ ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เสี่ยง งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารสุขภาพ และลดความอ้วน⁴ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้คนไทยอายุ 18-64 ปี ออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลาง นาน 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 5 วัน หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับหนักนาน 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน⁵ เพื่อควบคุมความอ้วน และหากไม่ออกกำลังกาย หรือเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องปรับ 3 พฤติกรรม ได้แก่ 1.การนอนพักผ่อนให้เพียงพอ 2.การกิน ให้คำนวณแคลอรีอาหาร หรือลดปริมาณอาหารต่อมื้อลง กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ลดหวานและเค็ม เพิ่มการกินผักและผลไม้ที่รสไม่หวานมาก 3.ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 15 นาที สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ 14 % ยืดอายุให้ยาวขึ้น 3 ปี มีผลการวิจัยยืนยันว่า การลดน้ำหนักเพียง 5-10 %

ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรัง ยืดอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต และป้องกันไม่ให้อ้วน นอกจากโรคอ้วนที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจแล้ว กรมสุขภาพจิตได้ชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบของผู้ที่มีโรคอ้วนในสถานการณ์ปัจจุบันช่วงภาวะโรคโควิด - 19 ระบาด จากงานวิจัยของฟรอนซ์ พัศู ในฝรั่งเศสพบว่าผู้ที่มีโรคอ้วนมีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 ขั้นรุนแรง และโอกาสที่อาการของโรคจะรุนแรงเพิ่มขึ้นตามค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเกือบทั้งหมด⁶

โรงพยาบาลสุโขทัย มีบุคลากรรวม 841 คน จากสถิติการตรวจสุขภาพปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่าปัญหาภาวะอ้วนลงพุงมีมากเป็นอันดับหนึ่งและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีภาวะอ้วนระดับ 1 (BMI ≥ 25 กก./ตร.เมตร) ร้อยละ 21.77, 25.33 และ 27.98 ภาวะอ้วนระดับ 2 (BMI ≥ 30 กก./ตร.เมตร) ร้อยละ 7.16, 11.75 และ 12.67 ตามลำดับ บุคลากรมีภาวะอ้วนลงพุง 3 ปีซ้อนหลังเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2561 จำนวน 298 ราย ปี 2562 จำนวน 423 ราย และปี 2563 จำนวน 473 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.85, 55.22 และ 60.41 ตามลำดับ⁷ บุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย ในฐานะผู้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ จึงควรเป็นบุคคลตัวอย่างทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน ควรดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดภาวะโรคอ้วนหรือปฏิบัติตัวลดภาวะอ้วนป้องกันโรค แม้ว่า ที่ผ่านมามีงานสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสุโขทัย ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุงและจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ให้กับกลุ่มบุคลากรที่มีภาวะอ้วนลงพุงมาโดยตลอด แต่จำนวนของบุคลากรที่มีภาวะอ้วนลงพุงกลับเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับปัญหาสถานการณ์การระบาดของโรค โควิด-19 ทำให้การจัดกิจกรรมแบบที่เคยปฏิบัติมาไม่สามารถทำได้ จึงน่าจะเป็นสาเหตุให้บุคลากรโรงพยาบาลมีภาวะอ้วนลงพุงอยู่ ส่งผลเสียต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและผลเสียต่อภาวะเศรษฐกิจไทย

มีงานวิจัยหลายงานศึกษาเกี่ยวกับการลดภาวะโรคอ้วนในหลายกลุ่มหลายทฤษฎี เช่น จุฬารัตน วิสสา และคณะ⁸ ที่ใช้โมบายแอปพลิเคชันในการควบคุมน้ำหนักในวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน งานวิจัยของ ปวีณา ศิริโชติ⁹ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ

การปฏิบัติตามนโยบายลดพุงลดโรคด้วยหลัก 3 อ. ของบุคลากรโรงพยาบาลนครราชสีมา จิรนนท์ ช่วยศรี นวลและคณะ¹⁰ ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพต่อการ ป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สุกัญญาคุณะวาปี และเกศินี สราญฤทธิชัย¹¹ ศึกษา โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะ น้ำหนักเกิน เป็นต้น งานวิจัยเหล่านี้ที่ให้ผลการศึกษา ในทางที่ดีในการควบคุมพฤติกรรมและลดน้ำหนักได้ แต่ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher and Rosenstock¹² โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะมี พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมโดยบุคคลนั้น ซึ่งวิไลรัตน์ บุญราศรี¹³ ได้ ทดลองใช้แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ ของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุง ผล การทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ทุกด้าน และ การปฏิบัติของภาวะอ้วนลงพุงอยู่ในระดับสูง มา ประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะ อ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรใน โรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่ม ตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 34 คน และกลุ่ม เปรียบเทียบ(Comparison group) จำนวน 34 คน รวมทั้งสิ้น 68 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม (two group pre-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ที่มีดัชนีมวล กายมากกว่า 25 กก./ม² ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล

สุโขทัย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอ้วน จำนวน 473 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มี ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม² ปฏิบัติงานอยู่ใน โรงพยาบาลสุโขทัย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคอ้วน จำนวน 68 คน คัดเลือกจากอาสาสมัครที่ สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา โดยใช้คุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคอ้วน ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม² ขึ้นไป
2. เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลสุโขทัย
3. อ่านหนังสือได้ สามารถฟังการบรรยาย และสนทนาได้ดี
4. เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และเข้าร่วมการ วิจัยได้ตลอดระยะการทำการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
2. ผู้ที่กำลังตั้งครรภ์อยู่ ผู้มีโรคอันตราย ร้ายแรง และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่เป็นอุปสรรคต่อ การ

เข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้ที่จะโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงานออก จากโรงพยาบาลสุโขทัย

โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) จำนวน 34 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) จับฉลากรายชื่อแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออกได้ จำนวนรวมทั้งสิ้น 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ โดยวิไลรัตน์ บุญราศรี¹² ได้ทดลองใช้

แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ทุกด้าน และการปฏิบัติของภาวะอ้วน ลงพุงอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อเดิมเกี่ยวกับโรคอ้วน กิจกรรมที่ 2 การบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการรับรู้ กิจกรรมที่ 3 บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง คิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม และหาทางแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้ เสนอสุขภาพ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง จัดตั้งกลุ่มไลน์ กิจกรรมที่ 5 สร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการโทรวิดีโอไลน์เยี่ยมบ้าน และแก้ปัญหาร่วมกัน และกิจกรรมที่ 6 ให้ข้อมูลย้อนกลับ และสรุปกิจกรรม

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเดิมข้อความ และเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับสาเหตุอาการ และการป้องกันโรค ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1

คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนใช้ การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom มีเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโรคอ้วน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน, การรับรู้

ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน จำนวน 45 ข้อ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน

ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบวัดการประมาณค่า 3 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's Scale คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย โดยการเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น จำนวน 11 ข้อ

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน

ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบวัดการประมาณค่า 3 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's Scale คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย โดยการเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น จำนวน 10 ข้อ

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน

ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบวัดการประมาณค่า 3 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's Scale คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย โดยการเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น จำนวน 9 ข้อ

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน

ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบวัดการประมาณค่า 3 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's Scale คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย โดยการเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น จำนวน 9 ข้อ

5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน

ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบวัดการประมาณค่า 3 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's Scale คือ ทำได้อย่างแน่นอน ทำได้บางครั้ง ทำไม่ได้ โดยการเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น จำนวน 6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโรคอ้วน 45 ข้อ ประกอบด้วย

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมาก 3 คะแนน	เห็นด้วยมาก 1 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน	เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรค

อ้วน ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการงดดื่มสุรา ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบการวัดประมาณค่า 3 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's Scale คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

2. การตรวจสอบความตรง

นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.66 - 1

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

การตรวจสอบความเชื่อมั่น นำไปทดสอบ (try out) กับผู้มีภาวะโรคอ้วนในตำบลบ้านกล้วย อำเภอมะนัง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 20 คน โดยแบบสอบถามแบบเลือกตอบ นำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สถิติ KR-20 ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนโดยรวม (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน) และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.72, 0.74, 0.82, 0.74, 0.87 และ 0.78 ตามลำดับ.

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง

1. กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลแบบปกติ

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการ และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ได้แก่ การซักถามอาการ ประวัติการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา ตามสภาพปัญหา วัดความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและให้บัตรนัดครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 12

สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 40 นาที ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อวัดความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test)

2. กลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้การเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived susceptibility และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity)

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสุโขทัยเป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 50 นาที มีขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยทำความรู้จัก แนะนำตนเองกับกลุ่มทดลอง แนะนำตนเองพร้อมกับทำป้ายชื่อติดไว้ จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย รายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม การคัดกรองอาการเสี่ยงโดยวัดความดันโลหิตสูง วัดค่าดัชนีมวลกาย และให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) ใช้เวลา 20 นาที

2. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อเดิมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจากการเจ็บป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด รวมทั้งการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคอ้วน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละท่านร่วมแสดงความคิดเห็นและออกมาเขียนความเชื่อเดิมที่ตนเองมีลงบนกระดานบอร์ด หลังจากนั้นให้แต่ละท่านทดลองประเมินความเชื่อเกิดจากแสดงความคิดเห็นของคนในกลุ่มว่าถูกหรือผิดลง กระดาษของตนเอง ใช้เวลา 20 นาที

3. ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ใช้เวลา 10 นาที

4. จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อสอบถาม และติดตาม

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2

กิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 90 นาที มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงจากการเกิดโรคอ้วน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละท่านบอกถึงโอกาสเสี่ยงของตนเอง ที่มีต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ และให้บอกถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดที่รู้จักของภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน ใช้เวลา 20 นาที

2. การบรรยายให้ความรู้โดยผู้วิจัยเกี่ยวกับโรคอ้วน ร่วมกับการนำเสนอสื่อตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดิทัศน์ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) โดยมีเนื้อหาที่เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน ประกอบด้วย 6 ตอน ใช้เวลาตอนละ 3-5 นาที ดังนี้

ตอนที่ 1 เรื่อง “ต้นเหตุของโรคอ้วน” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราว เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคอ้วน ซึ่งมีสาเหตุและมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม

ตอนที่ 2 เรื่อง “การกินที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่โอกาสเสี่ยงในการโรคอ้วน ได้แก่ การรับประทานอาหารหวานจัด อาหารที่มีไขมันสูง และการรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย

ตอนที่ 3 เรื่อง “เกราะป้องกันโรคอ้วน” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วนที่เหมาะสม โดยนำเสนอพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด อีกทั้งผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญโดยนำเสนอสื่อโปสเตอร์เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” และเรื่อง “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ”

ตอนที่ 4 เรื่อง “ตอนสัญญาเตือนภัย” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีอาการของโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

ตอนที่ 5 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเรื่องการรับประทานอาหาร เน้นการรับประทานผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือรสหวานจัด

ตอนที่ 6 เรื่อง “เป็นโรคซะแล้ว” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ให้มีการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทักษะคิด และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดให้มีความเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน

3. ผู้วิจัยนำเสนอการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนของโรคอ้วนในปัจจุบัน โดยแนะนำประวัติโดยสังเขป และเปิดโอกาสให้ตัวแบบ ได้เล่าประสบการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคอ้วน ใช้เวลา 10 นาที

4. ผู้วิจัยชี้และสรุปประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในช่วงที่ป่วยเป็นโรคอ้วนจากการเสนอสื่อจากวีดิทัศน์ และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นโดยมุ่งเน้นการฝึกการคิดวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองและตระหนักถึงความสำคัญจากสิ่งที่ได้เรียนรู้จนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุจากโรคอ้วน ใช้เวลา 10 นาที

5. ผู้วิจัยเฉลยการประเมินความคิดที่เกิดจากการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยจากกิจกรรมที่ 1 และอธิบายเพิ่มเติมความรู้ที่ถูกต้อง พร้อมกับมอบรางวัลให้กับผู้ที่ตอบได้ถูกต้องมากที่สุด ใช้เวลา 10 นาที

6. ผู้วิจัยแจกคู่มือและชี้แจงรายละเอียดการลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนและให้น้ำกลับไปทดลองบันทึกด้วยตนเองที่บ้าน และนำมาตรวจสอบความถูกต้องในครั้งต่อไป ใช้เวลา 10 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสุโขทัย

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)

กิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อประเมินความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคอ้วนเกี่ยวกับประโยชน์ที่ท่านได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำและอุปสรรคที่เป็นปัญหาทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม มีอะไรบ้าง ใช้เวลา 15 นาที

2. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโดยการให้ผู้ป่วยโรคอ้วนแต่ละท่านบอกเล่าประสบการณ์ตนเองและชี้ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคจากการบอกเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคอ้วน ใช้เวลา 15 นาที

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคอ้วนซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้าน พร้อมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกับการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน พุดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อกระตุ้นเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ใช้เวลา 15 นาที

4. การให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรม การป้องกันโรคแทรกซ้อนชี้แจงเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคิดคะแนน และการมอบรางวัลและให้นำกลับไปบันทึกด้วยตนเองที่บ้าน โดยนำมาตรวจสอบความถูกต้องในครั้งต่อไป ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

กิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลา 120 นาที

1. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 11 คน จัดกิจกรรมออกเป็น 3 ฐาน ดังนี้

1.1 ด้านการรับประทานอาหาร คือ ฐานที่ 1 มีกิจกรรมดังนี้

ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ และแนะนำตัวอย่างการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนใช้เวลา 20 นาที

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคอ้วนช่วยกันคิดวิเคราะห์โดยมีแผ่นภาพ ตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยงและให้ผู้ป่วยโรคอ้วนแบ่งแยกประเภทอาหารให้ถูกต้อง ใช้เวลา 20 นาที

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคอ้วนนำเสนอเมนูอาหารเพื่อสุขภาพโดยยกตัวอย่างอาหารที่เน้นอาหารการใช้ภูมิปัญญาในท้องถิ่นที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนใช้เวลา 20 นาที

1.2 ด้านการออกกำลังกาย คือ ฐานที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวนำในเรื่องการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคอ้วนและเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ให้คำแนะนำ สาธิต และฝึกทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ร่วมกับการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเองที่บ้าน ใช้เวลา 20 นาที

1.3 ด้านการจัดการความเครียด คือ ฐานที่ 3

1.3.1 ผู้วิจัยกล่าวนำในเรื่องการจัดการความเครียด ให้คำแนะนำ สาธิต และฝึกทักษะวิธีการฝึกปฏิบัติการจัดการความเครียดด้วยตนเองโดยการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการเลือกรูปแบบการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ใช้เวลา 20 นาที

1.3.2 ผู้วิจัยสรุปผลการทำกิจกรรมให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนในการรับรู้ความสามารถ

ของตนเองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการโรคอ้วนใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 4-11 ครั้งที่ 4-11

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

กิจกรรมที่ 5 เป็นกิจกรรมรายบุคคล ใช้เวลา 30 นาที

ผู้วิจัยสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและญาติ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคอ้วนจากการพูดคุยซักถามถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข พร้อมทั้งชี้แนะให้ความรู้คำปรึกษา หรือการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับการพูดชมเชยให้กำลังใจ เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและตัดสินใจในการร่วมมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 12 ครั้งที่ 12 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสุโขทัย

กิจกรรมที่ 6 เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลา 90 นาที

1. ผู้วิจัยทำการตรวจวัดความดันวัดค่า BMI ตรวจสอบการลงบันทึกผลตรวจในแบบบันทึกพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคอ้วนใช้เวลา 20 นาที

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการบันทึกพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนและแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงค่า BMI ใช้เวลา 20 นาที

3. ผู้วิจัยสรุปคะแนนที่ได้และมอบรางวัลสำหรับผู้ที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคอย่างเหมาะสม พร้อมกับกล่าวคำชมเชย และให้กำลังใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่อพฤติกรรมป้องกันการโรค และเน้นย้ำถึงผลดีของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อน ใช้เวลา 30 นาที

4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเพื่อสรุปหาแนวทางแก้ไข และผู้วิจัยซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนหากต้องการให้มีความยั่งยืนควรมีการปฏิบัติตนอย่างไร พร้อมทั้งเน้นย้ำ ถึงการมี

พฤติกรรมปฏิบัติอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป และขอความร่วมมือผู้ป่วยทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) พร้อมทั้งแจ้งสิ้นสุด การเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมกล่าวแสดงความขอบคุณผู้มีส่วนร่วมการวิจัยทุกท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย
2. ประชุมชี้แจง กลุ่มตัวอย่าง และผู้ที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดในแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับความยินยอม จึงเตรียมดำเนินการเก็บข้อมูล
5. ดำเนินการรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการ 54/2021 รับรองวันที่ 14 ธันวาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ T- test

ผลการวิจัย

ประสิทธิผลการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัยโดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยบรรยายประกอบตาราง ดังนี้

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ		กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	เพศชาย	4	5.60	0.00	0.00
	เพศหญิง	30	41.70	34	100.00
อายุ (ปี)	24 – 33 ปี	9	26.20	4	11.70
	34 – 43 ปี	5	14.60	9	29.10
	44 – 53 ปี	8	11.20	15	44.10
	54 – 60 ปี	12	48.00	6	15.10
สถานภาพสมรส	โสด	7	20.60	6	17.60
	สมรส	22	64.70	21	61.80
	หม้าย	2	5.90	4	11.80
	หย่าร้าง	3	8.80	3	8.80
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษา	8	23.52	4	11.80
	อนุปริญญา	9	26.50	9	26.50
	ปริญญาตรี	15	44.10	19	55.90
โรคประจำตัว	ไม่มี	19	55.90	20	58.80
	โรคเบาหวาน	2	5.90	1	2.90
	โรคความดันโลหิตสูง	4	11.80	7	14.70
	โรคเบาหวานและโรคความดัน	4	11.80	1	2.90
	อื่น ๆ	5	14.70	7	20.60
ประวัติการเป็นโรคอ้วนของบุคคลในครอบครัว	ไม่มี	14	41.20	13	38.20
	มี	20	58.80	21	61.80
เคยลดความอ้วน	เคย	24	70.60	25	73.50
	ไม่เคย	10	29.40	9	26.50
ค่าดัชนีมวลกาย	น้ำหนักเกิน (25 – 29.99 กก./ม ²)	20	58.80	17	50.0
	โรคอ้วน (> 30 กก./ม ²)	14	41.20	17	50.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 41.70 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 45.15 ปี (S.D. = 11.69) สถานภาพสมรสร้อยละ 64.70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.10 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 55.90 ประวัติการเป็นโรคอ้วนของบุคคลในครอบครัวร้อยละ 58.80 เคยลดความอ้วนร้อยละ 70.60 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (25 – 29.99 กก./ม²)

ร้อยละ 58.80 และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 44.74 (S.D. = 0.40) สถานภาพสมสร้อยละ 61.80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 55.90 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 58.80 ประวัติการเป็นโรคอ้วนของบุคคลในครอบครัวร้อยละ 61.80 เคยลดความอ้วนร้อยละ 73.50 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน (> 30 กก./ม²) ร้อยละ 50.00

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และ พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน				
ก่อน	8.47	1.48	10.370	0.01**
หลัง	10.82	0.96		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด				
ก่อน	16.26	3.42	21.409	0.01**
หลัง	27.52	1.54		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน				
ก่อน	28.41	2.94	3.14	0.01**
หลัง	30.00	0.00		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน				
ก่อน	18.85	3.42	16.477	0.01**
หลัง	24.73	2.12		
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อ				
ป้องกันโรคอ้วน				
ก่อน	21.94	3.54	8.047	0.01**
หลัง	25.94	1.27		
ก่อน	9.61	2.48	11.767	0.01**
หลัง	14.64	2.35		
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วน				
ก่อน	37.58	3.59	5.108	0.01**
หลัง	41.44	2.56		
ค่าดัชนีมวลกาย				
ก่อน	29.91	3.72	5.319	0.01**
หลัง	29.35	3.54		

จากตาราง 2 การวิเคราะห์ความแตกต่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และ พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน พบว่า ในกลุ่มทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน (การ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน การรับรู้ความ รุนแรงของการเกิดโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการ

ป้องกันโรคอ้วน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อ
ป้องกันโรคอ้วน การรับรู้ความสามารถของตนเองใน
การป้องกันโรคอ้วน) และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน
มีค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ก่อนและ
หลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อประเมินประสิทธิผลการประยุกต์
แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดภาวะโรคอ้วน พบว่า ค่า
ดัชนีมวลกายหลังการทดลองลดลงความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน				
กลุ่มทดลอง	10.82	0.96	9.491	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.26	1.23		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน				
กลุ่มทดลอง	27.52	1.54	22.061	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.41	3.01		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน				
กลุ่มทดลอง	30.00	0.00	68.88	0.834
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.94	1.61		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน				
กลุ่มทดลอง	24.73	2.12	22.654	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.94	2.13		
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน				
กลุ่มทดลอง	25.94	1.27	9.509	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.38	2.48		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน				
กลุ่มทดลอง	14.64	2.36	15.798	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.59	1.10		
พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน				
กลุ่มทดลอง	44.29	2.56	-3.903	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	41.44	3.40		

จากตาราง 3 การยืนยันประสิทธิผลของ
โปรแกรมการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดภาวะโรค
อ้วน โดยเปรียบเทียบหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค

อ้วน การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ
การเกิดโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค
อ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน การ
รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน การ
รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน)

และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน หลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะโรคอ้วน สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1 ในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.001$) แสดงว่ากลุ่มทดลองได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอาจเนื่องมาจากเป็นกิจกรรมที่ร่วมกันแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา สร้างความเข้าใจของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการลดน้ำหนัก เพื่อป้องกันโรคอ้วนสอดคล้องกับการศึกษาของกุสุมา สุริยา¹⁰ ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($p < 0.001$)

เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน) ระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าเมื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรคอ้วน กลุ่มทดลองมีการรับรู้เพิ่มขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา สุริยา¹⁰ ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยกา

ประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนัก สูงกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$)

เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนที่มีอิทธิพลต่อตัวชี้นำสู่การปฏิบัติ ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดัน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคอ้วน และเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ โดยการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ถูกต้อง และการจัดการอารมณ์ รวมถึงการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher and Rosenstock¹¹ กล่าวว่า การได้รับความรู้คำแนะนำ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การได้รับบัตรเตือน การกระตุ้นเตือนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารโดยผ่านทางสื่อต่างๆ และของรางวัล เป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ ธีระวัฒนานนท์⁹ ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีภาวะอ้วน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การรับรู้ดุลยพินิจพบว่า ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้ข้อดีหรือประโยชน์ในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารมากและมีการรับรู้ข้อเสียหรืออุปสรรคในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารน้อย และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม

สุขภาพมีการรับรู้ข้อเสียหรืออุปสรรคในการออกกำลังกายน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. หลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้าน คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอ้วน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดภาวะโรคอ้วน รวมทั้งรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการ มีผลต่อการทดลองทำให้ค่าดัชนีมวลกายกลุ่มทดลองลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิลรัตน์ บุญราศรี¹³ ที่ใช้แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่าโปรแกรมนี้ สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) Strecher and Rosenstock¹⁴ กล่าวว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของบุคคลมีอิทธิพลต่อแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และการศึกษาของภัทรพร ชูศรี¹⁵ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงในวัยทำงาน (15-59 ปี) อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงสูง การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันเป็นประจำสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการศึกษาที่ได้ควรพิจารณาให้ ความสำคัญในการจัดกิจกรรมติดตามปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในแอปพลิเคชัน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและมีส่วนร่วมอย่าง สม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ที่ได้ ให้ความอนุเคราะห์แนะนำและผู้เข้าร่วมวิจัยทำให้เกิด คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases [internet].2017 [cited 2019 Jan 19]. Available from <https://www.who.int/en/news-room/fact-heets/detail/cardiovascular-cvds>.
2. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 1]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานประจำปี 2558.รายงานประจำปี 2558 กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
4. ปิยะสกล สกลสัตยาทร,ประชุมมหกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>. (in Thai),2561.
5. Thai Health Promotion Foundation. How to exercise [internet]. 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from:[http://www.thaihealth.or.th/Content/26616%E0%B8%AD%E0%B8%A%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%B3%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%84%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B5%20.html](http://www.thaihealth.or.th/Content/26616%E0%B8%AD%E0%B8%A%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%B3%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%AD%E0%B8%A2%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%84%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B5%20.html). (in Thai)

6. กรมสุขภาพจิต.ออกกำลังกาย คำนวณอย่างไร เพื่อผลต่อการทำงานหัวใจ. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท ,2563.
7. โรงพยาบาลสุโขทัย.รายงานประจำปี.เอกสารสรุป รายงานประจำปี 2561 โรงพยาบาลสุโขทัย ,2561.
8. จุฬารรรณ วิสสา, วันธนี วิรุฬพานิช และ พิสมัย วัฒนสิทธิ์.ผลของโมบายแอปพลิเคชันการควบคุม น้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรม ทางกาย และน้ำหนักตัวในวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนัก เกิน. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563 ; 12(1), 73-85,2563.
9. ปวีณา ศิริโชติ.ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตาม นโยบายลดพุงลดโรคด้วยหลัก 3 อ. ของบุคลากร โรงพยาบาลนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนา สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ,2560.
10. จิรนนท์ ช่วยศรีนวล, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ และ สมเกียรติยศ วรเดช.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563 ; 6(1), 2-33,2563.
11. สุกัญญา คณะวาปี และ เกศินี สราญฤทธิชัย โปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็ก วัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน 2565 ; 8(2), 105-118,2565.
12. Rosenstock, I. M. Historical origins of the Health Belief Model. in The Health belief model and personal behaviors. New Jersey: Charle B. Slack,1947.
13. วิไลรัตน์ บุญราศรี.แบบแผนความเชื่อและ พฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะ ที่มีภาวะอ้วนลงพุง. การค้นคว้าอิสระ คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2560.
14. Strecher, V. J., and Rosenstock, I. M. The Health Belief Model. In Health behavior and health education: Theory, research, and practice. (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass,1977.
15. ภัทรพร ชูศรี. ความชุกและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงในวัยทำงาน (15-59ปี)อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2562.

Received: 17 Aug 2022, Revised: 16 Sep 2022

Accepted: 11 Oct 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบแผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตามวิถีชีวิตใหม่ ตำบลแม่ต๊ำ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

อำพรทิพย์ อุดทาโท¹ อนุกุล มะโนทน²

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2) เพื่อพัฒนาแบบ 3) ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้กระบวนการวิจัยแบบ ผสมผสาน (Mixed Method) แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและแนวทางการ ป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มผู้นำชุมชน คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบแผนการ ป้องกันและแก้ไขปัญห ในแกนนำและตัวแทนตำบลแม่ต๊ำ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลด้วย วิธีการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญห นำรูปแบบไปทดลองใช้ ในแกนนำและตัวแทนบ้านแม่ต๊ำ หมู่ 2 จำนวน 50 ราย จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน paired t-test จากผลการศึกษาพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่า ตัวตายอยู่ระดับน้อย และรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายเดิม ไม่สามารถทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง เกิดการพัฒนาแบบแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากคัดกรอง 2Q ST5 กิจกรรมสุขศึกษา เป็น 3 รวม 3 รวม 1) ร่วมออกแรง มีการร่วมกันสอดส่องดูแลผู้มีปัญหาภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุก กลุ่มวัย จาก ญาติพี่น้องในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน 2) ร่วมสนับสนุน งบประมาณ จากองค์กรท้องถิ่น ในการขับเคลื่อนงานการแก้ไขปัญห 3) ร่วมสนับสนุนข้อมูล แนวทาง และสร้าง คู่มือในการป้องกันและแก้ไขปัญห และผลการประเมินรูปแบบ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของบ้านแม่ต๊ำ หมู่ 2 แตกต่างจากก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และบ้านแม่ต๊ำ หมู่ 2 ไม่พบ การฆ่าตัวตายสำเร็จ

คำสำคัญ การพัฒนาแบบแผน,การมีส่วนร่วมของชุมชน การฆ่าตัวตายสำเร็จ กระบวนการ Appreciation Influence Control

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอกคำใต้ ตำบลแม่ต๊ำ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52110

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยพะเยา.

*Corresponding author : kikamporntip@gmail.com

*Original Article***Development of community participation process is solving suicide problems successfully new normal in Maeteep Subdistrict, Ngao District, Lampang Province****Amporn tip Audtato¹ Anukul Manoton²****Abstract**

This research aimed to conduct a situational analysis related to suicide and community participation in suicide prevention to develop and evaluate the suicide prevention model. This research and development by mixed method divided into three parts. There were 1) situational analysis: in 60 patients and community leaders selected by simple sampling technique. data were collected from interviews with respondents' questionnaire and analyzed using descriptive statistics; 2) development of a suicide prevention model in 30 community leaders selected by purposive sampling technique. Data evaluation suicide prevention model. The specific model used for 50 Maeteep community leaders selected by sample size technique with questionnaire and interviews; analyzed by using descriptive statistics and paired t-test.

The result found that the problem to successful suicide rate decreased and community participation were between low to moderate score. Maeteep Subdistrict was develop model from screen 2Q ST5 and Health Promotion to 3 COOPERATE, including 1) Empowerment cooperate 2) Budget cooperate 3) Information cooperate. The evaluation 3 COOPERATE before and after develop model were significantly at 0.05 ($p < 0.05$) and no suicide problems successfully in Ban Maeteep Moo 2 Maeteep Subdistrict, Ngao District, Lampang Province.

Keywords: model development, community participation model, suicide successfully, Appreciation Influence Control technique

¹Bandokkhamtai Subdistrict Health Promoting Hospital, Maeteep Subdistrict, Ngao District, Lampang Province. 52110.

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

*Corresponding author : kikamporn tip@gmail.com

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความล้มเหลวในการปรับตัวของบุคคลในการเผชิญและปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น องค์การอนามัยโลกระบุว่า การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควร¹ ในปัจจุบันสังคมไทยยังคงเผชิญหน้ากับผลกระทบของภาวะวิกฤตทั้งภายในและภายนอก เป็นผลให้พฤติกรรมของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในโลกปัจจุบันเป็นโลกของการแข่งขัน เป็นโลกแห่งการเจริญของวัตถุ ทุกคนต่างแก่งแย่งเพื่อให้ตัวเองมีชีวิตอยู่รอด ส่งผลให้เกิดโรคที่ไม่ติดต่ออย่างหนึ่งนั่นคือโรคเครียด โรควิตกกังวล เมื่อมีภาวะนี้ยาวนานก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือเกิดภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิตได้ และมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวช เดิมนั้นเป็นหน้าที่โดยตรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีความสามารถ เป็นภาระของสังคม เมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชตลอดชีวิต แต่ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยจิตเวชก็คือคนคนหนึ่ง ที่ต้องอยู่ร่วมกับคนที่ตนรัก ต้องการให้ทุกคนเห็นคุณค่าในตัวเขา และเมื่อได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทุเลาแล้ว สามารถกลับไปปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้ หากเพียงคนรอบข้างคนใกล้ชิดหรือคนในชุมชนให้โอกาส ให้กำลังใจ ช่วยกันดูแลเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดี ดังนั้นการทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อลดปัญหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเกิดขึ้นกับทุกเพศ จากตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร² โดยพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี พ.ศ. 2559-2563 เป็น 6.35, 6.03, 6.32, 6.64 และ 7.37 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² ซึ่งจังหวัดลำปางเป็นจังหวัดที่มีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรสูง โดยพบอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559-2563 เป็น 13.23, 11.54, 10.37, 11.37 และ 17.42 ตามลำดับ ในอำเภองาว พบอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559-2563 เป็น

24.87, 16.00, 34.30, 25.30 และ 40.07 ตามลำดับ และเมื่อผู้วิจัยได้ทำศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากรายงานทะเบียนการตาย และวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข ของตำบลแม่ต๊ำ 5 อันดับแรก โดยพิจารณาจากขนาดของปัญหา ความรุนแรง ความยาก-ง่าย ในการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาและความตระหนักของชุมชน อันดับ 1 คือ ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ซึ่งพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 เท่ากับ 24.04, 24.94, 116.92 49.88 และ 51.71 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁴ จะเห็นได้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นและยังพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายอยู่ระดับน้อย จึงจำเป็นต้องทำการแก้ปัญหาดังกล่าว เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายสำเร็จโดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) โดยเทคนิคดังกล่าวจะเป็นกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ของ William E. Smith จะเป็นการสร้างให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสาร ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมอง ในการศึกษา วิเคราะห์ พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญห และพัฒนาเกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์ และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น และเพื่อนำผลที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในตำบลแม่ต๊ำ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

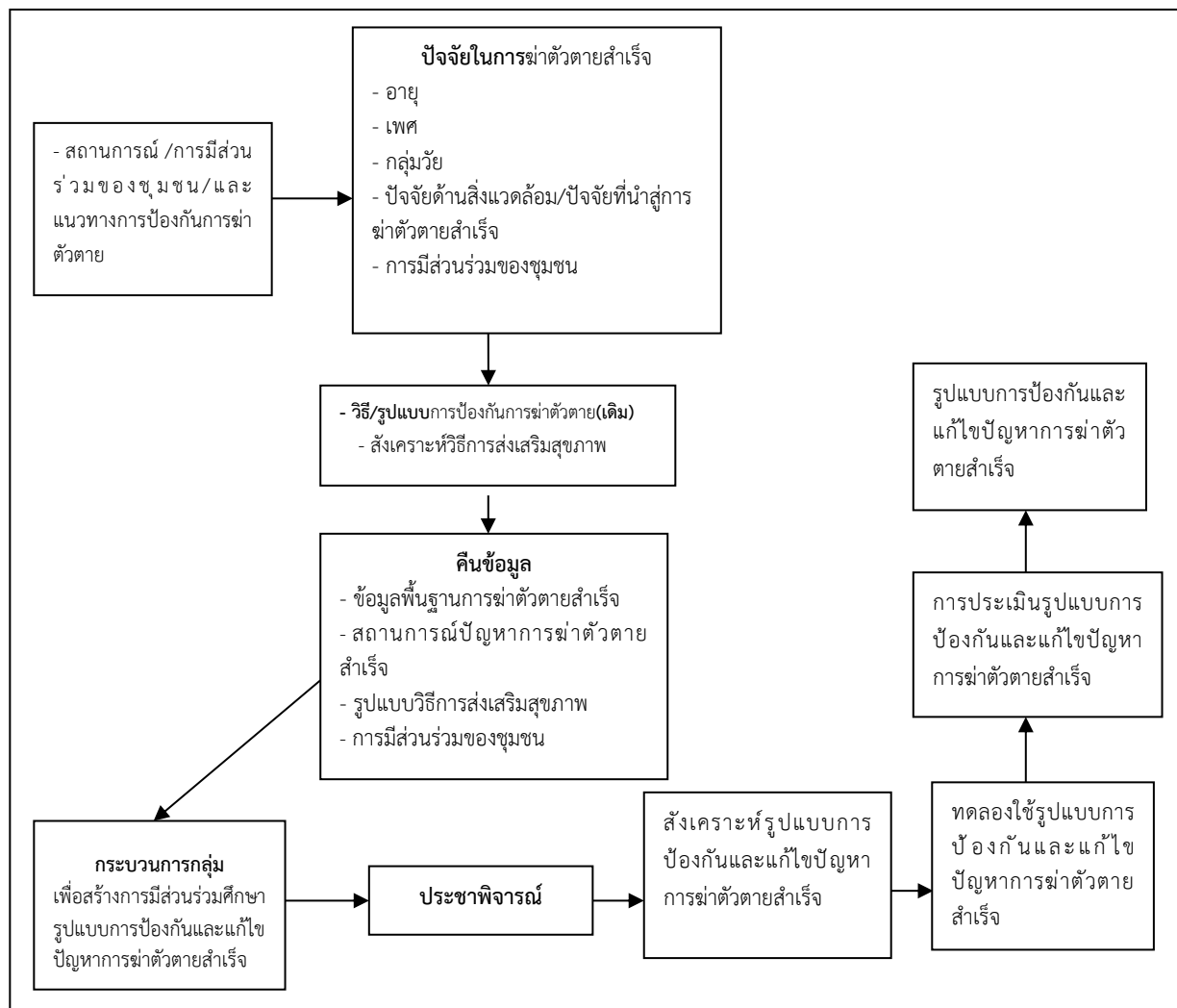
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา สภาพปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายสำเร็จ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายสำเร็จ

กรอบแนวคิดและสมมุติฐาน

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังจากดำเนินการรูปแบบป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) ตำบลแม่ต๊ิบ อำเภองาว จังหวัดลำปาง อัตราการฆ่าตัวตายเป็นจริงลดลง

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) เป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยใช้กระบวนการแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การฆ่าตัวตายสำเร็จ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดำเนินการในช่วงระยะเวลา เดือน มิถุนายน - กันยายน พ.ศ.2564

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) ดำเนินการในช่วงระยะเวลา เดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ.2564 มีการดำเนินงานทั้งหมด 3 ขั้นตอน

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) ดำเนินการในช่วงระยะเวลา เดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ.2565 มีการดำเนินงานทั้งหมด 2 ขั้นตอน

1. ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

1.1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสภาพปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 50 คน ในตำบลแม่ตึบ คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่ม อย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ด้านข้อมูลพื้นฐานต่างๆ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาจากคุณสมบัติความสามารถในการให้ข้อมูลโดยสามารถให้ข้อมูลได้อย่างเพียงพอ กล่าวแสดงความคิดเห็น มีการเลือกที่หลากหลายกระจายให้ครอบคลุม เป็นตัวแทนกลุ่มต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน

1.2 การวิเคราะห์การใช้วิเคราะห์การใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในตำบลแม่ตึบ ศึกษาข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการให้สุขศึกษา จากเอกสารและข้อมูลจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลงาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อนำมาใช้ในการจัดประเภทเรื่อง (Category of Item) ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของการวิจัย โดยการจำแนกข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางจิตแบบต่างๆ

2. แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ

โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) ในการสร้างให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาเกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น ด้วยหลัก 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมการสร้างความรู้ร่วมกัน (Appreciation : A) กิจกรรมการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) กิจกรรมการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C) กิจกรรมการร่วมกันจัดทำรายละเอียดของแผน และกิจกรรมการร่วมสังเกตและสะท้อนผล มีการดำเนินงานทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือ

2.1 จัดเวทีประชุมเพื่อคืนข้อมูล จากข้อค้นพบในระยะที่ 1 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยตัวแทนประชาชน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตตำบลแม่ตึบ อำเภองาว จังหวัดลำปาง และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ

2.2 กระบวนการศึกษาและพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลแม่ตึบ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action

research) คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมแสดงข้อคิดเห็น เสนอแนะแนว เพื่อศึกษาแนวทางและหารูปแบบ รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วตายเป็น สำเร็จให้ตรงกับบริบทต่อไป

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ตัวแทนประชาชน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการศึกษาระยะที่ 2 ใช้วิธีการ สุ่มแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย โดยแบ่งออกเป็น การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 2 กลุ่มๆ 15 ราย แยกกลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย และกลุ่มประชาพิจารณ์ จำนวน 20 ราย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาจาก คุณสมบัติ ความสามารถในการให้ข้อมูลโดยสามารถ ให้ข้อมูลได้อย่างเพียงพอ กล้าแสดงความคิดเห็น มีการเลือกที่หลากหลายกระจายให้ครอบคลุม เป็น ตัวแทนกลุ่มต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบสนทนากลุ่ม กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเทป โดยมีประเด็นคำถาม หลังจากสนับสนุน สถานการณ์ปัญหามรณะต้วตายเป็น สำเร็จ การมีส่วนร่วม ของชุมชนในการป้องกันการฆ่าต้วตายเป็น สำเร็จ และ แนวทางการป้องกันการฆ่าต้วตายเป็น และเก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการ Focus group discussion ในตัวแทนผู้เข้าร่วมประชุมจากทุกภาค ส่วน เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการป้องกันและ แก้ไขปัญหามรณะต้วตายเป็น สำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of Data)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการถอดเทป การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อนำมาใช้ในการจัดประเภทเรื่อง (Category of Item) ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของการวิจัยวิเคราะห์ หาข้อสรุป

2.3 ประชาพิจารณ์ (Public hearing) การรับฟังความคิดเห็นของตัวแทนประชาชน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เพื่อสังเคราะห์หาข้อสรุปรูปแบบการ ป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วตายเป็น สำเร็จ

3. ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วตายเป็น สำเร็จ

โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) ในการสร้างให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหามรณะต้วตายเป็น และพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์ และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น ด้วยหลัก 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมการสร้างความรู้ร่วมกัน (Appreciation : A) กิจกรรมการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) กิจกรรมการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C) กิจกรรมการร่วมกันจัดทำ รายละเอียดของแผน และกิจกรรมการร่วมสังเกตและ สะท้อนผล มีการดำเนินงานทั้งหมด 2 ขั้นตอน คือ

3.1 การทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วตายเป็น สำเร็จ ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนประชาชน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ที่พักอาศัยบ้านแม่ต๊ิบ หมู่ 2 ตำบลแม่ต๊ิบ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

3.2 ประเมินรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วตายเป็น สำเร็จ

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วตายเป็น สำเร็จ

วิธีการในการศึกษา

ผู้วิจัยใช้การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-Group Before-After Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนประชาชน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ที่พักอาศัยบ้านแม่ต๊ิบ หมู่ 2 ตำบลแม่ต๊ิบ ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย จำนวน 50 ราย

3) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วตายเป็น สำเร็จ ได้แก่ ตัวแทนประชาชน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ที่พักอาศัยบ้านแม่ต๊ิบ หมู่ 2 ตำบลแม่ต๊ิบ ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย จำนวน 50 ราย ดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

1. สมัครเข้าร่วมโดยสมัครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทำวิจัย
2. สามารถอ่านออกเขียนได้

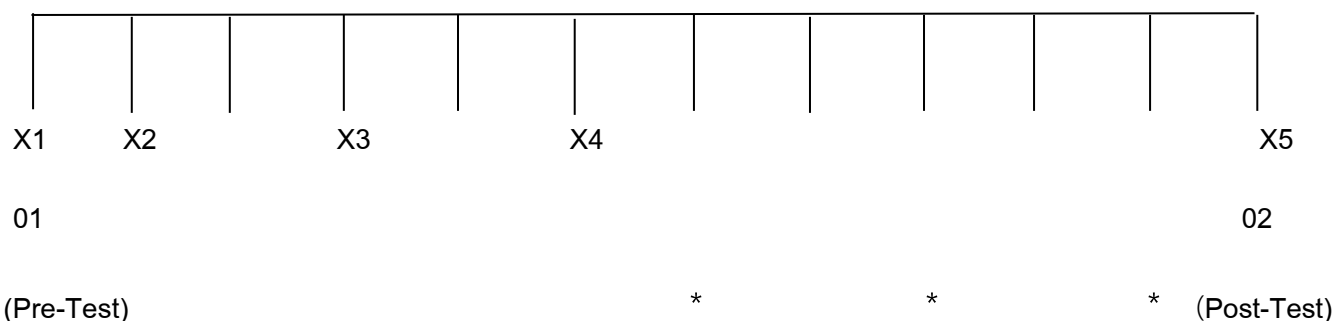
เกณฑ์คัดออกจากการวิจัยมีดังนี้

1. เกิดภาวะเจ็บป่วยขณะเข้าร่วมกิจกรรม
2. ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 1 ครั้งขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วต่ายสำเร็จ (3 รวม 3 รวม) การดำเนินประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด

5 กิจกรรม คือ 1. กิจกรรมการสร้างความรู้ร่วมกัน (Appreciation : A) 2. กิจกรรมการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) 3. กิจกรรมการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) 4. กิจกรรมการร่วมกันจัดทำรายละเอียดของแผน 5. กิจกรรมการร่วมสังเกตและสะท้อนผล ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในการศึกษา รูปแบบ กิจกรรมที่ 4 กลุ่มตัวอย่างได้ทำการจัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดำเนินการเฝ้าระวังในกลุ่มเปราะบาง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มจิตเวช และกลุ่มติดสุรา จำนวน 20 ราย

แบบแผนการวิจัย



ภาพที่ 2 แบบแผนการวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

01 = การประเมินผล ก่อนการใช้ผลของการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วต่ายสำเร็จ

02 = การประเมินผล หลังการใช้ผลของการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วต่ายสำเร็จ

X1, X2, X3, X4, X5= เป็นกิจกรรม ซึ่งดำเนินการติดต่อกัน 12 สัปดาห์

* = การติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเปราะบาง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มจิตเวช และกลุ่มติดสุรา จำนวน 20 ราย โดยทีม 3 หมอ

4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกระบวนการมีส่วนร่วม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน

ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วต่าย 2 ด้าน จำนวน 33 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) ใช้วิธีการประเมินผลการศึกษาของเบทส์⁵ ประกอบไปด้วย

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหามรณะต้วต่าย จำนวน 11 ข้อลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

การมีส่วนร่วมระดับมากที่สุด 5 คะแนน

การมีส่วนร่วมระดับมาก 4 คะแนน

การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง 3 คะแนน

การมีส่วนร่วมระดับน้อย 2 คะแนน

การมีส่วนร่วมระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน

ด้านปัญหามรณะต้วต่ายของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหามรณะต้วต่าย จำนวน 22 ข้อ ลักษณะข้อคำถามด้านลบ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรา

ส่วน (rating scale) ชนิด 5 ตัวเลือก ตามเกณฑ์การให้คะแนน

ระดับมากที่สุด ให้	1	คะแนน
ระดับมาก ให้	2	คะแนน
ระดับปานกลาง ให้	3	คะแนน
ระดับน้อย ให้	4	คะแนน
ระดับน้อยที่สุด ให้	5	คะแนน

- กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของด้าน การมีส่วนร่วมของชุมชน, ด้านปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบอ้างอิงเกณฑ์ซึ่งประยุกต์จากหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการศึกษาของเบทส์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.80 \end{aligned}$$

คะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก

คะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.81 – 2.60 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูล นักวิจัยดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มະโนทน รองคณบดีฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา, นายสุทธิศักดิ์ ธีระเชื้อ สาธารณสุขอำเภอเมือง และนายธนวัฒน์ สมบูรณ์ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมือง และ

นำมาแก้ไข ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. ทดลองใช้ (Try Out) เครื่องมือนี้อย่างกว้างขวางกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น ตัวแทนประชาชน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตำบลบ้านแหง เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อห่อ จำนวน 35 ราย ซึ่งกลุ่มประชากรดังกล่าวมีลักษณะคล้ายคลึงกัน

3. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มที่มีค่าคะแนนสูงกับกลุ่มที่มีค่าคะแนนต่ำ ด้วยสถิติ One-Group t-test ในกรณีข้อคำถามใดมีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.2 แสดงว่า ข้อคำถามนั้นไม่สามารถวัดความแตกต่างของกลุ่มที่มีค่าคะแนนสูงกับกลุ่มที่มีค่าคะแนนต่ำได้ ดังนั้น ข้อคำถามนั้นจะถูกตัดออกหรือนำมาปรับปรุงแก้ไข

4. ทดลองใช้ (Try Out) เครื่องมือนี้อย่างซ้ำอีกครั้ง จำนวน 35 ราย

5. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามทั้งชุดนี้มีความเที่ยงอยู่ในระดับไม่ต่ำกว่า 0.6 สามารถนำไปใช้ในเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ติดต่อประสานงานกับชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอกคำใต้ และจัดเตรียมเอกสารและอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการดำเนินการ

2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ทราบรายละเอียดของการวิจัย จากนั้นขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโดยสมัครใจ

2.2 กำหนดวัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล และดำเนินกิจกรรม

2.3 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังดำเนินการ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรอง เลขที่ E2564-056

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร ผู้วิจัย ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปและ ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ตำบลแม่ต๊ำ อำเภอ จาง จังหวัดลำปาง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การหาความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่า ตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ paired t-test

3. เชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วม ของชุมชนในตำบลแม่ต๊ำ อยู่ระดับน้อย ร้อยละ 58.33 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.67 ระดับมาก ร้อยละ 13.33 ระดับมากที่สุด ร้อยละ 5.00 ระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 1.67 ตามลำดับ และจากสถานการณ์ปัญหา การฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ในตำบลแม่ต๊ำ เกิดจากสาเหตุทางกาย จิตใจ และทาง สังคม ซึ่งสาเหตุทางกาย คือ กลุ่มวัยทำงานที่มี ภาวะการติดสุรา กลุ่มวัยผู้สูงอายุการเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง สาเหตุทางจิตใจ คือ เกิดจากความเครียด ความ น้อยใจคนรักหรือคนในครอบครัว สาเหตุทางสังคม คือ ปัญหาเศรษฐกิจ หนี้สิน โดยทั้ง 3 สาเหตุ จะมีความ

เชื่อมโยงกันตลอดเวลา โดยมีสาเหตุหลักอันใดอันหนึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งตัวชี้วัด กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข กำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่ เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร และจากการวิเคราะห์ การ ใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย มี 3 แนวทาง คือ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตใน 5 กลุ่มวัย ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มวัยเรียน กลุ่มเด็กวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ กิจกรรม การคัดกรอง 2Q และ ST5 ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และการติดตามดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้มี ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มติดสุรา จากรูปแบบการป้องกัน การฆ่าตัวตาย ไม่สามารถทำให้อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จลดลง ดังนั้น จึงควรหาวิธีการเพื่อสร้างรูปแบบ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายสำเร็จ

2.1 ผลการจัดประชุม และการทำ Focus group discussion ในการคืนข้อมูล กลุ่มตัวอย่างให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีผู้เข้าร่วมรับฟัง 30 ราย รูปแบบการคืนข้อมูลเป็นลักษณะการประชุม ลักษณะ เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมด เช่น ข้อมูลสภาพปัญหา สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัว ตายสำเร็จ การให้ความรู้ การสังเคราะห์การใช้รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมการคัดกรอง 2Q และ ST5 ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และการติดตาม ดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่ม ติดสุรา เป็นต้น

2.2 ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากผลการศึกษา พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายอยู่ระดับน้อย และ รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายเดิม ไม่สามารถทำให้ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง เกิดการพัฒนาแบบ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ จาก คัดกรอง 2Q ST5 กิจกรรมสุขภาพจิต เป็น 3 รวม 3 รวม 1) ร่วมออกแรง มีการร่วมกันสอดส่องมองหา ดูแลผู้มีปัญหาภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จาก ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ญาติพี่น้องในชุมชน คนในครอบครัว 2) ร่วมสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรท้องถิ่น มีการสนับสนุนงบประมาณขับเคลื่อนงานการดูแลผู้ป่วย การดำเนินงานวิจัย 3) ร่วมสนับสนุนข้อมูล แนวทาง และสร้างคู่มือการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่าน 3 กิจกรรม ดังนี้

2.2.1 กิจกรรมที่ชุมชนดำเนินการเอง คือ การให้สุศึกษา ประสัมพันธ์ ให้ความรู้พื้นฐาน และปรับทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย วิธีการดำเนินการหากพบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหรือคิดอยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี แก่ประชาชนทั่วไป ผ่านช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ เสียงตามสาย ป้ายโฆษณา งานศพ งานเลี้ยงต่างๆ และมีการคัดกรอง ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยบทบาทหน้าที่ที่มีการแบ่งตามความรับผิดชอบ ดังนี้

พระสงฆ์ : ให้ความรู้ในงานบุญ งานศพ งานพิธีทางศาสนา และงานอื่นๆ เช่น การเทศนา เกี่ยวกับเวรกรรม โทษ และผลของการฆ่าตัวตาย

ผู้นำชุมชน : ประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง ผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้าน เดือนละ 2 ครั้ง ในทุกวันที่ 1,16

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ทำหน้าที่เป็นหมอคนที่ 1) : คัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q,ST5) ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีละ 2 ครั้ง ในทุกเดือน มกราคม,มิถุนายน รวมถึงประเมิน/เฝ้าระวัง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง เช่น ดิตสารเสพติด ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว การทะเลาะวิวาท และแจ้งข่าวสารต่อ รพ.สต.บ้านดอกคำใต้

ผู้สูงอายุ : จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเดือนละ 2 ครั้ง ประธานชมรมผู้สูงอายุประชุมแจ้งข่าวสาร

ประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้ความรู้ แนวทางการปฏิบัติตน และมีการชักชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอกคำใต้ (ทำหน้าที่เป็นหมอคนที่ 2) : ประชุมคืนข้อมูลแก่ชุมชน และให้ความรู้แก่ประชาชน ให้ความรู้พื้นฐาน และปรับทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย วิธีการดำเนินการหากพบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหรือคิดอยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี แก่ประชาชนทั่วไป

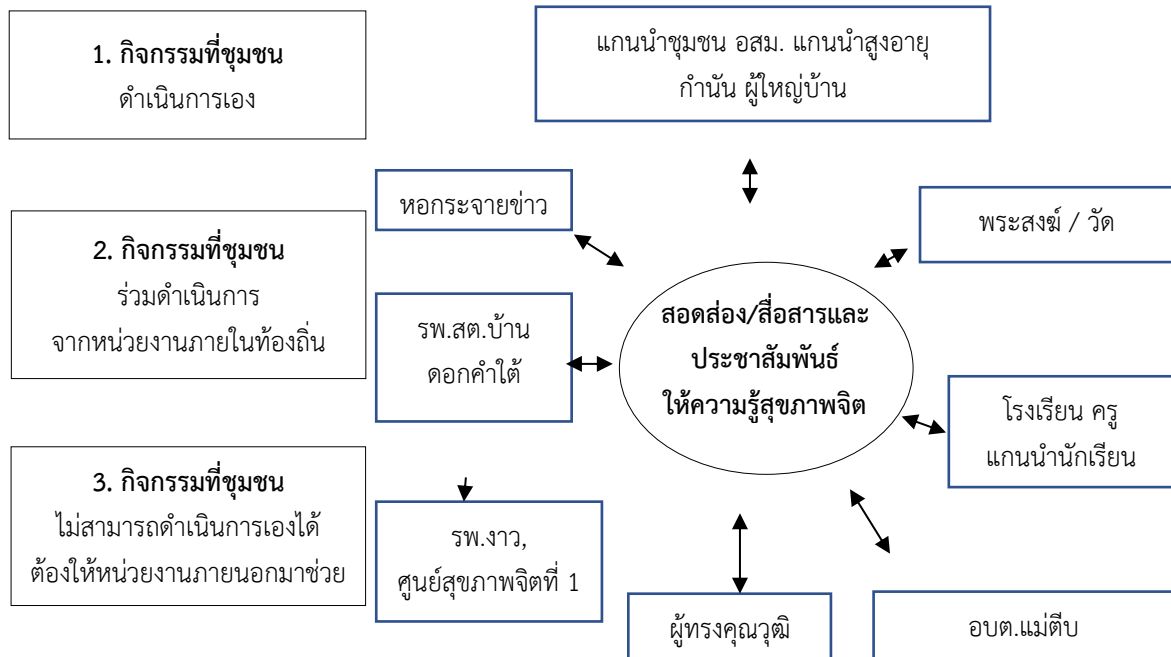
อบต. : สนับสนุนงบประมาณ จัดทีมงานหน่วยกู้ภัยพร้อมช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง

ตัวแทนภาคประชาชน : ประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้านของตนเอง ประชาชนร่วมเฝ้าระวังบุคคลในครอบครัว และมีการแจ้งให้กับผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านดอกคำใต้ ทราบเพื่อหาแนวทางแก้ไขผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2.2 กิจกรรมที่ชุมชนร่วมดำเนินการจากหน่วยงานภายในท้องถิ่น คือ โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลแม่ต๊ิบ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพกลุ่มเปราะบางที่อาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2.3 กิจกรรมที่ชุมชนไม่สามารถดำเนินการเองได้ ต้องให้หน่วยงานภายนอกมาช่วย คือ การพัฒนาระบบการให้บริการให้คำปรึกษา ทางสุขภาพจิต ให้เหมาะสมกับบริบท และเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลงาว (ทำหน้าที่เป็นหมอคนที่ 3) และศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 เชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข

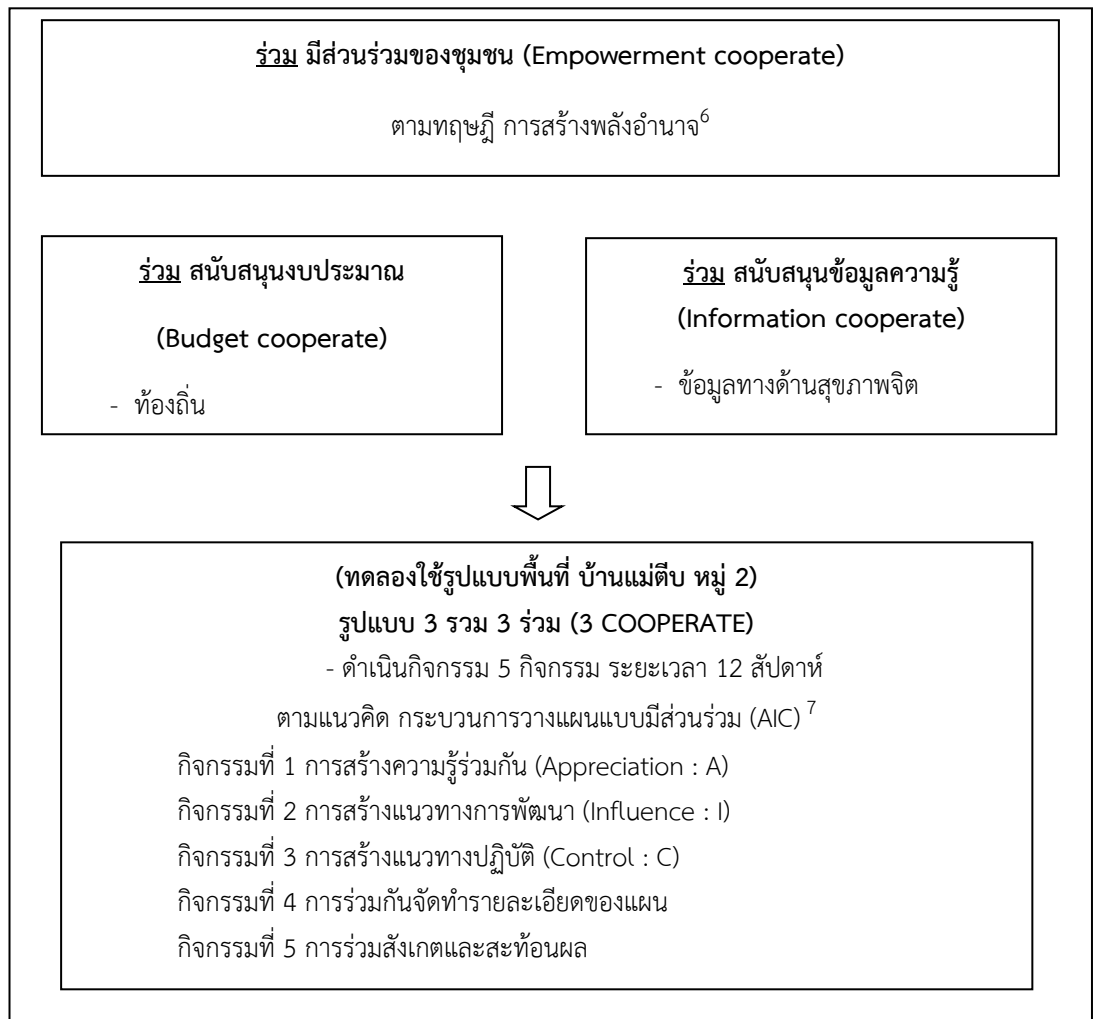
รูปแบบ 3 รวม 3 ร่วม 1) ร่วมออกแรง 2) ร่วมสนับสนุนงบประมาณ 3) ร่วมสนับสนุนข้อมูล/แนวทาง ผ่าน 3 กิจกรรม ดังนี้



แผนภาพที่ 3 รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ

2.3 ผลการรับฟังความคิดเห็น โดยการทำประชาพิจารณ์ ผู้เข้าร่วมเห็นด้วยกับรูปแบบ 3 รวม 3 ร่วม ร้อยละ

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ
สรุปรูปแบบ 3 รวม 3 รวม (3 COOPERATE)



ภาพที่ 4 รูปแบบ 3 รวม 3 รวม (3 COOPERATE)

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.00 มีอายุเฉลี่ยมากที่สุด ร้อยละ 48.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 42.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.00 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 6,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.00

จากการศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบของการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในพื้นที่บ้านแม่ต๊ิบ หมู่ 2 ตำบลแม่ต๊ิบ ทำให้ชุมชน มีความตระหนักและทราบถึงสาเหตุของปัญหา ร่วมกันการทำงานเป็นทีม ก่อเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน การทำงานร่วมกัน เกิดการวางแผนอย่างเป็นระบบ ซึ่งมาจากตัวชุมชนเองเป็นผู้กำหนดและร่วมกันคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยพื้นที่บ้านแม่ต๊ิบ หมู่ 2 มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ คือ โครงการพัฒนาเครือข่ายตำบลแม่ต๊ิบ แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ผ่านคู่มือการป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้นำชุมชน, อบต.แม่ต๊ิบ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ต๊ิบ และขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพกลุ่มเปราะบางที่อาจ

เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การดูแลผู้พิการ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อลดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จากการดำเนินงานตามรูปแบบรูปแบบ 3 รวม 3 ร่วม (3 COOPERATE) ทำให้พื้นที่บ้านแม่ต๊ิบ หมู่ 2 ตำบลแม่ต๊ิบ ไม่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดขึ้นในพื้นที่ และผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวช ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในชุมชน ได้รับการดูแล ติดตามเยี่ยม จากทีมเสริมพลัง (3 หมอ) ร้อยละ 100

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย บ้านแม่ต๊ิบ หมู่ 2 ตำบลแม่ต๊ิบ

การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่บ้านแม่ต๊ิบ หมู่ 2 ตำบลแม่ต๊ิบ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 86) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 14) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน	กลุ่มตัวอย่าง (n=50)			
	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (29–34 คะแนน)	13	26	44	86
มาก (22–28 คะแนน)	17	34	6	14
ปานกลาง (14–21 คะแนน)	10	20	0	0
น้อย (7–13 คะแนน)	9	18	0	0
น้อยที่สุด (0–6 คะแนน)	1	2	0	0
รวม	50	100	50	100
$\bar{x}$, SD.	24.98, 1.01		30.21, 0.68	

เมื่อพิจารณาในส่วนของการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแบบ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแตกต่างกันจากก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

ระดับการมีส่วนร่วม	n	d	SD.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนดำเนินการ	50	14.77	1.01	10.14	7.16	-7.26-13.01	<0.001
หลังดำเนินการ	50	-1.14	0.68				

สรุปผลและอภิปรายผล

1. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ตำบลแม่ติบ อำเภอขาว จังหวัดลำปาง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด และเกิดรูปแบบใหม่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นงคราญ คชรักษา และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง ที่พบว่า รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การสร้างเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพ การเสริมพลังชุมชน การกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการดำเนินกิจกรรมและการประเมินผล คุณภาพรูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมาก และ รพ.สต.ทุกแห่งประสบความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตาย⁸

2. จากกระบวนการสนทนากลุ่ม การสังเกต การแบบมีส่วนร่วม ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ตำบลแม่ติบ พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมทุกชั้นตอน มีบุคคลหลายระดับที่เข้ามามีส่วนร่วม แสดงให้เห็นว่า ทุกฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหาในชุมชน จากผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ ตำบลแม่ติบลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ หยกฟ้า เพ็งเลีย และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่พบว่ารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมครอบครัวมีสุข แกนนำสตรี ใส่ใจชุมชน กิจกรรมดูแลด้วยใจ ทุกวัยเป็นสุข และกิจกรรมสุขสร้างได้ในโรงเรียน ประเมินผลหลังการนำไปใช้พบว่าทุกกลุ่มมีความรู้สุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้น กลุ่มแกนนำครอบครัว กลุ่มเสี่ยง แกนนำชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการร่วมกันจัดทำแผนเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน และเกิดเครือข่ายการดูแลส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน และมีระบบการดูแลส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หลังดำเนินกิจกรรม 3 และ 6 เดือน ไม่พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่⁹

จากการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิด ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความตระหนักถึงปัญหา สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาในชุมชน ร่วมกันค้นหาสาเหตุ ตลอดจนผลกระทบของปัญหา การร่วมกันทำงานเป็นทีมและร่วมกำหนดแผนงานและโครงการต่างๆ ในชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันและแก้ไข ก่อให้เกิดการแก้ไข

ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ดังนั้น ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดจากชุมชน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับนโยบายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “ประชาชนมีสุขภาพจิตดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข”

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา จากการทำวิจัยนี้ก่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดการวางแผนอย่างเป็นระบบ รวมไปถึงมีการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมรอบด้าน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปจนถึงระดับชุมชน จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายในชุมชนให้ครอบคลุม และทั่วถึง และควรศึกษากลยุทธ์อื่นมาเสริมสร้างรูปแบบเพิ่มเติมเพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์โดยได้รับความอนุเคราะห์จากคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอกคำใต้ และโรงพยาบาลงาว ที่ได้ช่วยเหลือด้านข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัย

รู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษาวิจัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและความอนุเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide data. [Internet]. Geneva:World Health Organization; 2015. [cited 2015 Feb 20]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
2. Bureau of Mental Health Management, Department of Mental Health. Strategic plan, department of mental health 2017-2021. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health;2017 (in Thai).
3. National Suicide Prevention Center. Report suicide rate per 100,000 populations. [Internet]. [cited 2020 april 22]. Available from; <https://dmh.go.th/report/suicide/>.
4. Lampang Provincial Health Office. suicide data [Internet]. [cited 2020 april 22]. Available from: <https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
5. Best, John. Research in Education. New Jersey:Prentice Hall, Inc.1977.
6. Smith W William. The AIC Model Concept and Practice. Organization for Development International Institute. OD II. Leroy NW Washington DC. Dec. 1991.
7. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advance Nursing 1991;16(2):354-61
8. Nongkran Kochragasa, Sriprapai Inchaithep. Development of Suicide Prevention through Community Engagement, Lampang. Royal Thai Navy Medical Journal;Volume 47 No.2 May-August 2020,447-463.
9. Yokfa Penglia, Sukserm Tippunya, Kannika Puksorn. Application of community participatory programs for suicide prevention: a case study at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province. Journal of Mental Health of Thailand 2018;26(3):184-196.

Received: 24 Aug 2022, Revised: 9 Sep 2022

Accepted: 12 Sep 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดนนทบุรี ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาดนิตยา เพ็ญศิริินภา^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะเหนื่อยล้าจากงาน และอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงาน ต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดนนทบุรี ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรด้านสุขภาพ 132 คน ทำงานใน รพ.สต. ในจังหวัดนนทบุรี ที่ได้จากการสุ่ม แบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน และภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ที่มีค่าความเที่ยง 0.63 ถึง 0.93 ได้รับแบบสอบถามกลับ 118 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี มีภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคล ระดับต่ำ เท่ากัน ร้อยละ 44.1 ส่วนด้านความสำเร็จส่วนบุคคล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.0 สำหรับภาวะเหนื่อยล้าจากงานในภาพรวมของแต่ละบุคคลตามเกณฑ์ พบภาวะเหนื่อยล้าจากงานระดับสูง ร้อยละ 17.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนรวมภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ภาระงานที่มากขึ้น ส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานเพิ่มขึ้น การได้รับการสนับสนุน และสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลง โดยสามารถอธิบายคะแนนภาวะเหนื่อยล้าจากงานโดยรวมได้ร้อยละ 33.7 ดังนั้นในสถานการณ์ที่มีโรคระบาดและมีภาระงานมาก ผู้บริหารองค์กรควรกระจายภาระงานอย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา และส่งเสริมความสัมพันธ์อันดี รวมทั้งมีการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่บุคลากรอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ปัจจัยด้านงาน บุคลากรด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โควิด-19

¹ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Corresponding Author, e-mail: pensirinapa@gmail.com

*Original Article***Burnout Syndrome among Health Personnel at Sub-district Health Promoting Hospitals in Nonthaburi Province during the Pandemic of COVID-19**Nittaya Pensirinapa^{1*}**Abstract**

Objectives of this cross-sectional descriptive research were to identify burnout levels and influencing of personal and work-related factors on burnout of health personnel at sub-district health promoting hospitals (SHPH) in Nonthaburi province. Total of 132 health personnel at SHPHs in Nonthaburi province, selected by multistage sampling. Collecting data consist of personal factors, work-related factors and burnout by using questionnaire with reliability of 0.63 to 0.93. Returned questionnaire was 118. Data analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. Study results revealed that health personnel had emotional exhaustion and de-personalization at the low levels (44.1%), and personal accomplishment at the high level (50.0%). The overall individual burnout according to the criteria, it was found that health personnel had high, moderate, and low levels burnout at 17.0%, 8.5% and 9.3%, respectively. Factors influencing total burnout score included three variables, ranked from highest to lowest influence, i.e., more workload had positive effect, but organizational support and good relationship had negative effects, respectively, and they could predict 33.7% of overall burnout of health personnel. Therefore, in a pandemic and heavy workload situation, administrators should distribute work appropriately, enhance participation in planning solutions to problems, and promote good relationship as well as providing properly support and morale to personnel.

Keywords: Burnout, Work-related factors, Health personnel, Sub-district health promoting hospital, COVID-19

¹*School of Health Science, Suthothai Thammathirat Open University*

*Corresponding Author, e-mail: pensirinapa@gmail.com

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน (Burnout) นับเป็นภัยอันตรายจากการทำงานที่พบในหลายวิชาชีพ โดยเฉพาะงานบริการที่ต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้รับบริการ เช่น บุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากต้องพัฒนาความสัมพันธ์ตามความต้องการของผู้รับบริการที่มีมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ต้องสัมผัสกับอารมณ์ของผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งบรรทัดฐานของผู้ประกอบอาชีพด้านสุขภาพ กำหนดว่าต้องเป็นผู้เสียสละ อุทิศตนเพื่อคนอื่น ทำงานหนักต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ในขณะที่สิ่งแวดล้อมของการทำงานอาจถูกกำหนดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ เช่น องค์กรถูกตัดงบประมาณ หรือมีนโยบายที่เคร่งครัดเกินไป ทำให้เกิดสภาพการทำงานที่มีความต้องการสูงแต่มีการสนับสนุนทรัพยากรน้อย จึงเป็นที่มาของปัญหาภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพ¹

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 ที่พบเชื้อครั้งแรกในโลกในช่วงปลายปี 2019 ที่ประเทศจีน หลังจากนั้นมีการระบาดไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันยาวนานกว่า 2 ปี 6 เดือน ส่งผลให้บุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอยู่ด่านหน้าใกล้ชิดชุมชนต้องทำงานอย่างหนักตามความต้องการของผู้รับบริการที่มีการติดเชื้อและป่วยจำนวนมาก ในขณะที่มีทรัพยากรในการให้บริการและอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้ออย่างจำกัด ประกอบกับภาวะเสี่ยงที่บุคลากรด้านสุขภาพและครอบครัวอาจติดเชื้อได้มาก การทำงานในสภาวะเช่นนี้อาจยาวนานต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้สูง การศึกษาวิจัยพบว่าภาวะเหนื่อยล้าจากงานมีหลายสาเหตุทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยระดับองค์กร^{1, 2} ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศต่างๆ มีรายงานพบปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพ³ รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพในประเทศไทย^{4, 5} ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรและต่องานบริการสุขภาพ ที่อาจนำมาสู่การสูญเสียบุคลากรจากระบบสุขภาพ⁶

สำหรับการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย เริ่มตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2563 โดยเป็นผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีน จากนั้นมีการระบาดหลายระลอก ระลอกแรกในมีนาคม 2563 เกี่ยวข้องกับกิจกรรมสนามมวย และสถานบันเทิงย่านทองหล่อ แล้วการระบาดลามไปในหลายจังหวัด ในช่วงธันวาคม 2563 เกิดการระบาดระลอกที่ 2 จากกลุ่มก้อนที่เกี่ยวข้องกับตลาดมหาชัย ขยายไปทั่วทั้งจังหวัดสมุทรสาคร และตลาดสดของจังหวัดข้างเคียง กรุงเทพมหานคร นนทบุรี นครปฐม และปทุมธานี ร่วมกับพบการระบาดที่เกี่ยวข้องกับบ่อนในจังหวัดระยอง และสถานบันเทิงย่านทองหล่อ กรุงเทพมหานคร ในช่วงเมษายน 2564 นอกจากนี้ยังมีปัญหาแรงงานข้ามชาติที่ลักลอบเข้ามาในประเทศไทยที่นำเชื้อโรคโควิด-19 เข้าประเทศ ปลายมิถุนายน 2564 พบว่ามีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในแคมป์คนงานก่อสร้างในกรุงเทพมหานคร และแพร่ระบาดไปในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว^{7, 8} ผลที่ตามมาคือพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จำนวนมาก ทำให้สถานพยาบาลต้องขยายเตียงรับผู้ป่วย เปิดโรงพยาบาลสนามจำนวนมากทั่วประเทศ ส่งผลให้บุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับต้องทำงานอย่างหนักในการดูแลผู้ป่วย และการควบคุมโรค ภายใต้จำนวนบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ ที่มีไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวนมากเกินศักยภาพของสถานพยาบาล ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน 2564 มีการรายงานพบเชื้อโคโรนาไวรัส กลายพันธุ์เป็นชนิดที่ 5 เรียกว่าโอไมครอน (Omicron) ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปยังผู้คนรอบข้างได้ง่าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแสดงอาการไม่หนักมาก แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่เชื้อลงสู่ปอดได้⁹

ในประเทศไทยพบว่ากรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 สูงเป็นอันดับหนึ่งมาตลอดเพราะมีจำนวนประชากรมากและหนาแน่น ส่วนนนทบุรีเป็นจังหวัดปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยสะสม ตั้งแต่ มกราคม 2563 ถึง 20 สิงหาคม 2565 สะสม 142,899 ราย และเสียชีวิตสะสม 515 ราย มีผู้ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มแล้วร้อยละ 85.77 หากพิจารณาจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่านนทบุรีมีรายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 สะสม สูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพ¹⁰ ถ้าพิจารณาเฉพาะปี 2565 ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 20 สิงหาคม 2565 จังหวัดนนทบุรีมีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน (RT-PCR) สะสม 62,038 ราย และผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (ATK) 10,457 ราย เสียชีวิตสะสมตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 จำนวน 71 คน

โดยมีผู้ป่วยกำลังรักษาตัวในโรงพยาบาล 335 ราย รักษาในโรงพยาบาลสนาม 14 ราย ตั้งแต่วันที่ 2565 มีผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลสนามชุมชน (community Isolation: CI) หลักและรอง สะสม 7,649 ราย นับตั้งแต่สิงหาคม 2565 โรงพยาบาลสนามชุมชนไม่มีการรับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเพียงเล็กน้อยสามารถรักษาไปรักษาตัวเองที่บ้านได้ โดยมีการรายงานผู้ป่วยตรวจ ATK และ RT-PCR ต่อวันน้อยที่สุด 74 ราย และมากที่สุด 974 ราย หรือโดยเฉลี่ย 362 รายต่อวัน¹¹ ทั้งนี้ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระบุว่ายอดผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่แท้จริงสูงกว่าที่รายงาน 10 เท่า โดยจำนวนผู้ติดเชื้อระลอกใหม่จะสูงสุดในช่วงกรกฎาคมถึงกันยายน 2565 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาของการเปิดภาคการศึกษา ส่งผลให้การติดเชื้อกระจายไปในครอบครัวต่างๆ¹² จากแนวโน้มผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นระหว่างกรกฎาคมและสิงหาคม 2565 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพที่ รพ.สต. ยังคงจำเป็นต้องทำงานเชิงรุก ในการรณรงค์ให้ประชาชนมาฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมมากที่สุด ต้องมีการคัดกรองผู้ติดเชื้อด้วย Antigen Test Kit การดูแลรักษาผู้ป่วยแยกรักษาตัวที่บ้าน (Home Isolation) การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการมากไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมถึงต้องให้บริการดูแลสุขภาพในเรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคโควิด-19 ทั้งบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพที่ รพ.สต. ต้องทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มาอย่างต่อเนื่องกว่า 2 ปี 6 เดือน เสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้สูง

การศึกษาภาวะเหนื่อยล้าจากงานในกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพนิยมใช้แบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI)¹ ที่ครอบคลุมกลุ่มอาการ 3 ด้าน ได้แก่ อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล มีการนำคะแนน 3 ด้านดังกล่าวมาแปลผลเป็นภาวะเหนื่อยล้าจากงานรายบุคคล จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เป็นผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานต่ำ ปานกลาง และสูง ทั้งนี้งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าของบุคลากรด้านสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ศึกษาในต่างประเทศจำนวนมาก โดยเฉพาะในประเทศจีน และส่วนใหญ่ศึกษาในวิชาชีพพยาบาล พบว่าพยาบาลมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานระดับปานกลาง แต่มีความกลัวในระดับสูง¹³ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบุคลากรที่

ทำงานในโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในประเทศจีน พบปัญหาที่มีสัดส่วนมาก คือ มีภาวะซึมเศร้าและมีความรู้สึกเป็นทุกข์ โดยบุคลากรที่ทำงานวิชาชีพพยาบาล เพศหญิง ปฏิบัติงานด้านหน้า และพื้นที่ทำงานที่เมืองอู่ฮั่น จะมีอาการทางสุขภาพจิตรุนแรงกว่าบุคลากรกลุ่มอื่นที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว¹⁴ บุคลากรด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานว่ามีความกลัวว่าจะสัมผัสหรือติดเชื้อ มีความวิตกกังวล รับภาระงานที่มากเกินไป และมีภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ร้อยละ 49 โดยพบภาวะเครียดและเหนื่อยล้าจากงานทั้งผู้ที่ทำงานคลินิกและไม่ใช้คลินิก ผู้หญิงมีความเครียดสูงกว่าผู้ชาย กลุ่มบุคลากรที่รู้สึกว่าตนมีคุณค่ากับองค์กรจะมีโอกาสที่จะมีภาวะเหนื่อยล้าต่ำกว่า¹⁵ บุคลากรที่มีลูกและมีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลมีความเหนื่อยล้าจากงานมากกว่า¹⁶ สำหรับประเทศไทยไม่มีการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในช่วงโรคโควิด-19 ระบาดโดยตรง แต่เป็นการศึกษาความกลัว วิตกกังวล ความเครียด โดยมีการศึกษาในบุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ 2 แห่ง ในการระบาดระลอกแรก พบว่าบุคลากรมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสเชื้อโรค เสี่ยงที่จะถูกกักตัว ส่วนใหญ่มีความกลัวต่อโรคโควิด-19⁴ และการศึกษาภาวะเครียดของบุคลากรด้านสุขภาพใน รพ.สต.เขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 พบมีภาวะเครียดในระดับน้อย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเครียดของบุคลากร คือ ตำแหน่งงานและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญา โดยอธิบายได้ว่าร้อยละ 32.2⁵ สำหรับการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าจากงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และการศึกษาในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลราชวิถีในปี 2562 ก่อนที่โรคโควิด-19 ระบาด พบอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ส่วนด้านการลดคุณค่าบุคคลระดับต่ำ และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลพบระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ในกลุ่มพยาบาล คือ อายุงาน ความไม่สมดุลระหว่างความทุ่มเทและผลตอบแทน และความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไป¹⁷ ส่วนในกลุ่มแพทย์ พบปัจจัยด้านเพศ ภาระงาน ภาระการดูแลครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และการบริหารงาน¹⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าของบุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต.จังหวัดนนทบุรี ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้จะทำให้ได้ข้อค้นพบที่

สามารถนำมาเสนอแนะผู้บริหารเพื่อการเฝ้าระวังปัญหา และป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากงาน อันจะส่งผลดีต่อ ประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพ และต่อระบบ สุขภาพโดยรวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาภาวะเหนื่อยล้าจากงานของ บุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19

2.2 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงาน ต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานของ บุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลแบบ ตัดขวาง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ บุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี 76 แห่ง ในกลุ่มวิชาชีพหลักที่มีสัดส่วนมากที่สุด 4 กลุ่ม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันต สาธารณสุข จำนวน 221 คน (ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี ณ วันที่ 22 มีนาคม 2565) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยค่าขนาดอิทธิพลคำนวณจากค่า R^2 งานวิจัยของ แอน นิชา สิงห์คะนน⁵ ได้ขนาดอิทธิพล = 0.29 ค่า Alpha = 0.05 ค่า 1-Beta = 0.80 ตัวแปรทำนาย 10 ตัว คำนวณ ได้ขนาดตัวอย่าง 66 คน ทั้งนี้เพิ่มขนาดตัวอย่าง 10 เท่า ของจำนวนตัวแปรอิสระ¹⁹ ซึ่งตัวอย่างไม่ควรต่ำกว่า 100 คน จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 1 เท่า เป็น 132 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยสุ่ม 3 อำเภอ จาก 6 อำเภอ แล้วสุ่ม รพ.สต.อำเภอละ 11 แห่ง รวม 33 แห่ง ตัวอย่าง คือบุคลากร 4 วิชาชีพที่ศึกษา หาก รพ.สต.ใดมีบุคลากร วิชาชีพที่ระบุจำนวนมากกว่า 1 คน ให้ใช้วิธีจับสลาก แต่ ถ้าไม่มีตำแหน่งวิชาชีพใด ให้สุ่มเลือกวิชาชีพอื่นที่มี มากกว่า 1 คน แทน เกณฑ์คัดเข้าคือเป็นบุคลากรด้าน สุขภาพทำงานใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรีมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ข้อมูล เกณฑ์คัดออกคือตอบข้อมูลไม่ ครบถ้วน

3.2 เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนแรก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ วิชาชีพ

ตำแหน่ง การมีสมาชิกเปราะบางในครอบครัว ส่วนที่สอง ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ภาระงานที่มากขึ้น การได้รับการ พัฒนา การมีส่วนร่วม สัมพันธภาพ การได้รับการ สนับสนุน และการได้รับความเป็นธรรม มีคำถามด้านละ 4 ข้อ รวมจำนวน 24 ข้อ วัดตามระดับการรับรู้แบบมาตร ประมาณค่า คะแนน 1-5 ส่วนที่ 3 ภาวะเหนื่อยล้าจาก งาน ประยุกต์จากแบบประเมินของ Maslach Burnout Inventory¹ ที่แปลและเผยแพร่โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น²⁰ มี 22 ข้อคำถาม ให้ตอบแบบสอบถาม ในรูปแบบของความถี่และความแรงของความรู้สึก ดังกล่าวด้วยมาตราส่วน 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยมีความรู้สึก เช่นนั้นเลย จนถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน โดยกำหนด คะแนน 0-6 ตามลำดับ การแปลผลรายด้าน จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง ดังนี้ ด้านอาการ อ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ (0-18, 19-26, ≥ 27 คะแนน) ด้านการลดความเป็นบุคคล 5 ข้อ (0-6, 7-9, ≥ 10 คะแนน) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล 8 ข้อ (0-33, 34-39, ≥ 40 คะแนน) สำหรับการพิจารณาภาวะเหนื่อย ล้าจากงานในภาพรวมรายบุคคล จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ (1) ภาวะเหนื่อยล้าจากงานต่ำ (คะแนนอาการอ่อนล้า ทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลต่ำ ส่วน ความสำเร็จส่วนบุคคลสูง) (2) ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ปานกลาง (คะแนนทั้ง 3 ด้านปานกลาง) และ (3) ภาวะ เหนื่อยล้าจากงานสูง (คะแนนอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลสูง ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ)^{18, 21}

ด้านคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าดัชนีความ สอดคล้อง (Index of consistency: IOC) พิจารณาโดย ผู้เชี่ยวชาญ ภายหลังปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะได้ค่า เท่ากับ 1.0 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากร ด้านสุขภาพที่ทำงานใน รพ.สต.จังหวัดปทุมธานี 30 คน มีการตัดคำถามปัจจัยด้านงานที่มีคุณภาพต่ำออก 4 ข้อ คงเหลือ 20 ข้อ ค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถาม ปัจจัยด้านงานรายด้าน อยู่ระหว่าง 0.63 ถึง 0.87 และโดยรวมเท่ากับ 0.82 ส่วน แบบสอบถามภาวะเหนื่อยล้า ค่าความเที่ยงด้านอาการ อ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้าน ความสำเร็จส่วนบุคคล เท่ากับ 0.93, 0.73 และ 0.90 ตามลำดับ โดยภาพรวม เท่ากับ 0.88

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช รหัส STOUIRB 2565/030.3005 มี

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 8-19 สิงหาคม 2565 ได้รับแบบสอบถามกลับที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 118 ฉบับ (อัตราตอบกลับร้อยละ 89.4)

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} \leq 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 84.7 อายุเฉลี่ย 39.6 ± 11.5 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.6 สถานภาพสมรสและโสดใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.9 และ 42.4 ตามลำดับ ปฏิบัติงานตำแหน่ง

นักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 34.7 รองลงมาคือ พยาบาลร้อยละ 30.5 ที่เหลือเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขตามลำดับ เป็นผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด ร้อยละ 82.2 อายุงานใน รพ.สต. เฉลี่ย 12.9 ± 9.9 ปี ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ทำงานเฉลี่ยวันละ 8.7 ± 1.5 ชั่วโมง โดยใช้เวลาทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน หรือดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 เฉลี่ยร้อยละ 67.7 ± 24.7 ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด สำหรับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน พบว่ามีกลุ่มเปราะบางหรือผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหากป่วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 56.8 โดยในจำนวนนี้ เป็นผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือเด็กเล็ก ร้อยละ 26.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 5.9 และหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.5 ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี (n = 118)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
วิชาชีพ หรือตำแหน่งงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	36	30.5
นักวิชาการสาธารณสุข	41	34.7
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	21	17.8
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	20	17.0
ตำแหน่งบริหาร		
ผอ.รพ.สต.	16	13.6
รักษาการ ผอ.รพ.สต.	5	4.2
ผู้ปฏิบัติงาน	97	82.2
อายุงานที่ รพ.สต. (Min=1 Max=39 Mean=12.9±9.9)		
1-5 ปี	39	33.1
6-10 ปี	22	16.9
11-20 ปี	27	22.9
>20 ปี	30	25.4
ในรอบ 6 เดือน ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อวัน (Min= 5 Max= 13 Mean= 8.7±1.5)		
≤7 ชม.	12	10.2
8 ชม.	62	52.5
9-10 ชม.	31	26.3
>10 ชม.	13	11.0

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ในรอบ 6 เดือน สัดส่วนเวลาทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต่อเวลาทำงานทั้งหมด (Min=0 Max=100.0 Mean= 67.7±24.7)		
≤25 %	12	10.2
26-50 %	24	20.3
51-75 %	24	20.3
>75 %	58	49.2
สมาชิกครอบครัวที่เป็นกลุ่มเปราะบาง		
ไม่มี	51	43.2
มี (1 คนอาจมีมากกว่า 1 กลุ่ม)	67	56.8
เด็กเล็ก	31	26.3
ผู้สูงอายุ	50	42.4
โรคเรื้อรัง	7	5.9
หญิงมีครรภ์	3	2.5

ปัจจัยด้านงาน

การรับรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพต่อปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ภาระงานที่มากขึ้น การได้รับการพัฒนา การมีส่วนร่วม สัมพันธภาพที่ดี การได้รับการสนับสนุน และการได้รับความเป็นธรรม เมื่อพิจารณาจากระดับจากคะแนนเฉลี่ยเรียงจากต่ำไปสูง 3 ระดับ คือ ต่ำ (1.0-2.3 คะแนน) ปานกลาง (2.4-3.7 คะแนน) และสูง (≥3.8 คะแนน)

พบว่าคะแนนด้านภาระงานที่มากขึ้น การได้รับการพัฒนา การมีส่วนร่วม สัมพันธภาพ และการได้รับการสนับสนุน อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการได้รับความเป็นธรรม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อมีการกลับคะแนนภาระงานที่มากขึ้นเป็นเชิงลบแล้วนำมารวมคะแนนเป็นปัจจัยด้านงานโดยรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยด้านงานของบุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=118)

ปัจจัยด้านงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ภาระงานที่มากขึ้น	4.26	0.66	สูง
การได้รับการพัฒนา	3.98	0.78	สูง
การมีส่วนร่วม	4.17	0.65	สูง
สัมพันธภาพที่ดี	3.90	0.74	สูง
การได้รับการสนับสนุน	4.03	0.79	สูง
การได้รับความเป็นธรรม	3.63	1.02	ปานกลาง
รวม*	3.51	0.48	ปานกลาง

*คะแนนรวมมีการกลับคะแนนภาระงานที่มากขึ้นเป็นเชิงลบ

ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

การวิเคราะห์ระดับความเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพรายด้าน จำแนกเป็น 3 ระดับ พบว่า ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (A) อยู่ในระดับสูง

ร้อยละ 30.5 ระดับปานกลางร้อยละ 25.4 และระดับต่ำร้อยละ 44.1 ด้านการลดความเป็นบุคคล (B) อยู่ในระดับสูงร้อยละ 32.2 ระดับปานกลางร้อยละ 23.7 และระดับต่ำร้อยละ 44.1 และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล

(C) อยู่ในระดับสูงร้อยละ 50.0 ระดับปานกลางร้อยละ 28.8 และระดับต่ำร้อยละ 21.2 สำหรับภาวะเหนื่อยล้าจากงานในภาพรวม พิจารณาจากระดับความเหนื่อยล้าจากงานรายด้าน 3 ด้าน ของแต่ละบุคคล พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพ ที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานระดับสูง (A และ B สูง C ต่ำ) มี 20 ราย (ร้อยละ 17.0) ระดับปานกลาง (A B และ C ปานกลาง) มี 10 ราย (ร้อยละ 8.5) และระดับต่ำ (A และ B ต่ำ C สูง) มี 11 ราย (ร้อยละ 9.3) ที่เหลืออีก 77 คน ระดับรายด้านไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับภาวะเหนื่อยล้าจากงานรายด้านและภาพรวม (n=118)

ภาวะเหนื่อยล้าจากงาน	ระดับ n (%)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (A: 9 ข้อ 0-54 คะแนน)	52 (44.1)	30 (25.4)	36 (30.5)
ด้านการลดความเป็นบุคคล (B: 5 ข้อ 0-30 คะแนน)	52 (44.1)	28 (23.7)	38 (32.2)
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (C: 8 ข้อ 0-48 คะแนน)	25 (21.2)	34 (28.8)	59 (50.0)
ภาวะเหนื่อยล้างานภาพรวม	11 ¹ (9.3)	10 ² (8.5)	20 ³ (17.0)

¹ภาวะเหนื่อยล้าต่ำ (A และ B ต่ำ C สูง), ²ภาวะเหนื่อยล้าปานกลาง (A B และ C ปานกลาง), ³ภาวะเหนื่อยล้าสูง (A และ B สูง C ต่ำ)

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้มีการตรวจสอบตัวแปรว่าเป็นไปตามข้อตกลงของสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติและตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ วิชาชีพ (พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานฯ) ตำแหน่ง (ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน) การมีสมาชิกเปราะบางในครอบครัว (ไม่มี มี) ส่วนปัจจัยด้านงานประกอบด้วยภาระงานที่มากขึ้น การได้รับการพัฒนา การมีส่วนร่วมสัมพันธภาพ การได้รับการสนับสนุน และการได้รับความเป็นธรรม สำหรับตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนรวมภาวะเหนื่อยล้าจากงาน (โดยมีการกลับคะแนนความสำเร็จ

ส่วนบุคคลให้เป็นการลดความสำเร็จส่วนบุคคล) ในการวิเคราะห์ใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการด้วยวิธี Stepwise Method ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนรวมภาวะเหนื่อยล้าจากงาน มีเฉพาะปัจจัยด้านงาน เรียงจากอิทธิพลมากไปน้อย คือ ภาระงานที่มากขึ้น (beta = 0.342) ส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานเพิ่มขึ้น ส่วนการได้รับการสนับสนุน (beta = -0.316) และสัมพันธภาพที่ดี (beta = -0.187) ส่งผลให้คะแนนรวมภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลง ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความแปรผันของคะแนนภาวะเหนื่อยล้าจากงานโดยรวมได้ร้อยละ 33.7 ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานโดยภาพรวม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรพยากรณ์	β	beta	t	95% CI	p-value
ค่าคงที่	51.285		3.400		0.001
ปัจจัยด้านงาน					
การได้รับการสนับสนุน	- 2.666	- 0.316	- 3.843	-4.04 to -1.29	<0.001
ภาระงานที่มากขึ้น	2.605	0.342	4.415	3.77 to 1.44	<0.001
สัมพันธภาพที่ดี	-1.264	-0.187	-2.305	-2.35 to -0.18	0.023

$R^2 = 0.337$ $F = 19.299$ $\text{Sig } F < 0.001$

เมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรต้นต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานรายด้าน คือ ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล พบผลการวิเคราะห์ดังนี้

ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ พบปัจจัยที่มีอิทธิพล มี 2 ตัวแปรคือ ภาระงานที่มากขึ้น ส่งผลให้คะแนนอาการอ่อนล้าทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ส่วนการได้รับการสนับสนุน ส่งผลให้คะแนนอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ลดลง ซึ่งทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายได้ร้อยละ 35.6 ด้านการลดความเป็นบุคคล พบปัจจัยที่มีอิทธิพลเพียง 1 ตัวแปรคือ ภาระงานที่มากขึ้น ส่งผลให้คะแนนการลดความเป็นบุคคลเพิ่มขึ้น โดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ

ละ 12.4 และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล พบปัจจัยที่มีอิทธิพล 3 ตัวแปร คือ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านวิชาชีพ โดยเมื่อให้วิชาชีพพยาบาลเป็นพื้นฐาน พบว่าการเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ทำให้คะแนนการลดความสำเร็จส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้นกว่าบุคลากรที่ทำงานในวิชาชีพพยาบาล และปัจจัยด้านงาน ในเรื่องการมีส่วนร่วม และสัมพันธภาพที่ดี มีอิทธิพลให้คะแนนการลดความสำเร็จส่วนบุคคลลดลง หรือทำให้มีความสำเร็จมากขึ้น ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายได้ร้อยละ 31.0 ดังตารางที่ 5

ตาราง 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานจำแนกรายด้าน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรพยากรณ์ภาวะเหนื่อยล้าจากงานรายด้าน	β	beta	t	95% CI	p-value
อาการอ่อนล้าทางอารมณ์					
ค่าคงที่	-3.175		-0.368		0.713
ปัจจัยด้านงาน					
ภาระงานที่มากขึ้น	2.381	0.494	6.505	1.66 to 3.10	<0.001
การได้รับการสนับสนุน	-1.394	-0.261	-3.434	-2.20 to -0.59	0.001
$R^2 = 0.356$ $F = 31.837$ $\text{Sig } F < 0.001$					
การลดความเป็นบุคคล					
ค่าคงที่	-5.027		-1.562		0.121
ปัจจัยด้านงาน					
ภาระงานที่มากขึ้น	0.755	0.352	4.046	0.385 to 1.12	<0.001
$R^2 = 0.124$ $F = 16.369$ $\text{Sig } F < 0.001$					
การลดความสำเร็จส่วนบุคคล					
ค่าคงที่	49.426		9.211		<0.001
ปัจจัยส่วนบุคคล (พยาบาล=0)					
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน/ทันตสาธารณสุข	5.468	0.213	2.736	1.51 to 9.43	0.007
ปัจจัยด้านงาน					
การมีส่วนร่วม	- 1.962	- 0.402	- 4.838	-2.77 to -1.16	<0.001
สัมพันธภาพที่ดี	-0.666	-0.208	-2.507	-1.19 to -0.14	0.014
$R^2 = 0.310$ $F = 17.086$ $\text{Sig } F < 0.001$					

สรุปและอภิปรายผล

บุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี มีภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับระดับต่ำร้อยละ 44.1 ระดับสูงร้อยละ 30.5 และปานกลางร้อยละ 25.4 ด้านการลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 44.1 ระดับสูงร้อยละ 32.2 และปานกลางร้อยละ 23.7 ส่วนด้านความสำเร็จส่วนบุคคล อยู่ในระดับสูงร้อยละ 50.0 ระดับปานกลางร้อยละ 28.8 และต่ำร้อยละ 21.2 สำหรับภาวะเหนื่อยล้าจากงานในภาพรวม พิจารณาจากระดับความเหนื่อยล้าจากงานรายด้าน 3 ด้านของแต่ละบุคคล พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานระดับสูงร้อยละ 17.0 ระดับปานกลางร้อยละ 8.5 และระดับต่ำร้อยละ 9.3

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนรวมของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน จำแนกเป็น 3 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยด้านงาน เกิดจากภาระงานที่มากขึ้นซึ่งส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานเพิ่มขึ้น ด้านการได้รับการสนับสนุนและด้านสัมพันธภาพที่ดีส่งผลให้คะแนนรวมภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลง โดยอธิบายภาวะเหนื่อยล้าจากงานโดยรวมได้ร้อยละ 33.7 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า (1) อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ ภาระงานที่มากขึ้นส่งผลให้คะแนนอาการอ่อนล้าทางอารมณ์เพิ่มขึ้น และการได้รับการสนับสนุนส่งผลให้คะแนนอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ลดลง โดยอธิบายได้ร้อยละ 35.6 (2) ด้านการลดความเป็นบุคคล ภาระงานที่มากขึ้นส่งผลให้คะแนนการลดความเป็นบุคคลเพิ่มขึ้น โดยอธิบายได้ร้อยละ 12.4 และ (3) ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านวิชาชีพเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขส่งผลให้คะแนนการลดความสำเร็จส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้น และปัจจัยด้านงานเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม และการมีสัมพันธภาพที่ดี มีอิทธิพลให้คะแนนการลดความสำเร็จส่วนบุคคลลดลง โดยอธิบายได้ร้อยละ 31.0

การที่บุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานโดยรวมระดับสูงร้อยละ 17.0 และระดับปานกลางร้อยละ 8.5 ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ หากพิจารณาในระดับสูงและปานกลางรวมกันร้อยละ 55.9 ด้านการลดความเป็นบุคคลระดับสูงและปานกลางรวมกันร้อยละ 55.9 และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลระดับสูงร้อยละ 50.0 และระดับปานกลางร้อยละ

28.8 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบภาวะเหนื่อยล้าจากงานในระดับปานกลางของบุคลากรด้านสุขภาพช่วงโรคโควิด-19 ระบาดในประเทศต่างๆ³ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลในประเทศจีน ที่พบว่ามีความเหนื่อยล้าจากงานในระดับปานกลาง¹³ และในสหรัฐอเมริกาที่พบภาวะเหนื่อยล้าจากงานในบุคลากรด้านสุขภาพทั้งที่ทำงานด้านคลินิกและไม่ใช้คลินิก ร้อยละ 49¹⁵ การศึกษาในพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ประจำบ้าน ในประเทศไทยก่อนที่โรคโควิด-19 ระบาด มีการประเมินแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง^{17,18} ที่แตกต่างกับการศึกษานี้ที่พบในระดับต่ำในสัดส่วนมากกว่า ส่วนด้านการลดคุณค่าบุคคลระดับต่ำ และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลพบระดับสูง^{17,18} สอดคล้องกับผลการศึกษารั้งนี้ ทั้งนี้เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นระยะเวลายาวนานทำให้บุคลากรด้านสุขภาพที่ รพ.สต. ต้องทำงานให้บริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง โดยพบว่าหนึ่งในสองมีสัดส่วนเวลาทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 มากกว่าร้อยละ 75 ของเวลาทำงานทั้งหมด ทำให้มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อได้มาก นอกจากนี้ยังมีภาระงานต้องให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มอื่นๆ ด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2565 ซึ่งเป็นช่วงที่สถานการณ์การระบาดของโรคในประเทศไทยอยู่ในการควบคุมโรคได้ มีการฉีดวัคซีนให้ประชาชนในจังหวัดนนทบุรีครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 85 ร่วมกับเชื้อโรคมีการกลายพันธุ์ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนแล้วมีอาการไม่รุนแรง ประกอบกับการมีทรัพยากร เช่น ยา เครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษาและป้องกันการติดเชื้ออย่างเพียงพอ และมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาโรคที่ดีกว่าการระบาดในระยะแรกๆ ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพวิตกกังวลและกลัวการติดเชื้อน้อยกว่าช่วงโรคระบาดระยะแรกๆ ที่พบจากการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของประเทศไทย⁴ การศึกษานี้จึงพบว่าบุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต. มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับสูงและปานกลาง รวมแล้วมีสัดส่วนใกล้เคียงกับระดับต่ำ นอกจากนี้การวัดภาวะเหนื่อยล้าจากงานในภาพรวมแต่ละการศึกษาอาจใช้เครื่องมือและวิธีการแบ่งระดับไม่เหมือนกับตามทฤษฎี ทำให้เป็นอุปสรรคในการเทียบเคียงผลการศึกษานี้กับงานอื่นๆ

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนรวมภาวะเหนื่อยล้าจากงานประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ภาระงานที่มากขึ้นส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานมากขึ้น ส่วนการได้รับการสนับสนุน และสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มแพทย์ที่พบว่าภาระงาน และสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บริหารและผู้ร่วมงาน มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงาน¹⁸ สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มบุคลากร รพ.สต. ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนมีผลให้ภาวะเครียดลดลง⁵ เมื่อวิเคราะห์หัตถ์แปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานรายด้าน พบว่าปัจจัยภาระงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่ออาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคล เนื่องจากบุคลากรที่ต้องทำงานหนักหลากหลายหน้าที่อย่างต่อเนื่องยาวนาน พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้รู้สึกเหนื่อย หดแรงแรง เครียด ไม่อยากสนใจให้บริการ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการลดความสำเร็จส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) การเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ส่งผลต่อการลดความสำเร็จส่วนบุคคลเมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาล อาจเนื่องจากการทำงานของเจ้าพนักงานฯ มีข้อจำกัดทางวิชาชีพ ไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาในการทำงานหรือมีอิสระในการทำงานเช่นเดียวกับพยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ทำให้รู้สึกถึงการลดคุณค่าและความสำเร็จในงานของตน 2) ปัจจัยการมีส่วนร่วม และ 3) สัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้การลดความสำเร็จส่วนบุคคลน้อยลง ซึ่งการที่บุคลากรด้านสุขภาพได้มีส่วนร่วมในการวางแผน เสนอความคิดเห็นในการพัฒนางาน รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสารใกล้ชิดเป็นกันเองกับผู้บริหารและผู้ร่วมงาน จะทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า มีส่วนสำคัญในงานและองค์กร ทำให้รับรู้ถึงความสำเร็จในงานมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาวะเหนื่อยล้าจากงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปราสาทและคณะ¹⁵ และจามรี ณ บางช้าง¹⁸ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง การมีสมาชิกเปราะบางในครอบครัว อาจเนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพที่ รพ.สต.ร้อยละ 85 เป็นหญิง และบุคลากรทั้งทั้งชายและหญิงมีภาระงานและความเสี่ยงในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพประชาชนใน รพ.สต.และในชุมชนในช่วงโรคโควิด-19 ระบาดใกล้เคียงกัน แตกต่างกับการศึกษาอื่นที่พบว่าบุคลากรหญิง ทำงานในโรงพยาบาลที่ต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานสูงกว่า^{15, 18} และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

แอนนิชชา สิงห์คะนน⁵ ที่พบว่าตำแหน่งบริหารมีผลต่อความเครียดของบุคลากรใน รพ.สต. ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด อาจเนื่องจากช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลสถานการณ์ของโรคมีการควบคุมการระบาดของโรคไม่ให้รุนแรงได้แล้ว และรพ.สต.ไม่ได้ประสบปัญหาขาดแคลนทรัพยากรเหมือนช่วงที่เกิดการระบาดระยะแรกที่ผู้บริหารต้องจัดการแก้ปัญหาในงานหลายด้าน สำหรับการมีสมาชิกเปราะบางในครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าจากงานในการศึกษานี้ เนื่องจากปัจจุบันมีการฉีดวัคซีนอย่างทั่วถึงในทุกกลุ่มอายุ บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้และมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งเช็กกลายพันธุ์ลดความรุนแรงลง ทำให้ไม่วิตกกังวลต่อความเสี่ยงที่สมาชิกครอบครัวจะติดเชื้อและมีอาการรุนแรง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นในช่วงที่มีการระบาดแรกๆ ที่พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพที่มีเด็กและผู้สูงอายุในครอบครัวมีความเหนื่อยล้าจากงานสูง¹⁶

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้ พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานในระดับสูงร้อยละ 17 ถึงแม้จะมีสัดส่วนไม่มาก แต่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและให้การช่วยเหลือ โดยค้นหาปัจจัยสาเหตุ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคลากรที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากงานในระดับสูงเป็นการเร่งด่วน ก่อนที่จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรและองค์กรตามมา

2. บุคลากรด้านสุขภาพมีอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคล ในระดับสูงและปานกลาง มีสัดส่วนมากกว่าครึ่งของบุคลากร จึงควรแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยผู้บริหารองค์กรควรส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากร และบุคลากรกับผู้บริหาร เปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและแก้ไขปัญหาการทำงาน มีส่วนร่วมในการจัดสรรภาระงานให้มีความเหมาะสมและช่วยเหลืองานซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีการสนับสนุนข้อมูล วัสดุอุปกรณ์ เบี้ยเลี้ยง สวัสดิการและกำลังใจให้แก่บุคลากรอย่างเหมาะสม

3. บุคลากรที่เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ควรได้รับการเสริมพลัง มีการพัฒนาและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดการปัญหาในงานในหน้าที่ของตน เพื่อมองเห็นคุณค่าของตนต่องานและองค์กร ซึ่งจะช่วยให้

เพิ่มความสำเร็จส่วนบุคคล และช่วยลดภาวะเหนื่อยล้าจากงาน

4. สำหรับการศึกษาครั้งต่อไปควรทำงานศึกษาในช่วงที่มีการระบาดของโรคอย่างรุนแรง จะทำให้ได้ข้อมูลภาวะเหนื่อยล้าจากการระบาดของโรคที่ชัดเจนมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีเพียง 4 วิชาชีพที่มีสัดส่วนมากที่สุด อาจเป็นข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาไปสู่ประชากร จึงควรศึกษาภาวะเหนื่อยล้าจากงานให้ครอบคลุมบุคลากรในทุกวิชาชีพและเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Maslach CP, Leiter M. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016; 15(2): 103-11,2016.
- นฤมล สุธีรัฐ. ภาวะหมดไฟ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางในการป้องกัน. *วารสารการวัดผลการศึกษา*; 32(91):16-25,2558.
- Thatrimontrichai A, Weber DJ, Apisarnthanarak A. (2021) A. Mental health among healthcare personnel during COVID-19 in Asia: A systematic review. *J Formos Med Assoc*. 2021; 120(6): 1296-1304.
- Apisarnthanarak A, Apisarnthanarak P, Siripraparat C, Saengaram P, Leeprechanon N, Weber DJ. Impact of anxiety and fear for COVID-19 toward infection control practices among Thai healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020; June 8: 1–2.
- แอนนิชา สิงห์คะนัน. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดในการทำงานในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย. การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2563.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*; 3(3): 1-16,2564.
- ไทยโพสต์. สรุปลุคเริ่มต้นโควิดระบอบรอบ 3. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2564 จาก <https://www.thaipost.net/main/detail/99304>
- งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. สถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>.
- สำนักข่าว Hfocus. ทำความเข้าใจ ‘โอมิครอน’ ติดง่าย ไม่รุนแรง เชื่อไม่ลงปอด จริงหรือเท็จ?. สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2565 จาก <https://www.hfocus.org/content/2022/01/24214>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเชิงวิเคราะห์รายจังหวัด. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2565 จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=analysis-province>.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีติดเชื่อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนนทบุรี. รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อรายวัน. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565 จาก <https://www.facebook.com/COVID19Nonthaburi/photospcb.602416004729977/602415941396650>.
- ทีมบรรณาธิการ Bangkok Insight. หมอยงชี้ยอดโควิดสูงกว่าที่รายงาน 10 เท่า. สืบค้นเมื่อ 27 มิถุนายน 2565 จาก <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/politics/894129/>.
- Hu D, Kong Y, Li W, Hand Q, Zhang X, Zhuf LZ, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24(2020).100424.
- Lai J, et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020; 3(3):

- e203976.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
15. Prasad K, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among U.S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey study. *EClinicalMedicine*, 35(2021).100879
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100879> online 16 May 2021.
16. Maunder RG, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on hospital workers over time: Relationship to occupational role, living with children and elders, and modifiable factors. *Gen Hosp Psychiatry*. Available online 5 May 2021 <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.04.012>.
17. ศิวัช อารงวิศว, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, วิศรุต ศรีลิ นทร. ความเหนื่อยล้าจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *เวชสารแพทย์ทหารบก*; 72(3): 77-85,2562.
18. จามรี ณ บางช้าง. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*; 64(1): 61-76,2562.
19. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis?. *Multivariate Behav Res*.1991; 26(3), 499-510. doi: 10.1207/s15327906mbr2603_7.
20. โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ คู่มือใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7. แบบประเมินภาวะหมดไฟ-ฉบับเผยแพร่. สืบค้นเมื่อ 18 เมษายน 2565 จาก <https://mhc7.go.th/wp-content/uploads/2017/09/แบบประเมินภาวะหมดไฟ-ฉบับเผยแพร่.pdf>.
21. Xiao Y, Dong D, Zhang H, Chen P, Li X, Tian Z, Jing Z, Zhang S. Burnout and well-being among medical professionals in China: A national cross-sectional study. *Front Public Health*. 9:761706.doi: 10.3389/fpubh.2021.761706.

Received: 29 Aug 2022, Revised: 19 Sep 2022

Accepted: 21 Sep 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19
ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร
จังหวัดมุกดาหาร

รัชชัย สิริโชติ^{1*} ชัญญา จิระพรกุล²
ทนต์ศักดิ์ ราชเจริญ³ นาวรัตน์ มณีนิล⁴

บทคัดย่อ

ผู้มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโควิด-19 มีความเสี่ยงสูงติดเชื้อโควิด-19 หากมีความรู้ ทักษะคิดที่ถูกต้องจะทำให้ป้องกันตนเองจากการกระจายโรคได้ การวิจัยนี้ใช้รูปแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เก็บข้อมูลเดือนเมษายน พ.ศ.2565 จำนวน 687 คน ในอำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ Multiple logistic regression เสนอค่า OR_{adj} และ 95%CI

ผลการศึกษา ความชุกด้านความรู้ระดับดี (95%CI = 51.0 – 59.0) และทักษะคิดระดับปานกลาง (95%CI = 39.0–46.0) การป้องกันตนเองในการเว้นระยะห่างมีความสัมพันธ์กับความรู้ เป็น 0.76 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95% CI 0.62 – 0.95; p -value=0.013) และทักษะคิด เป็น 0.70 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 0.54 – 0.91; p -value=0.008) การตรวจหาเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ด้านความรู้ เป็น 1.26 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 1.12 – 1.42; p -value<0.001) การสวมใส่หน้ากากอนามัย เป็น 0.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 0.78 – 0.98 ; p -value=0.018) การล้างมือ เป็น 0.85 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 0.73 – 1.00 ; p -value=0.001) การติดตั้งแอปพลิเคชันเป็น 0.89 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 0.80 – 0.99; p -value=0.032) ส่วนความสัมพันธ์ด้านทักษะคิด และการวัดอุณหภูมิมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านความรู้ และทักษะคิด การมีความรู้และทักษะคิดส่งผลต่อการป้องกันตนเองต้องให้ความรู้ สร้างความตระหนักในโรคโควิด-19 เพื่อลดความเสี่ยงในการติดและแพร่กระจายเชื้อ

คำสำคัญ : ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ความรู้ ทักษะคิด การป้องกันตนเอง

¹นักศึกษา หลักสูตร สม.สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยขอนแก่น,

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

*Corresponding author : chananya@kku.ac.th

Original Article

Associations between knowledge, attitudes and covid-19
self-prevention among high-risk contact groups
in Mukdahan district, Mukdahan province

Tawatchai seechot^{1*} Chananya Jirapornkul²
Tanongsak Rachjarean³ Naowarat Maneenin⁴

Abstract

People with a history of close contact with COVID-19 patients. are high risk of contracting COVID-19. Knowledge and attitudes are appropriate to protect themselves from illness. This study used a cross-sectional analytical study. This study was conducted to study the prevalence of associations between knowledge, attitudes and COVID-19 self-prevention among high-risk contact groups in District, Mukdahan Province. Data were collected from high-risk contact groups of 687 people through online surveys in during April 2022. Multiple logistic regressions were applied to association analysis. The presented as OR_{adj}, 95%CI

The result of the prevalence analysis revealed that knowledge was at high level or 55.3% (95%CI = 51.0 – 59.0) and attitudes was at moderate level or 42.9% (95%CI = 39.0 – 46.0). The result of association between knowledge could lead to 0.76 times probability of self-prevention by social distancing and avoidance of close contact with others, compared to the lower scores (95%CI 0.62 – 0.95; *p*-value = 0.013), attitudes toward could lead to 0.70 times probability of self-prevention (95%CI 0.54 – 0.91; *p*-value = 0.008). Knowledge could lead to 1.26 times probability of self-prevention by COVID-19 testing (95%CI 1.12 – 1.42; *p*-value < 0.001). Attitudes toward COVID-19 could lead to 0.87 times probability of self-prevention by wearing mask (95%CI 0.78 – 0.98; *p*-value = 0.018). Attitudes toward COVID-19 self-prevention could lead to 0.85 times probability of self-prevention by washing hands (95%CI 0.73 – 1.00; *p*-value = 0.001). Attitudes toward COVID-19 self-prevention could lead to 0.89 times probability of self-prevention by installing applications (95%CI 0.80 – 0.99; *p*-value = 0.032), self-prevention by on-site temperature screening, under control of the effect from variables of the last equation, demonstrated that the score of knowledge was insignificantly related to the score of attitudes. With these results, both knowledge and attitudes have influence on self-prevention, so educating and raising awareness of COVID-19 to reduce the risks of transmission.

Key words: high-risk contact COVID-19 group, knowledge, attitude, self-prevention

¹Master's student/ MPH. Program in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

²Assistant Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³Medical Physician, Professional Level Yang Talad Hospital, Kalasin

*Corresponding author : chananya@kku.ac.th

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นเชื้อที่มีการแพร่ระบาดของโรคในระดับทั่วภูมิภาค พบการติดเชื้อในคนครั้งแรกพบที่สาธารณรัฐประชาชนจีน¹ การแพร่กระจายของโรคโควิด-19 สามารถแพร่กระจายผ่านสารคัดหลั่งในร่างกายส่งผลต่อระบบหายใจเป็นหลัก² โดยแนวโน้มการระบาดจากทั่วทุกภาคของประเทศพบการแพร่กระจายเปลี่ยนไปจากเดิมเป็นการระบาดในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งประกอบไปด้วย สถานที่ทำงาน โรงเรียน ชุมชนและครอบครัวเป็นหลัก^{2,4} โดยสถิติของการแพร่กระจายของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ถึงเดือนเมษายน 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 3,627,863 คน เสียชีวิต 25,128 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 286,508 คน เสียชีวิตสะสม 640 คน และในจังหวัดมุกดาหารพบผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 4,178 คน เสียชีวิตสะสม 10 คน³

โดยประเทศไทยมีแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เป็นมาตรการควบคุมโรคเป็นมาตรการป้องกันตนเองตามหลัก DMHTTA ดังนี้ D หมายถึง Distancing คือการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น M หมายถึง Mask คือการสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H หมายถึง Hand washing คือการล้างมือบ่อยๆ เมื่อมีการสัมผัสกับสิ่งต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม T หมายถึง Testing temperature คือการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการหรือสถานที่ต่างๆ เพื่อคัดกรองผู้ให้บริการในแต่ละสถานที่นั้นๆ T หมายถึง Test for COVID-19 คือการตรวจหาเชื้อโควิด-19 กรณีมีการสัมผัสกับผู้ป่วย จากพื้นที่ที่มีการติดเชื้อจำนวนมากหรือมีอาการบ่งชี้ของการติดเชื้อและ A หมายถึง Application คือการมีแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “หมอชนะ” เพื่อทำการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่หน่วยงานราชการ เอกชน ที่มีพื้นที่ใช้ร่วมกัน⁴

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยกลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน สถานพยาบาล ที่ทำงานและชุมชน ยานพาหนะ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มบุคคลทั่วไปกลุ่มผู้มีโรคประจำตัว หรือกลุ่มบุคลากร

ด้านสุขภาพ แต่มีการศึกษาน้อยมากในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วยโควิด-19 และมีแนวโน้มในการติดเชื้อมากในพื้นที่การระบาด⁶ ดังนั้นจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงเพื่อเป็นแนวทางจัดการในพื้นที่ ที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคให้สามารถมีพฤติกรรมป้องกันตนเองตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความความชุก และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อและได้รับการกักตัวครบ 14 วัน อย่างน้อย 1 ครั้ง และมีเอกสารทางราชการในการกักตัว (จพต. 01,02,03)⁶ ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 22 แห่ง ที่อยู่ในพื้นที่ศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน 2565

การคำนวณขนาดตัวอย่างพิจารณาตามรูปแบบการวิจัยและวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในงานวิจัย โดยพิจารณาตามรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง และวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) ซึ่งสูตรคำนวณตัวอย่างแบบ Multiple logistic regression⁷ ดังต่อไปนี้ คือ

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right\}^2}{[(P_0 - P_1)^2(1-B)]}$$

ผู้วิจัยใช้ค่า P_1 , P_2 และ B จากการศึกษา Investigation on the knowledge, attitude and behavior of residents in severely affected areas on COVID-19⁸

โดย n = จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมดในวิเคราะห์

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 จึงมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 (β = 0.20) จึงมีค่าเท่ากับ 0.84

P_0 = มีค่าสัดส่วนของการปฏิบัติต่อความรู้ เท่ากับ $\frac{1525}{1555} = 0.98$

P_1 = มีค่าสัดส่วนของการปฏิบัติต่อความรู้ ไม่ดี เท่ากับ $\frac{401}{432} = 0.93$

B = มีค่าสัดส่วนของการปฏิบัติตัวดี เท่ากับ $\frac{432}{1987} = 0.21$

P = ค่าสัดส่วนของการเกิดเหตุการณ์ หาได้จาก $(1-B)P_0 + BP_1$ มีค่าเท่ากับ แทนค่าในสูตร เพื่อหาค่า P

$$P = (1 - B) P_0 + BP_1 \approx 0.97$$

เพื่อหาค่า n

$$n = \frac{\left\{ 1.96 \sqrt{\frac{0.97(1-0.97)}{0.21}} + 0.84 \sqrt{0.98(1-0.98) + \frac{0.93(1-0.93)(1-0.21)}{B}} \right\}^2}{[(0.98-0.93)^2(1-0.21)]}$$

จากการแทนค่า สัมประสิทธิ์สัมพันธ์บางส่วน ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่าง และเมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต้นด้วยกัน ตามวิธีการวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกส์ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจากการแทนค่า P แต่ในการกำหนดขนาดตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการพิจารณาอีก 2 ประเด็นคือ ตัวแปรที่

นำมาใช้พยากรณ์ไม่ควรมีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) และต้องมีความเป็นไปได้ในการทำวิจัยให้สำเร็จจึงได้เลือกสัมประสิทธิ์ค่าสหสัมพันธ์บางส่วนมากกว่า 0.2 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างของกลุ่มศึกษาจึงเท่ากับ 687 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิจารณากลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์คัดเข้าการศึกษา คือผู้ที่เคยสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อและได้รับการกักตัวครบ 14 วันและตรวจหาเชื้อระหว่างกักตัวอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีเอกสารทางราชการในการกักตัว(จพต.01, 02, 03)ระหว่างเดือน เมษายน-กรกฎาคม พ.ศ.2564 โดยกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน สถานพยาบาล ที่ทำงานและชุมชน ยานพาหนะตามสัดส่วนแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 22 แห่ง โดยโปรแกรม STATA Version 10.1 แล้วสุ่มตัวอย่างตามขนาดตัวอย่างและสัดส่วนแต่ละแห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นชนิดแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำ QR-Code ที่สร้างขึ้นจาก Google form มืองค์ประกอบทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ด้านลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติโควิด-19 และส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับตัวแปรที่ศึกษาและการวัดตัวแปร ดังนี้

ด้านลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อโควิด-19

ด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผล โดยนำมาประยุกต์ใช้ ตามเกณฑ์ของ Bloom B.(1975) โดยเกณฑ์การวัดเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับความรู้ดี คือ ช่วงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง คือ ช่วงคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ระดับความรู้ต่ำ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ด้านทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผล โดยนำมาประยุกต์ใช้ ตามเกณฑ์ของ Bloom B.(1975) โดยเกณฑ์การวัดเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับทัศนคติดี คือ ช่วงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับทัศนคติปานกลาง คือ ช่วงคะแนนระหว่างร้อยละ 60–79 ระดับระดับทัศนคติต่ำ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผล โดยนำมาประยุกต์ใช้ ตามเกณฑ์ของ Bloom B.(1975) โดยเกณฑ์การวัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี คือ ปฏิบัติร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คือปฏิบัติร้อยละ 60–79 ระดับต่ำ คือ ปฏิบัติต่ำกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้มีการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน รวมไปถึงการทดสอบความเชื่อมั่น หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และค่า KR20 โดยด้านทัศนคติ มีค่า 0.78 และความรู้มีค่า KR20 เท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือน เมษายน พ.ศ. 2565 โดยนำ QR-Code ที่สร้างขึ้นจากระบบ Google form ให้กลุ่มตัวอย่างสแกนเข้าระบบเพื่อทำแบบสอบถาม ใช้เวลาในตอบแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 นำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละกรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ที่มีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กรณีข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกตินำเสนอค่ามัธยฐาน (Median) และค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว (Univariate analysis) เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัย

ด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกส์ อย่างง่าย (Simple logistic regression) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบและปัจจัยอื่นๆเพื่อนำเสนอค่า Crude Odds ratio (OR), ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value ที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติโดยใช้สถิติพหุถดถอยแบบโลจิสติกส์ (Multiple logistic regressions) ที่ละหลายตัวแปรโดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นแบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds ratio (OR_{adj}), ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value โดยใช้โปรแกรม STATA Version 10.1

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองการจดเว้นการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขสำคัญโครงการ HE 652044 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 มีอายุไม่เกิน 30 ปี ร้อยละ 39.6 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 33 บาท (ต่ำสุด 18 ปี : สูงสุด 75 ปี)ระดับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 55.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 51.7 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 51.8 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 5,000 บาท (ต่ำสุด 0 บาท : สูงสุด 70,000 บาท) ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 39.0 มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดร่วมงาน/โรงเรียน/ชุมชน ร้อยละ 55.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อ โควิด-19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร (n=687)

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	283	41.2
หญิง	404	58.8
อายุ (ปี)		
ไม่เกิน 30 ปี	272	39.6
31 - 40 ปี	251	36.5
41 - 50 ปี	102	14.9
51 - 60 ปี	54	7.9
60 ปี ขึ้นไป	8	1.1
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	34.96 ปี (10.15)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	33 (18 : 75)	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	25	3.7
ประถมศึกษา	72	10.5
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	378	55.0
ปริญญาตรี	183	26.6
สูงกว่าปริญญาตรี	29	4.2
สถานภาพสมรส		
โสด	355	51.7
สมรส	256	37.3
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	76	11.0
รายได้ต่อเดือน		
ไม่เกิน 5,000 บาท	356	51.8
5,001 - 10,000 บาท	175	25.5
10,001- 15,000 บาท	82	11.9
15,001- 20,000 บาท	28	4.1
20,001- 25,000 บาท	7	1.0
25,001- 30,000 บาท	9	1.3
มากกว่า 30,000 บาท	30	4.4
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	8,456.85 บาท (10,143.7)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	5,000 (0 : 70,000)	
อาชีพ		
งานราชการ	104	15.1
รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	25	3.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	3.1
รับจ้างทั่วไป	118	17.2
เกษตรกร	261	38.0

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ว่างงาน	96	14.0
อื่นๆ	62	9.0
ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ		
ผู้สัมผัสใกล้ชิดครัวเรือน	281	40.9
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในสถานพยาบาล	9	1.3
ผู้สัมผัสใกล้ชิดร่วมงาน/โรงเรียน/ชุมชน	381	55.5
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในยานพาหนะ	16	2.3

ผลการศึกษาความชุกด้านความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.3 (95%CI = 51.0 – 59.0) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 26.4 (95%CI = 23.0 – 29.0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 (n=687)

ความชุก	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	126	18.3	15.0 – 21.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60- 79)	181	26.4	23.0 – 29.0
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	380	55.3	51.0 – 59.0

ผลการศึกษาความชุกด้านทัศนคติในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9 (95%CI = 33.0 – 51.0) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.1 (95%CI = 33.0 – 40.0) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของทัศนคติในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 (n=687)

ความชุก	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	255	37.1	33.0 – 40.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60- 79)	295	42.9	39.0 – 46.0
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	137	20.0	17.0 – 23.0

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรู้ และทัศนคติกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 โดยวิธีการวิเคราะห์พหุคูณแบบโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) มีการควบคุมผลกระทบจากปัจจัยรบกวน (Confounding Factors) โดยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward Elimination) โดยพิจารณาตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวที่ระดับนัยสำคัญ $p\text{-value} < 0.25$ เข้าสมการ และตัวแปรด้านความรู้ และทัศนคติพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรู้ และทัศนคติกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างด้านความรู้ และทัศนคติกับการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นเป็น 0.76 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.76$; 95%CI 0.62 – 0.95; $p\text{-value} = 0.013$) และคะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล และหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นเป็น 0.70 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.70$; 95%CI 0.54 – 0.91; $p\text{-value} = 0.008$)

ความสัมพันธ์ด้านทัศนคติ กับการสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เป็น 0.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.87$; 95%CI 0.78 – 0.98 ; p -value=0.018) และด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.180)

ความสัมพันธ์ด้านทัศนคติ กับการล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือเจล ล้างมือ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือเจลล้างมือ เป็น 0.85 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.85$; 95%CI 0.73 – 1.00; p -value=0.001) และด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือเจล ล้างมือ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.233)

ความสัมพันธ์ด้านความรู้ และทัศนคติกับการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ เพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการในสถานที่ต่างๆ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนด้านความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.696 และ 0.644) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ด้านความรู้ กับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็น 1.26 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 1.26$; 95%CI 1.12 – 1.42; p -value<0.001) และ

ด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.619)

ความสัมพันธ์ด้านทัศนคติ กับการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน ไทยชนะ และหมอพร้อม เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน ไทยชนะ และหมอพร้อม เป็น 0.89 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.89$; 95%CI 0.80 – 0.99; p -value=0.032) และด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน ไทยชนะ และหมอพร้อม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.208) ดังตารางที่ 4

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้านความรู้ และทัศนคติ กับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า กลุ่มผู้ที่มีความรู้โรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น ทุกๆ 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 เป็น 1.26 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า และในการป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ที่จะไม่ปฏิบัติตัว ในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น น้อยเป็น 24% เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า และผู้ที่มีทัศนคติโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น ทุกๆ 1 คะแนน ในการป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ที่จะไม่ปฏิบัติตัว ในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น น้อยเป็น 30% การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือน้อยเป็น 15% การสวมหน้ากากอนามัยน้อยเป็น 13% และ การติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ และหมอพร้อม น้อยเป็น 11% เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า ตามลำดับ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ด้านความรู้ และทัศนคติกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 (n=687)

ตัวแปรต่างๆ	การป้องกันตนเอง		Crude OR	Adjusted OR	ช่วงความ เชื่อมั่นร้อยละ 95	p- value
	DMHTTA					
	ปฏิบัติ Mean(SD)	ไม่ปฏิบัติ Mean(SD)				
1. เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น (D)						
1.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.3 (2.41)	12.5 (1.84)	0.79	0.76	0.62 – 0.95	0.013
1.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	6.8 (1.23)	5.7 (2.10)	0.72	0.70	0.54 – 0.91	0.008
2. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าอนามัยตลอดเวลา (M)						
2.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.42 (2.38)	11.04 (2.54)	1.07	1.07	0.97 – 1.17	0.180
2.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.71 (2.13)	6.25 (1.72)	0.87	0.87	0.78 – 0.98	0.018
3.จากการล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือ (H)						
3.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.35 (2.43)	11.65 (1.96)	0.95	0.93	0.81 – 1.05	0.233
3.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.74 (2.10)	6.28 (1.96)	0.87	0.85	0.73 – 1.00	0.001
4.ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการเพื่อคัดกรองผู้ให้บริการในสถานที่ต่างๆ (T)						
4.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.33 (2.38)	11.54 (2.50)	0.96	0.98	0.91 – 1.07	0.696
4.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.77 (2.06)	5.81 (2.23)	0.99	0.98	0.89 – 1.07	0.644
5.ตรวจหาเชื้อโควิด-19 (T)						
5.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.4 (2.34)	10.05 (2.75)	1.26	1.26	1.12 – 1.42	<0.001
5.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.77 (2.11)	5.96 (1.81)	0.96	0.96	0.83 – 1.11	0.619
6.มีการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและหมอพร้อม (A)						
6.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.44 (2.45)	11.04 (2.23)	1.07	1.05	0.97 - 1.14	0.208
6.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.71 (2.15)	6.12 (1.75)	0.90	0.89	0.80 - 0.99	0.032

การอภิปรายผล

ด้านความรู้ กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงส่วนใหญ่มีความชุกด้านความรู้ในระดับดีร้อยละ 55.3 ที่สามารถนำความรู้ไปใช้ป้องกันตนเองได้ดีส่งผลให้การศึกษาบางส่วนมีความแตกต่างกัน จึงพบว่า ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 กับการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นเป็น 0.76 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.76$; 95%CI 0.62 – 0.95; p -value=0.013) และการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็น 1.26 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 1.26$; 95% CI 1.12 – 1.42; p -value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ระดับสูงมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็น 6.91 เท่า ของผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำ ($OR_{adj} = 6.91$, 95% CI 1.84 – 56.45)¹⁰ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการโอกาสไปในสถานที่คนแออัด เป็น 0.81 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่สูงกว่า (Crude OR= 0.81; 95% CI= 0.76 - 0.87)¹¹ และการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่ดี จะมีพฤติกรรมที่ไม่ดีเป็น 8.6 เท่าของผู้ที่มีความรู้ดีเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($OR_{adj} = 8.6$, 95% CI=3.81-19.45)¹² แตกต่างกับการศึกษาความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเองในการป้องกันตนเองคือ ผู้ที่มีความรู้ที่แม่นยำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีเป็น 1.1 เท่าของผู้ที่ไม่มีความแม่นยำด้านความรู้ (Crude OR 1.1, 95% CI=0.92-1.31)¹³

ด้านทัศนคติ กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงส่วนใหญ่มีความชุกด้านทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9 ที่สามารถนำความรู้ไปใช้ป้องกันตนเองได้ดีในระดับหนึ่งทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวไปในทิศทางเดียวกันความสัมพันธ์ด้านคะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นเป็น 0.70 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.70$; 95%CI 0.54 – 0.91; p -value=0.008) คะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการสวมหน้ากากอนามัย หรือ หน้ากากผ้าตลอดเวลา เป็น 0.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.87$; 95%CI 0.78 –

0.98 ; p -value=0.018) คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือเจลล้างมือ เป็น 0.85 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.85$; 95%CI 0.75 – 1.00; p -value=0.001) และคะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน ไทยชนะ และหมอพร้อม เป็น 0.89 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.89$; 95%CI 0.80 – 0.99; p -value=0.032) สอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเองในการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) กล่าวคือ การมีทัศนคติเชิงบวกจะทำให้โอกาสมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็น 1.4 เท่าเมื่อเทียบกับทัศนคติด้านลบ (Crude OR 1.4, 95% CI=1.191-1.711)¹³ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเองในการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) กล่าวคือ การมีทัศนคติเชิงบวกมีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19 เป็น 4.47 เท่าเมื่อเทียบกับทัศนคติเชิงลบ (Crude OR 4.47 , 95% CI=2.23-8.98)¹⁴

จากการศึกษาในข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า ป้องกันตนเองตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุข จากปัจจัยด้าน DMHTTA จากการติดเชื้อโควิด 19 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงในการป้องกันตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ความรู้โรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 เป็น 1.26 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า และในการป้องกันโรคมีโอกาสที่จะไม่ปฏิบัติตัว ในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นน้อยเป็น 24% เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า และกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น ในการป้องกันโรคมีโอกาสที่จะไม่ปฏิบัติตัว ในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นน้อยเป็น 30% การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือน้อยเป็น 15% การสวมหน้ากากอนามัยน้อยเป็น 13% และการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ และหมอพร้อมน้อยเป็น 11% เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า ที่เป็นตัวแปรสำคัญในการนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันตนเองทั้งในด้านส่งเสริม และการป้องกันพฤติกรรมตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาด

การนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางจัดการความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงในพื้นที่ ที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคให้สามารถป้องกันตนเองตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุข และด้านประชาชน เพื่อทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยด้านความชุก และความสัมพันธ์ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ยังสามารถศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากรูปแบบวิถีชีวิตอื่นๆที่มีปัจจัยตาม มาตรการ DMHTTA เช่น การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 หรือ รูปแบบการวิจัยโดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกลุ่ม ตัวอย่างที่แตกต่างกันเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบต่างๆการป้องกันตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ในการแพร่ระบาดและการป้องกันโรคในช่วงเวลา ที่น่าสนใจต่อการศึกษา กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองมุกดาหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุม โรคติดต่อทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการ ช่วยเหลือ ติดตามเพื่อเก็บข้อมูลของผู้วิจัยในครั้งนี้ รวมไปถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Weekly epidemiological update on COVID-19.[Online].2021 [cited 2021 November 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---2-november-2021>
2. กรมอนามัย. คู่มือการกักตัว สำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ฉบับประชาชน.[ออนไลน์].2564 [อ้างอิง 1 มิถุนายน 2564].สืบค้นจาก: https://drive.google.com/file/d/1iAcoUFyJZLQUckq_ny0PJAbErWt0XtVm/view
3. กระทรวงสาธารณสุข.โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) [ออนไลน์].2563 [อ้างอิง 23 กุมภาพันธ์ 2563].สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/G39.pdf>
4. กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ [ออนไลน์].2564 [อ้างอิง 3 พฤษภาคม 2564].สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18373&deptcode=brc>
5. ญัตติวรณ แสนคำ. ความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. วารสารวิทยาลัย พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 4 ฉบับที่ 1, 33-48.
6. ศาลากลางจังหวัดมุกดาหาร. ขั้นตอนการ ดำเนินงานคัดกรองเฝ้าระวังบุคคลที่เดินทางกลับ เข้ามาในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร กรณีโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19). (หน้า 7). มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มุกดาหาร.
7. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A SIMPLE METHOD OF SAMPLE SIZE CALCULATION. [Online].1998 . Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/205199338.pdf>
8. Youkun Hu, Gaoqiang Zhang, Zhihao Li, Jiani Yang, Lijun Mo, Xiru Zhang, et al.Knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 pandemic among residents in Hubei and Henan Provinces. Retrieved from J South Med Univ[Online].2020 [cited 2020 May 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277320/pdf/nfykdx-40-202005733.pdf>

9. Bloom, B. (1975). Taxonomy of Education Objective. Handbook 1: Cognitive Domain. New York: David McKay
10. จิตรา มุลที. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. สคร.9, 5-12.
11. Rios Gonzalez, Carlos Miguel. Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 in Paraguayans during outbreaks: a quick online survey. Retrieved from SciELO - Scientific Electronic Library. [Online].2020 [cited 2020 April 23]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/149>
12. Yonas Akalu, Ayelign B, Molla MD. Knowledge, Attitude and Practice Towards COVID-19. [Online].2020 [cited 2020 April 22]. Available from: <https://www.dovepress.com/knowledge-attitude-and-practice-towards-covid-19-among-chronic-disease-peer-reviewed-fulltext-article-IDR>
13. Zannatul Ferdous, Md. Saiful Islam, Md. Tajuddin Sikder, Abu Syed, Md. Mosaddek, J. A. Zegarar-Valdivia, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An online-based cross-sectional study. [Online].2020 [cited 2020 October 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7546509/pdf/pone.0239254.pdf>
14. Golam Rabbani, O. A. Knowledge, Attitude and Practice towards COVID-19 among people in Bangladesh during the pandemic: a cross-sectional study. [Online].2020 [cited 2020 September 23]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.09.22.20198275>

Received: 17 Sep 2022, Revised: 4 Oct 2022

Accepted: 11 Oct 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ความระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ
ลักษณะส่วนบุคคลกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุข
ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น

กิติโรจน์ นวนบุญ^{1*} รุจิรา ดวงสงค์²

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้นำชุมชนด้านสาธารณสุข อสม.จำเป็นต้องมีความรอบรู้สุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ประชาชนการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Research Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ความรอบรู้ด้านสุขภาพลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพของ อสม.ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 218 คน คน การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลด้วย สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมานใช้ สถิติการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนร้อยละ 69.7 (152 คน) รายได้มากที่สุด ต่ำกว่า 5,000 บาท สถานะทางการเงิน ส่วนใหญ่ไม่พอใช้และมีหนี้สิน ร้อยละ 69.3 (151 คน) การปฏิบัติงาน อสม. ส่วนใหญ่ 1-3 ปี ร้อยละ 64.7 (141 คน) ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีระดับ สูงร้อยละ 83 (181คน) ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56 (122 คน) พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 66.1 (144 คน) พฤติกรรมรับประทานอาหารส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 51.8 (113 คน) รองลงมาไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ทอดมัน ไก่ทอด ฯลฯ ร้อยละ 48.6 (106 คน) ส่วนการออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกายสม่ำเสมอร้อยละ 82.1 (130 คน) ความสัมพันธ์ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนและโภชนาการเกิน ได้แก่ สถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=.141$, $P<.05$) ระยะเวลาการทำงานเป็นอสม.มีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r= -0.137$, $P<0.05$) และความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินและอ้วน ความสัมพันธ์เชิงลบ($r=-0.157$, $P<0.05$)

ข้อเสนอแนะ จากการศึกษาพบว่า อสม.ส่วนใหญ่เอนก (หลังเที่ยงคืน) ร้อยละ 72 และดื่มน้ำหวาน ดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนมากและไม่คิดเลิกดื่ม ร้อยละ 64.3 ส่งผลทำให้มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนักหรือควบคุมน้ำหนักแก่ อสม.

คำสำคัญ : ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ

¹นักศึกษาลัทธิสูตร สม. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author : Atommic.kitiroth@hotmail.com

Original Article

The relationship between Health literacy, healthy behavior personal characteristics with overweight and obesity of public health volunteers (HPVs) who are responsibility of Medical Center (Primary care units), Khon Kaen Hospital

Kitirot Nuanbun^{1*} Rujira Duangsong²

Abstract

Public Health Volunteers (PHVs) are the leaders of the villagers and coordinators to improve the quality of life of the people. Health volunteers need to have health literacy and health behaviors as a good model for the people. This research was descriptive research cross-sectional study and aim to study overweight and obesity. Personal characteristics, health literacy in nutrition, health behavior of Public Health Volunteers who are responsible of the medical service center (Primary health care units). Khon Kaen Hospital The subjects were 218 Public health volunteers. Data were collected by using questionnaires. Personal characteristics data were analyzed using descriptive statistics, such as percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum. Inferential statistics were used Pearson Product Moment Correlation. The results were found as follows: The most of subjects were obese 69.7 % (152 subjects), income, the highest income was less than 5,000 baht 58.3% (127 subjects) , Financial status, most of them were inadequate and had debt, 69.3% (151 subjects), working for the PHVs, mostly 1-3 years, 64.7% (141 subjects), their knowledge about obesity, were high level, 83%. (181 subjects), their health literacy most of them were moderate, 56 % (122 subjects), health behaviors most of them were moderate, 66.1 % (144 subjects) , Food consumption most of them didn't drink alcohol 51.8 % (113 subjects), secondary they consumed high-fat foods less such as fried potatoes, fried chicken, etc. 48.6% (106 subjects). Exercise behavior, most of them exercised regularly, 82.1% (130 subjects). The relationship between difference variables and overweight and obesity found that: Their financial status had a positive correlation ($r=.141$, $P<.05$). Duration of working as a PHVs were associated with overweight and obesity

Recommendations found that most PHVs slept late. (After midnight) 72% and drink sugary drinks, tea, coffee, alcoholic beverages. very much and do not think to quit drinking, 64.3%, resulting in obesity and overweight There should be a change in sleeping habits and stop drinking sugary drinks, tea, coffee, and alcoholic beverages to the PHVs.

Key Words: Overweight and obesity, health literacy in nutrition, health behaviours.

¹ Master degree of Public Health Program student, Faculty of Public Health Khon Kaen University

² Assistant Professor Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*Corresponding author : Atommic.kitirot@hotmail.com

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนหมายถึงการสะสมไขมันที่ผิดปกติหรือมากเกินไปซึ่งแสดงความเสี่ยงต่อสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ที่มากกว่า 25 ถือว่ามีน้ำหนักเกิน และมากกว่า 30 จะเป็นโรคอ้วน ปัญหานี้ขยายไปสู่สัดส่วนการแพร่ระบาด โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนในแต่ละปี อันเป็นผลมาจากการมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนทำให้เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดที่ 2 มะเร็งเต้านม ลำไส้ใหญ่ และเยื่อบุโพรงมดลูก โรคไขมันพอกตับ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคข้ออักเสบ และภาวะมีบุตรยาก สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนคือความไม่สมดุลของพลังงานระหว่างแคลอรีที่บริโภคและแคลอรีที่ใช้ไป นั่นก็คือการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงซึ่งมีไขมันและน้ำตาลสูง และการไม่เคลื่อนไหวหรือขาดการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยง

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทยพบว่า ประชากรไทยอายุ 18-59 ปี ในปี 2564 โภชนาการเกินร้อยละ 20.66 โรคอ้วนระดับ1 ร้อยละ 20.39 โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 6.29 ปี 2563 โภชนาการเกิน ร้อยละ 26.07 โรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 2.11 โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 5.96 ปี 2562 โภชนาการเกิน ร้อยละ 24.51 โรคอ้วนระดับ1 ร้อยละ 21.96 โรคอ้วนระดับ2 ร้อยละ 5.24 ตามลำดับ จังหวัดขอนแก่นพบว่าปี 2564 อัตราโภชนาการเกินร้อยละ 19.16 โรคอ้วนระดับ1 ร้อยละ 17.70 โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 4.81 ตามลำดับสำหรับ ประชาชนในเขตเมืองพบว่า 2564 อัตราโภชนาการเกินร้อยละ 19.16 โรคอ้วนระดับ1 ร้อยละ 17.22 โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 4.81 ตามลำดับสำหรับ ⁵ และในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งฉบับที่ 12 ในยุทธศาสตร์ที่ 1 มินโยบายเร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก โดยพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัยด้านอาหาร พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการ

ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกายและการมีสุขภาพที่ดี กำหนดเป้าหมายให้คนไทย มีการออกกำลังกาย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 50) การบริโภคผัก ผลไม้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 การสูบบุหรี่ และบริโภคแอลกอฮอล์ ลดลงร้อยละ 5 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹

อย่างไรก็ดี ในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนต้องอาศัยผู้ประสานงานหรือเป็นสื่อกลางระหว่างหน่วยงานของรัฐกับประชาชนนั่นก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือว่าเป็นผู้ช่วยเหลือบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด นอกจากนี้อสม. มีบทบาทในการผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย หรือเป็นผู้จัดการสุขภาพในชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ และภาวะโภชนาการแก่ประชาชนในด้านสุขภาพ

จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ จากแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁷ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลคือบุคคลที่มีความสามารถในการค้นหาหรือเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูล ประเมินข้อมูล และนำความรู้จากการประเมินข้อมูล ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือได้ว่าเป็นผู้ช่วยบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดและได้สัมผัสกับประชาชนมากที่สุด ซึ่งการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีความรอบรู้สุขภาพด้านโภชนาการ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จากการสำรวจกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตชุมชนเมือง ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเมือง 4 ศูนย์แพทย์ สังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2563 มีจำนวน 678 คน พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายเสี่ยงที่จะเป็นโรคอ้วนสูงถึง 442 คน คิดเป็นร้อยละ 65.19 ภาวะโภชนาการของอสม แสดงถึงอสม.มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ความระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะส่วน

บุคคลกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนพัฒนาพฤติกรรม อสม.ในการลดน้ำหนักและมีภาวะโภชนาการปกติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพกับภาวะโภชนาการเกินและอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษา ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐาน

ลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยครั้งนี้การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Research Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพกับภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอสม.ในที่ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์สังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น 4 แห่ง ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง ศูนย์แพทย์มิตรภาพ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง รวมทั้งหมด 899 คน มีภาวะ น้ำหนักเกินและอ้วน 404 คน

กลุ่มที่ศึกษาเป็น อสม.ที่มีภาวะโภชนาการเกินและอ้วน จากศูนย์แพทย์สังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น 4 แห่ง ในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วน (ในกรณีทราบขนาดประชากร) โดยสูตร

การคำนวณหาตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วน คือ

$$\text{จากสูตร } n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \frac{N\pi(1-\pi)}{Z_{\alpha/2}^2 \pi(1-\pi) + Nd^2}$$

N = ประชากร อสม. ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จำนวน 404 คน

n = ขนาดตัวอย่าง

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการ

ประมาณสัดส่วน 5 %

π = สัดส่วน อสม. ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน = 0.449 = 0.45

$$n = \frac{(1.96)^2}{(1.96)^2} \frac{(404)(.45)(1-.45)}{(.45)(1-.45) + (404)(.05)^2}$$

แทนค่า

$$= 195.98 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 5 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

R = กำหนดสัดส่วนสูญหายร้อยละ 5 %

$$n_{adj} = \frac{N}{(1-R)^2}$$

$$\text{แทนค่า } n_{adj} = \frac{195.98}{(1-.05)^2}$$

= 217.15 คน = 218 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มเป็นระบบ (Systematic random sampling) ในอสม.ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จากศูนย์แพทย์ 4 แห่ง ได้จำนวนอสม.ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จำนวน 218 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินและอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ที่คลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองคลองศาลา โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ชุด และนำผลที่ได้มาทำการตรวจสอบคุณภาพของพบว่าเครื่องมือด้วยวิธีการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ (Reliability Analysis) ด้วยการพิจารณา ค่า Cronbach's Coefficient Alpha (Cronbach,1951) โดยมีค่า 0.7 ขึ้นไป r ได้มาทำการตรวจสอบคุณภาพของพบว่าค่าReliability ของความรู้ ค่า $r = 0.72$ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ $r = 0.94$ พฤติกรรมสุขภาพ $r = 0.85$

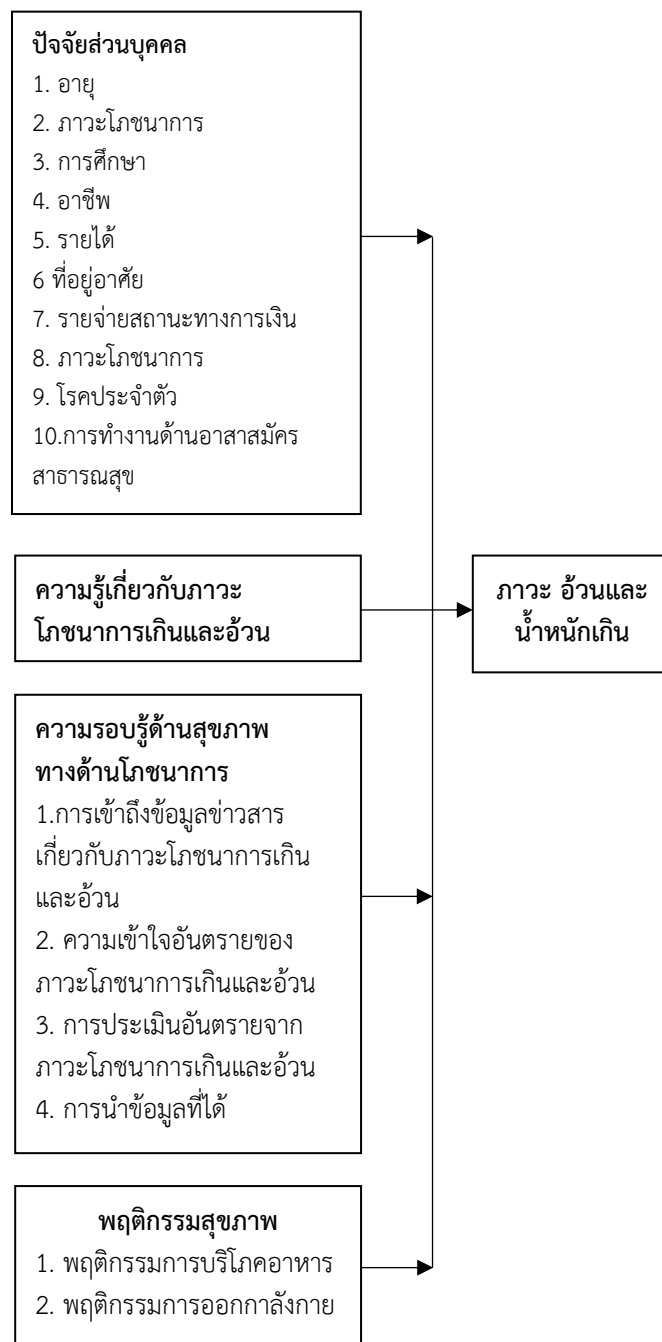
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำ สุด และการศึกษาความสัมพันธ์ตัวแปรใช้ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Pearson Coefficient Correlation

ผลของการวิจัย

1. **ลักษณะส่วนบุคคล** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนร้อยละ 69.7 (152 คน) รายได้มากที่สุดต่ำกว่า 5,000 บาท สถานะทางการเงิน ส่วนใหญ่ไม่พอใช้และมีหนี้สิน ร้อยละ 69.3 (151 คน) การปฏิบัติงาน อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 1-3 ปี ร้อยละ 64.7 (141 คน)

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดอายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 46.8 (93 คน) ภาวะโภชนาการส่วนใหญ่อ้วนร้อยละ 69.7 (152 คน) อาชีพหลักมากที่สุด ทำอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.7(104 คน) ที่อาศัยส่วนใหญ่อยู่บ้านส่วนตัว ร้อยละ 88.1 (192 คน) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 48.6 (106 คน) รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 ร้อยละ 58.3 สถานะทางการเงินในแต่ละเดือนส่วนใหญ่ไม่พอใช้ และมีหนี้สิน ร้อยละ 69.3 52.8 กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.8 สำหรับโรคประจำตัวมากที่สุดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.7 (56 คน) การทำงานด้านอาสาศัมผัสสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาศัมผัสสาธารณสุขส่วนใหญ่ระหว่าง 1-3 ปี ร้อยละ 64.7 เคยได้รับการอบรมพัฒนาทักษะด้านสาธารณสุข ร้อยละ 100

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินและอ้วน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินและอ้วนเฉลี่ย ระดับสูง ร้อยละ 83 (181คน) รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 16.1 (35 คน) น้อยที่สุดระดับต่ำร้อยละ 0.9 (2 คน) คะแนน สูงสุด 11 คะแนน 5 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ1.03 คะแนน

3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้รอบรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56 (122 คน) รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 37.6 (82 คน) และน้อยที่สุดระดับต่ำ ร้อยละ 6.4 (14 คน) คะแนนเฉลี่ย 83.09 คะแนน คะแนนต่ำสุด 53 คะแนน คะแนนสูงสุด 110 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.99คะแนน

3.1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน/อ้วน ความรอบรู้ที่อยู่ในระดับสูง (mean = 19.34, SD.=3.2)

3.2. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน/อ้วน ระดับปานกลาง (mean = 22.89 SD.= 3.4)

3.3 การประเมินการควบคุมน้ำหนัก ระดับปานกลาง (mean = 21.99 SD.= 4.03)

3.4. การตัดสินใจในการควบคุมน้ำหนัก/ลดน้ำหนัก ระดับปานกลาง (mean = 15.1 SD.= 2.5)

1.6 พฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.1 (144 คน) รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 32.1(70 คน) น้อยที่สุดระดับปรับปรุง ร้อยละ 1.8 (4 คน) (mean=46.83,SD.=5.1 คะแนน) Min= 31 คะแนน Max= 60 คะแนน)

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินและน้ำหนักเกิน ได้แก่ สถานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์ภาวะโภชนาการเกินและน้ำหนักเกินในระดับต่ำ (r = .141,P=.037) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) ระยะเวลาการทำงาน เป็นอสม. มีความสัมพันธ์ภาวะโภชนาการเกินและน้ำหนักเกินเชิงลบในระดับต่ำ (r = -0.137,P=.043) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน มีความสัมพันธ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เชิงลบในระดับต่ำ (r = -.157, P=.020) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05)

อภิปรายผล

จากสมมติฐาน ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม ของอสม.มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาศัมผัสสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินและอ้วน

2.1.1 สถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.141, P<.05) ดังในตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาการใช้เงินของ อสม.ส่วนใหญ่เงินไม่พอใช้ร้อยละ 69.30 รายได้มากที่สุดไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพการ์ ยาโน และคณะ (2560) ได้ศึกษาพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของอสม.ในเขตเทศบาลบ้านคู่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0

2.1.2 ระยะเวลาการทำงานเป็นอสม. มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.137$, $P < .05$) ดังในตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาระยะเวลาการทำงานอสม.

ส่วนใหญ่ทำงาน 1-3 ปี ร้อยละ 64.7 เป็นเพราะว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี พบว่า มากที่สุด อสม.ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 40.80

ส่วนลักษณะบุคคลอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน หรือน้ำหนักเกิน

2.2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.157$, $p < 0.20$) เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่าอสม.ทั้งหมดมีความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน เช่น หมูพะโล้ กุนเชียงร้อยละ 100 รองลงมา การขาดการออกกำลังกายทำให้อ้วนได้ ร้อยละ 98.20 แสดงถึง อสม.มีความรู้มากก็จะรู้จัก ควบคุมน้ำหนักได้ดีกว่าผู้ที่มีความรู้น้อย สอดคล้องกับ การศึกษาของนิตยา ศิริมา และคณะ ได้ศึกษาการออกกำลังกายและภาวะอ้วนของ อสม.ในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า อสม.มีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนระดับสูง

ส่วนตัวแปร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ไม่สัมพันธ์กับภาวะ

ข้อเสนอแนะ

2.1 ข้อเสนอแนะการนำไปปฏิบัติ

อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมเสี่ยงภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน ควรส่งเสริมหรือพัฒนาให้เป็นแกนนำในการออกกำลังกายและลดการรับประทานอาหารเสี่ยงต่อโรคอ้วน

2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการนำความรู้ด้านสุขภาพมาพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข (2559).แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565.จาก <https://anamai.moph.go.th/pdf>.
2. ดวงพรสาราญมณีน หรือพิมพ์อุไร ลิ้มพัทธ์.การรับรู้ต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย เอกชน.วารสารมนุษยศาสตร์หรือสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 :15-24,2561.
3. ปราศ จักรไชย อภิชัย คุณิพงษ์ วรเดช ช่างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข.ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 :16-28,2560.
4. พิมพ์การ์ ยาโน,ณัฐดา จินราช วัชรพร พวงไพร พฤกษ์,ประภัสรา สุวรรณ, อาเรีย จอแยส นักวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของอสม.ในเขตเทศบาลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 : 61-69,2562.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข (Health Data Center[HDC]).(2564). ร้อยละของ ประชากรวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย ภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน ค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2564, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php/>. โรงพยาบาลขอนแก่น.(2563). รายงานประจำปี 2562. เอกสารสำเนา.
6. วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล.การสุ่มตัวอย่าง ทฤษฎีหรือการ ประยุกต์.ภาควิชาสถิติ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,2528.

7. Center for Disease Control and Prevention [CDC] (2021). Overweight & Obesity. Retried on 14th March from <https://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html>. Retried World Health Organization [WHO]. (2021). Obesity and overweight . Retried on 10th March from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Received: 2 Sep 2022, Revised: 27 Oct 2022

Accepted: 10 Nov 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพฯ
ประจำปีงบประมาณ 2564สิริสรรค์ จรรย์พงศ์ไพบูลย์¹, อุบลวรรณ วัฒนาดิลกกุล²

บทคัดย่อ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็น Excellent center ในการรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาการบริการ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปีงบประมาณ 2564 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการด้านต่างๆ และ ความพึงพอใจต่อการรับบริการจากแผนกบริการต่างๆที่สัมพันธ์กับสิทธิการรักษาพยาบาลและกลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17,563 ราย แบบสอบถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ เป็นแบบสอบถามที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพใช้เพื่อสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มาใช้บริการจากหน่วยงานต่างๆ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในด้านต่างๆ และ แบบสอบถามข้อเสนอแนะแบบปลายเปิด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานทำการทดสอบความสัมพันธ์ ได้แก่ t-test และ one-way ANOVA และการวิเคราะห์เนื้อหาข้อเสนอแนะและความคิดเห็นอื่นๆ (content analysis) ตามลำดับ ผลลัพธ์: ความพึงพอใจของผู้รับบริการในแต่ละด้านอยู่ในระดับมากที่สุด สิทธิการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกๆด้าน และกลุ่มผู้รับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกๆด้าน ประเด็นข้อเสนอแนะ พบว่า ประเด็นด้านสถานที่มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 58.66 ประเด็นรองลงมาประเด็นด้านบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 39.29 และประเด็นด้านระยะเวลา คิดเป็นร้อยละ 9.05 ตามลำดับ สรุป: ความสำคัญของความคิดเห็นของผู้รับบริการ ชี้ให้เห็นถึงปัญหาอันแท้จริงของระบบการบริการ และจำเป็นต้องมีการแก้ไขปรับปรุง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในครั้งถัดไป ผลที่ได้นั้นจะเป็นประโยชน์ และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ, การรับบริการโรงพยาบาล, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

^{1,2} สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

*Corresponding author : sirisanj@gmail.com

*Original Article***The Satisfaction of Patient-service in Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok, Fiscal year 2021**Jariyapongpaiboon S¹, Wattanadilokkul A²**Abstract**

Background: Queen Sirikit National Institute of Child Health is a tertiary hospital, providing excellent treatment and referrals to pediatric patients with complex disease. The satisfaction and expectations of service are an important part of the development of the service. This study is the satisfaction survey provided by Queen Sirikit National Institute of Child Health, Fiscal year 2021. The objective was to examine the level of satisfaction of the hospital service department and the correlation between the level of satisfaction with the right to medical treatment and type of treatment services. Methods: this study is retrospective study used Descriptive Statistics and Inferential Statistics. The sample of 17,563. This instrument used in this study was the questionnaire of the Hospital Quality Department. The questionnaire was general information, the satisfaction toward the hospital services and the open-ended questionnaire. The statistics used for the data analysis were Descriptive Statistics, Independent sample t-test, one-way ANOVA and Content analysis respectively. Results: The satisfaction of guardians of children in all 8 parts were at the highest level. The correlation of the satisfaction and the right to medical treatment and the correlation of the satisfaction and the hospital service were significant different p-value 0.05 in all 8 parts. Suggestions were about the service place the highest which is 58.66 percent, the services provider is 39.29 percent and the long waiting time is 9.05 percent respectively. Conclusion: The service satisfaction and the suggestions were very important to know the needs of the clients and solve the problems to meet the satisfaction of the clients. The results of the study will be helpful and used for developing the better health service system of the Queen Sirikit National Institute of Child Health.

Keywords: satisfaction, Hospital service, Queen Sirikit National Institute of Child Health^{1,2} Queen Sirikit National Institute of Child Health, Thung Phaya Thai, Ratchathewi, Bangkok, 10400

*Corresponding author : sirisanj@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการผลักดันนโยบาย Medical Hub ซึ่งเป็นการดำเนินงานเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน รวมไปถึงการมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพในระดับสากล อีกทั้งยังมีการสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางด้านสุขภาพของทวีปเอเชีย¹ ตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2559 – 2568)¹ และเนื่องจากการผลักดันต่าง ๆ จากนโยบายของรัฐบาลส่งผลให้เกิดโรงพยาบาลรัฐบาลที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขต้องเกิดการปรับตัว เพื่อให้ตอบโจทย์นโยบายและตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนมากขึ้นนั่นเอง

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็น Excellent center ในการรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีภารกิจด้านการพัฒนาสถาบันให้เป็นสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติที่มีระดับขีดความสามารถในระดับสากล และการพัฒนาระบบคุณภาพ รวมถึงการมีบุคลากรที่มีคุณภาพและเชี่ยวชาญ ประกอบกับเครื่องมือต่าง ๆ ที่เป็นเทคโนโลยีทันสมัย ทำให้การรักษาคนไข้เด็กที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่มาใช้บริการย่อมมีการคาดหวังในบริการที่ได้รับ ทั้งทางด้านการรักษาและการให้คำปรึกษา โดยความคาดหวังที่ผู้มาใช้บริการต้องการหรือคาดหวังจะได้รับหรือสิ่งที่ได้รับการให้บริการนั้นย่อมสะท้อนถึงความพึงพอใจต่อการให้บริการ

บุคลากรในการให้บริการ ยังเป็นหลักสำคัญในการให้บริการ เพื่อนำไปสู่ความพอใจสูงสุดแก่ผู้รับบริการ โดยมีคุณลักษณะ 8 ข้อดังนี้² 1. การเข้าใจในความต้องการของลูกค้า เพื่อที่จะได้ล่วงรู้ถึงความต้องการของลูกค้า เพื่อที่จะได้เข้าใจในความต้องการของลูกค้าอย่างง่าย ๆ 2. การรู้จักวิธีติดต่อสื่อสารที่ดี การติดต่อสื่อสารที่ดีทั้งภาษาคำพูด และที่ไม่ใช่ภาษาคำพูด หรือที่เรียกว่า ภาษาท่าทางหรือ อวัจนภาษา 3. ความมีมารยาท คือ การที่ผู้ให้บริการมีการแสดงออกที่ดีต่อหน้าลูกค้า การแสดงที่ดีก็คือ การมีกริยามารยาที่งดงาม

นั่นเอง ซึ่งแสดงออกทั้งการพูด การนั่ง การยืน การเดิน หรือการแสดงออกด้วยภาษากาย 4.การมีความรับผิดชอบ ต่อไปนี้เป็นสูตรสำเร็จในการแสดงถึงความรับผิดชอบในการทำงาน และเป็นการเพิ่มผลผลิตในการทำงาน 5.ความสามารถรอบรู้ ผู้ให้บริการที่ดีจะต้องมีความสามารถรอบรู้ต่าง ๆ เพราะความรู้ทำให้เกิดทัศนคติที่ดี ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำงานติดตามมา และจะทำให้เกิดขวัญ และกำลังใจที่ดีอีกด้วย 6.การมีความน่าเชื่อถือ การที่ผู้ที่มีหน้าที่ในการบริการ จะมีความเชื่อถือได้นั้น คุณสมบัติประจำตัวของแต่ละคนเป็นสิ่งที่สำคัญในการทำหน้าที่บริการ ปัญหาที่อยู่ที่ว่าทำอะไรจึงจะให้ลูกค้าหรือผู้ที่กำลังติดต่อเกิดความศรัทธา และเชื่อถือ 7.ความน่าไว้วางใจ นอกจากการทำให้คนเชื่อถือหรือเชื่อมั่นแล้วผู้ที่ทำหน้าที่บริการควรจะต้องทำให้เป็นคนที่น่าไว้วางใจอีกด้วย 8.การมีสุขภาพ และสุขภาพจิตที่ดี ผู้ให้บริการจะดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ อยู่เสมอ เมื่อมีสุขภาพกายที่ดีแล้ว สุขภาพจิตย่อมดีตามด้วย จิตดีนั้นดี เฉลยสรุปได้สรุปปัจจัยพื้นฐาน 6 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 หัวข้อหลัก คือความพึงพอใจในการรับบริการ และความพึงพอใจต่อบุคลากร ในการรับบริการ ซึ่งการรับบริการนั้นไม่ใช่สิ่งที่มีตัวตน แต่เป็นกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ต้องการใช้บริการ กับ ผู้ให้บริการ อันนำไปสู่ความพึงพอใจที่ได้รับบริการนั่นเอง³ และสุนทรียา คำทูล ได้สำรวจความพึงพอใจและทัศนคติของผู้มาใช้บริการกรณีศึกษา โรงพยาบาลอ่าวอุดม อำเภอสัตหีบ จ.ชลบุรี ความพึงพอใจที่แตกต่างกัน อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกัน เช่นอายุ สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ภูมิหลังของบุคคล โดยความพึงพอใจของผู้รับบริการนั้นจะเป็นตัวผลักดันและมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น เพราะความพึงพอใจของผู้รับบริการจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ให้บริการได้พัฒนาการบริการขึ้นไปเรื่อย ๆ เพื่อให้สามารถแข่งขันกับองค์กรอื่น ๆ ได้⁴

ความคิดเห็นของผู้รับบริการ เปรียบเสมือนกระจกเงาสะท้อนให้เห็นคุณภาพบริการและชี้ให้เห็นถึงปัญหาอันแท้จริงของระบบการบริการ และจำเป็นต้องมีการแก้ไขปรับปรุงเพื่อตอบสนองต่อ ความต้องการของผู้รับบริการอย่าง ทางงานพัฒนาคุณภาพ สถาบัน

สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาธาราซินี ได้เห็นถึงความสำคัญ ของระดับความคาดหวังและความพึงพอใจ ของผู้มาใช้ บริการหน่วยงานต่างๆ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาธาราซินี โดยผลที่ได้นั้นจะเป็น ประโยชน์ และเป็น แนวทางในการพัฒนาและระบบการให้บริการของ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาธาราซินี ให้ดียิ่งขึ้นเพื่อ ก้าวสู่การเป็นสถาบันเชี่ยวชาญด้านโรคเด็กชั้นนำของ ภูมิภาคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและประเมินความพึงพอใจต่อการ ให้บริการด้านต่าง ๆ และความพึงพอใจต่อการรับ บริการจากแผนกบริการต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสิทธิการ รักษาพยาบาลและกลุ่มผู้รับบริการรับบริการ สถาบัน สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาธาราซินี

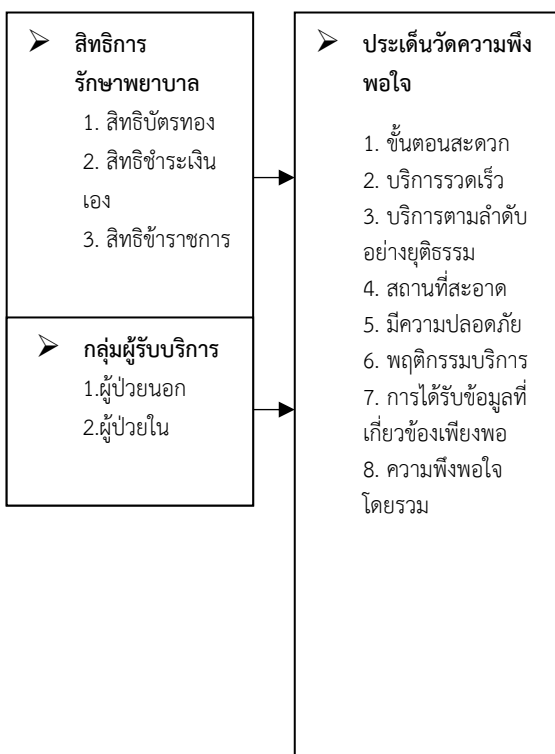
วิธีดำเนินการวิจัย

กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

(Independent Variable) (Dependent Variable)



รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และ เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การทดสอบข้อมูล 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one - way ANOVA) และ การวิเคราะห์เนื้อหาข้อเสนอแนะและความคิดเห็นอื่นๆ (content analysis) ตามลำดับ การวิจัยครั้งนี้ได้ขอ อนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันสุขภาพ เด็กแห่งชาติมหาธาราซินี และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ วิจัยเรียบร้อยแล้ว

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มารับ บริการจากแผนกต่างๆทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ทำ แบบสอบถามความพึงพอใจ ในปี 2564 จำนวน 17,563 คน (ข้อมูลจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ) จาก ผู้รับบริการทั้งหมดในปี 2564 จำนวน 245,378 คน (ข้อมูลจากกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณ Estimate single proportion สูตรประมาณค่าสัดส่วน (Wayne WD, 1995)⁵ จากการคำนวณ ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจะเก็บ รวบรวมข้อมูล จำนวน 17,563 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ เป็น แบบสอบถามที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพใช้เพื่อสอบถาม ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มาใช้บริการจาก หน่วยงานต่างๆ ในช่วงปีงบประมาณ 2564 เป็น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษา ซึ่ง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม มี 3 สิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ 1.สิทธิบัตรทอง 2.สิทธิชำระเงินเอง 3.สิทธิ ข้าราชการ และ 2 การเข้ารับบริการ ได้แก่ 1. ผู้ป่วย นอก 2. ผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของ ผู้รับบริการต่อการให้บริการด้านต่างๆ มี 8 ข้อ

ได้แก่ 1. ขั้นตอนสะดวก 2. บริการรวดเร็ว 3. บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม 4. สถานที่สะอาด 5. มีความปลอดภัย 6. พฤติกรรมบริการ 7. การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอ และ 8. ความพึงพอใจโดยรวม

ลักษณะของแบบสอบถามความพึงพอใจโดย Wade M Vagias (2006)⁶ ได้กล่าวถึงมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งใช้เกณฑ์ 5 ระดับแทน 5 ความหมายคือ

5 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

4 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

2 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์⁷ (Best JW. 1977) ได้ดังนี้

ตาราง แสดงการแปลความหมายของระดับคะแนน

ความหมาย	ค่าเฉลี่ย
มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด	4.50 – 5.00
มีระดับความพึงพอใจมาก	3.50 – 4.49
มีระดับความพึงพอใจปานกลาง	2.50 – 3.49
มีระดับความพึงพอใจน้อย	1.50 – 2.49
มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	1.00 – 1.49

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด (open-ended questionnaire) เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้บังคับบัญชา และขออนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อทำวิจัย เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบ แล้วจึงทำการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ และ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่เป็น Descriptive data รายงานด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการเข้ารับบริการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ การทดสอบข้อมูล 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) ความพึงพอใจผู้รับบริการที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ One-way ANOVA ทุกการทดสอบกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และข้อมูลจาก

ข้อเสนอแนะ โดยจัดกลุ่มข้อเสนอแนะออกเป็น 3 กลุ่มคือ ด้านบุคลากร ด้านระยะเวลา และ ด้านสถานที่ ได้ทำการแจกแจงความถี่ (frequency) และนำเสนอเป็นร้อยละ (Percentage)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจทั้งหมด 17,563 คน เป็นผู้ป่วยนอก 11,758 คน คิดเป็นร้อยละ 66.95 และผู้ป่วยใน 5,805 คน คิดเป็นร้อยละ 33.05 เมื่อพิจารณาตามสิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ สิทธิบัตรทอง จำนวน 12,305 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.06 สิทธิข้าราชการจำนวน 3,473 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.77 สิทธิข้าราชการจำนวน 1,785 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.16 ตามลำดับ

2. ความพึงพอใจต่อการให้บริการที่แตกต่างกันไปตามสิทธิการรักษาพยาบาล ผลการวิเคราะห์พบว่า สิทธิบัตรทอง มีความพึงพอใจโดยรวม มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 รองลงมาคือ มีความปลอดภัยและพฤติกรรมบริการ มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 4.67 การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 ตามด้วย สถานที่สะอาด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ขั้นตอนสะดวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 และการให้บริการรวดเร็ว มีค่าเฉลี่ยที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือเท่ากับ 4.53 สิทธิชำระเงินเอง มีความพึงพอใจโดยรวม มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 รองลงมาคือ พฤติกรรมบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอและมีความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 ตามด้วย บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 สถานที่สะอาด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 ขั้นตอนสะดวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 และการให้บริการรวดเร็ว มีค่าเฉลี่ยที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือเท่ากับ 4.45 สิทธิชำระค่าบริการ มีความพึงพอใจโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 ในส่วนพฤติกรรมบริการ มีความปลอดภัย และ บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 4.66 ตามด้วย สถานที่สะอาด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 ขั้นตอนสะดวกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 และการให้บริการรวดเร็ว มีค่าเฉลี่ยที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือเท่ากับ 4.51

3. ความพึงพอใจต่อการให้บริการที่แตกต่างกันไปตามกลุ่มผู้รับบริการรับบริการ ผลการวิเคราะห์

พบว่า ผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจโดยรวม มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 รองลงมาคือ พฤติกรรมบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 มีความปลอดภัยและการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ตามด้วย สถานที่สะอาด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 ขั้นตอนสะดวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 และการให้บริการรวดเร็ว มีค่าเฉลี่ยที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือเท่ากับ 4.48 ผู้ป่วยใน มีความพึงพอใจโดยรวม มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 รองลงมาคือ สถานที่มีความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 พฤติกรรมบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอและบริการตามลำดับอย่างยุติธรรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 ตามด้วยขั้นตอนสะดวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 สถานที่สะอาด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 และการให้บริการรวดเร็ว มีค่าเฉลี่ยที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือเท่ากับ 4.58 4. ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจโดยรวมสำหรับการให้บริการจำแนกตามกลุ่มผู้รับบริการ ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยข้อมูลกลุ่มผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในส่งผลต่อระดับคะแนนด้านความพึงพอใจโดยรวมโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 และ กลุ่มผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 และสถิติที่ใช้ทดสอบ independent sample t-test แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจโดยรวมสำหรับการให้บริการจำแนกตามกลุ่มผู้รับบริการ

ความพึงพอใจโดยรวม	กลุ่มผู้รับบริการ	N (%)	Mean±SD	t-test	p-value	95% CI for Mean	
						Lower	Upper
	ผู้ป่วยนอก	11758 (66.95)	4.68 ± 0.53				
	ผู้ป่วยใน	5805 (33.05)	4.70 ± 0.51	2.349	0.019*	0.003	0.036

* สถิติทดสอบ Independent sample t-test มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจสำหรับการให้บริการจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจสำหรับการให้บริการ จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบ one-way ANOVA พบว่า $p\text{-value} < 0.05$ แปลผลได้ว่ากลุ่มผู้รับบริการที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแตกต่างกันมีความพึงพอใจต่อการให้บริการแตกต่างกัน ในทุกด้านดังนี้ 1. ขั้นตอนสะดวก 2. บริการรวดเร็ว 3. บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม 4. สถานที่สะอาด 5. มีความปลอดภัย 6. พฤติกรรมบริการ 7. การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอ และ 8. ความพึงพอใจโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประเด็นวัดความพึงพอใจ ด้านที่ 1 ได้แก่ 1. ขั้นตอนสะดวก 2. บริการรวดเร็วและ 3. บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม พบว่าทั้ง 3 สิทธิคือ สิทธิบัตรทอง สิทธิข้าราชการเงินเอง และสิทธิข้าราชการแตกต่างกัน ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ประเด็นวัดความพึงพอใจ ด้านที่ 2** ได้แก่ 1. สถานที่สะอาด 2. มีความปลอดภัย พบว่า ทั้ง 3 สิทธิคือ สิทธิบัตรทอง สิทธิข้าราชการเงินเอง และสิทธิข้าราชการแตกต่างกัน ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ**ประเด็นวัดความพึงพอใจด้านที่ 3** ได้แก่ 1. พฤติกรรมบริการ 2. การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอ 3. ความพึงพอใจโดยรวม พบว่า ทั้ง 3 สิทธิคือ สิทธิบัตรทอง สิทธิข้าราชการเงินเอง และสิทธิข้าราชการแตกต่างกัน ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจสำหรับการให้บริการจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

ประเด็นวัดความพึงพอใจ (ปี 2564)	สิทธิการรักษาพยาบาล			F	p-value
	บัตรทอง	ข้าราชการเงินเอง	ข้าราชการ		
	N= 12305	N= 3473	N= 1785		
ด้านที่ 1	4.59 ± 0.53	4.53 ± 0.57	4.58 ± 0.53	17.492	<0.001*
1. ขั้นตอนสะดวก	4.60 ± 0.58	4.54 ± 0.61	4.58 ± 0.57	13.957	<0.001*
2. บริการรวดเร็ว	4.53 ± 0.65	4.45 ± 0.70	4.51 ± 0.66	19.781	<0.001*
3. บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม	4.65 ± 0.55	4.60 ± 0.57	4.66 ± 0.53	10.518	<0.001*
ด้านที่ 2	4.65 ± 0.51	4.60 ± 0.53	4.64 ± 0.51	12.299	<0.001*
4. สถานที่สะอาด	4.63 ± 0.56	4.59 ± 0.58	4.61 ± 0.56	8.037	<0.001*
5. มีความปลอดภัย	4.67 ± 0.52	4.62 ± 0.55	4.66 ± 0.53	14.782	<0.001*
ด้านที่ 3	4.68 ± 0.49	4.64 ± 0.53	4.67 ± 0.49	8.956	<0.001*
6. พฤติกรรมบริการ	4.67 ± 0.52	4.63 ± 0.58	4.66 ± 0.55	7.091	<0.01*
7. การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอ	4.66 ± 0.54	4.63 ± 0.57	4.67 ± 0.53	5.710	<0.01*
8. ความพึงพอใจโดยรวม	4.70 ± 0.52	4.65 ± 0.56	4.69 ± 0.52	12.143	<0.001*

*สถิติที่ใช้ one- way ANOVA มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คิดเห็นอื่น ๆ การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ที่ได้จากแบบสอบถามความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1. ด้านบุคลากร 2. ด้านระยะเวลา

3. ด้านสถานที่ ได้ทำการแจกแจงความถี่ (frequency) และนำเสนอเป็นค่าร้อยละ (Percentage) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อเสนอแนะและความคิดเห็นอื่นๆ

ข้อเสนอแนะและความคิดเห็น (n= 420)	ความถี่	ร้อยละ
1.ด้านบุคลากรและการบริการ		
- การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ	148	35.24
- รสชาติของอาหาร	10	2.38
- บุคลากรและเจ้าหน้าที่มีน้อย เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวรเปล	7	1.67
รวมคะแนน (ด้านบุคลากร)	165	39.29
2.ด้านระยะเวลา		
- ควรจัดระบบคิวเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย	25	5.95
- แผนกจ่ายยา และรอรับยา	12	2.86
- ตรวจสอบสิทธิ	1	0.24
รวมคะแนน (ด้านระยะเวลา)	38	9.05
3.ด้านสถานที่		
3.1 การให้บริการห้องน้ำ		
- ความสะอาดห้องน้ำ	84	20.00
- อำนวยความสะดวก เช่น รวดตากผ้า รองเท้าเปลี่ยน กระดาษชำระไม่เพียงพอ	7	1.67
- ห้องน้ำและห้องอาบน้ำมีน้อยไม่เพียงพอ	6	1.43
รวมคะแนน (การให้บริการห้องน้ำ)	97	23.10
3.2 การให้บริการห้องพัก		
- ห้องพิเศษ ไม่เพียงพอ	15	3.57
- ความปลอดภัยในการเข้าพัก	15	3.57
- การรับบริการห้องพัก ควรมีคำชี้แจงและการปฏิบัติตนที่ชัดเจน	22	5.24
- ควรเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รวดตากผ้า เครื่องทำน้ำอุ่น (ห้องพิเศษ) และที่พักญาติ สัญญาณอินเทอร์เน็ต	13	3.10
- อุปกรณ์ในห้องพักรมมีชำรุด เช่น โซฟา ไมโครเวฟ ชั้นวางของใช้ มุ้งลวด	5	1.19
- เรื่องความสะอาดภายในห้องพัก เช่น มีฝุ่น	4	0.95
รวมคะแนน (การให้บริการห้องพัก)	74	17.62
3.3 การให้บริการที่จอดรถ		
- ที่จอดรถไม่เพียงพอ	41	9.76
- การให้บริการที่จอดรถ	5	1.19
รวมคะแนน (การให้บริการที่จอดรถ)	46	10.95
รวมคะแนน (ด้านสถานที่)	217	51.67

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผู้รับบริการทั้งหมดในปี 2564 แบ่งออกเป็น ผู้ตอบแบบสอบถามผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ข้อเสนอแนะการพัฒนางานวิจัยในครั้งถัดไปอาจจะเพิ่ม ข้อมูลกลุ่มลูกค้านอกเวลา เพื่อให้ได้รับข้อเสนอแนะความคิดเห็นของผู้รับบริการครอบคลุมทุกช่วงเวลา การศึกษาครั้งนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นต้นแบบในการทำวิจัยเรื่องความพึงพอใจ และได้นำไปปรับใช้ในปีถัดๆไป เพื่อเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามมากถึง 17,563 แบบสอบถามจากผู้รับบริการทั้งหมดในปี 2564 จำนวน 245,378 คน เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการรับบริการ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยนอกในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อสิทธิการรักษา สิทธิบัตรทอง สิทธิชำระเงินเอง และสิทธิข้าราชการ พบว่า พึงพอใจต่อการให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประเด็นข้อเสนอแนะและความคิดเห็นอื่น ๆ ในภาพรวมทั้งหมด พบว่า ประเด็นด้านสถานที่มีข้อเสนอแนะมากที่สุด คือ การให้บริการห้องน้ำ การให้บริการห้องพัก คิดเป็นร้อยละ การให้บริการที่จอดรถ ไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้รับบริการแผนกต่างๆ เป็นผู้ป่วยเด็กป่วยซึ่งมาพร้อมกับผู้ปกครองหลายท่านมีจำนวนมาก และมารับบริการพร้อมกันทำให้การบริการที่โรงพยาบาลจัดให้ไม่เพียงพอกับความต้องการ เช่น จำนวนที่นั่งหรือห้องน้ำไม่เพียงพอ สถานที่จอดรถไม่เพียงพอ จึงทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อการบริการ ประเด็นรองลงมาประเด็นด้านบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 39.29 พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ไม่ประทับใจเป็นส่วนใหญ่ การแสดงออกของท่าทาง คำพูด ซึ่งเป็นพฤติกรรมการบริการที่ดี ผู้รับบริการสามารถรับรู้ หรือสัมผัสได้ และจะสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการบริการนั้นเป็นอย่างไร ประทับใจหรือพึงพอใจมากน้อยเพียงใด และประเด็นด้านระยะเวลา มีแพทย์หลายแผนกตรวจเสร็จในเวลาใกล้เคียงกัน จึงทำให้คนไข้/ญาติ มารอรับยาพร้อมกันเป็นจำนวนมาก เกิดความแออัด พัฒนางานเป็นระบบเรียกคิวออนไลน์และ

การส่งยาทางไปรษณีย์เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับยา

ความสำคัญของความคิดเห็นของผู้รับบริการชี้ให้เห็นถึงปัญหาอันแท้จริงของระบบการบริการ และจำเป็นต้องมีการแก้ไขปรับปรุง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในครั้งถัดไป ผลที่ได้นั้นจะเป็นประโยชน์ และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะทำงานหน่วยงานพัฒนาคุณภาพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติฯ ทุกท่าน ขอขอบคุณคณะทำงาน กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอด และสนับสนุนวิชาการ ที่ช่วยสนับสนุนในการวิเคราะห์สถิติ และคำแนะนำในการเขียนจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 2561; 1:60
2. พรชัย ดีไพศาลสกุล. (2557). ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ โรงพยาบาล. วารสาร Veridian E-Journal, Silpakorn University, 6 (1), 573-592.
3. จิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2549). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับจิตวิทยาบริการ. เอกสารการสารชุดวิชา จิตวิทยาการบริการเล่มที่ 1 หน่วยที่ 1-7 นนทบุรี: สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2540 หน้า 7.
4. สุนทรียา คำทูล. (2552). การสำรวจความพึงพอใจและทัศนคติของผู้มาใช้บริการกรณีศึกษา: โรงพยาบาลอวอร์ดมออาเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารเทคโนโลยี วิทยาลัยนวัตกรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. Wayne WD 1995. Biostatistics: A foundation of analysis in health sciences. 6th ed. New York: John Wiley and Sons .

6. Wade M Vagias, editor. Likert-type scale response anchors. Clemson International Institute for Tourism & Research Development. Department of Parks. Recreation and Tourism Management: Clemson University;2006.
7. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Clift, New Jersey: Practice Hall, Inc; 1977.

Received: 19 Oct 2022, Revised: 10 Nov 2022

Accepted: 25 Nov 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 จังหวัดยโสธร

บรรจบ แสนสุข¹, แมน แสงภักดี², ถนอม นามวงศ์³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2565 ตัวอย่างเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค และหญิงตั้งครรภ์ (กลุ่ม 608) ทุกคนในจังหวัดยโสธร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนโควิด-19 แบบสอบถามการดำเนินงานตามกลยุทธ์และแบบประเมินความพึงพอใจ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Multiple Logistic Regression และ Z-test ผลการศึกษาจากการสำรวจตัวอย่าง 2,307 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.9 อัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้น เข็มที่ 3 ร้อยละ 65.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ 1) รายได้ 2) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง และ 3) การรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต ด้านบริบทการดำเนินงานพบว่า ขาดการวิเคราะห์และวางแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานขาดการบูรณาการร่วมกันอย่างจริงจัง จากข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การวางแผนกลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) กลยุทธ์ระดับจังหวัด และ 2) กลยุทธ์ระดับพื้นที่ จากการนำกลยุทธ์ไปทดลองใช้ส่งผลให้ครอบคลุมการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากร้อยละ 54.2 เป็น 73.4 ครอบคลุมการฉีดวัคซีนที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิภาพของกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ดังกล่าวในระดับปานกลางและระดับสูง

คำสำคัญ: กลยุทธ์, กลุ่ม 608, โควิด-19, การฉีดวัคซีน

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

*Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

*Original Article***Development of COVID-19 Vaccination Strategies, Yasothon**Banjob Sansuk¹, Man Saengpak², Thanom Namwong³**Abstract**

This study aimed to develop and evaluate the COVID-19 vaccination strategies using action research with four steps: planning, operation, observing and reflecting. Conducted between May-October 2022 in Yasothon province. The sample was the elderly aged 60 years and over, who have underlying seven diseases and pregnant women (608-group) in Yasothon province and stakeholders. Data was collected using focus groups, in-depth interviews, reviewing of the secondary data and surveys with questionnaires. The qualitative data used content analysis. The quantitative data using descriptive statistics, Multiple logistic regression and Z-test. The results showed that 2,307 samples were mostly female, 53.8%, aged 70 years and over, 38.9%, and the rate of receiving booster COVID-19 vaccination (3rd dose) was 65.3%. Factors associated with receive booster 3rd dose include 1) income, 2) perceived benefit of COVID-19 vaccines can offer continued protection and 3) perceived benefits were effective at protecting people from severity or mortality. Operational context in the past found a lack of analysis and planning of strategy at clear and effective, lack of integration among stakeholders. Based on the information bring to the planning of COVID-19 vaccination strategies by the participation include 1) provincial strategy and 2) area-based strategy. As a result of the trial implementation of the strategy, the coverage of the vaccination 608-group increased statistically ($P < 0.05$) from 54.2% to 73.4%. The increased coverage of booster COVID-19 vaccination among 608-group reflects the effectiveness of COVID-19 vaccination strategies developed, and participation in the implementation of stakeholders, most of the healthcare workers were satisfied with the developed strategy were medium and high levels.

Keywords: Strategies, 608-group, COVID-19, Vaccination¹ Yasothon Provincial Health Office

* Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

บทนำ

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ส่งผลกระทบในวงกว้าง ทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคมที่มหาศาลจนประเมินค่าไม่ได้ องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์โรค ณ วันที่ 25 มีนาคม 2565 ทั่วโลกมีผู้ป่วยยืนยันกว่า 476,374,234 ราย เสียชีวิตแล้ว 6,108,976 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.3 ทวีปที่พบผู้ป่วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยุโรป รองลงมาคือ อเมริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽¹⁾ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2565 ที่มีแนวโน้ม พบผู้ติดเชื้อมากขึ้นจากเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์โอไมครอน (Omicron) และพบผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว สถานการณ์โรคโควิด-19 จังหวัดยโสธร ข้อมูลตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 จนถึง 28 มีนาคม 2565 พบผู้ป่วยยืนยัน 21,966 ราย เสียชีวิต 63 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.3 ผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.0 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.1 และพบว่าไม่ฉีดวัคซีนเลย ร้อยละ 84.1 รองลงมาฉีดเพียง 1 เข็ม ร้อยละ 7.3 และฉีดเพียง 2 เข็ม ร้อยละ 7.3 ⁽²⁾ ทั้งนี้ กรมควบคุมโรคให้ความสำคัญกับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องและลดความรุนแรงหรือโอกาสเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคปอดและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคเมเร็งทุกชนิด โรคเบาหวาน โรคอ้วน และหญิงตั้งครรภ์ หรือเรียกว่ากลุ่ม 608 ⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 ในพื้นที่จังหวัดยโสธรยังค่อนข้างต่ำ ข้อมูล ณ วันที่ 23 มีนาคม 2565 พบว่าฉีดเข็มที่ 1, 2 และเข็มที่ 3 ร้อยละ 89.3, 84.9 และ 33.32 ตามลำดับ จากเป้าหมาย 102,482 คน ⁽²⁾

ประเทศไทย มีร่างนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2566 – 2570 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านวัคซีนโควิด-19 มีระบบการบริหารจัดการด้านวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ เป็นระยะเวลา 5 ปี และมีความสำคัญต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในระดับประเทศ ⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่

จังหวัดยโสธร ยังขาดการวิเคราะห์และวางแผนกลยุทธ์หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพปัญหา รวมถึงขาดการบูรณาการร่วมกันอย่างจริงจัง ระหว่างฝ่ายผู้ให้บริการกับฝ่ายอำนาจการหรือภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ การขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ผ่านมาขึ้นอยู่กับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ⁽⁵⁾ และบริบทของพื้นที่ ผ่านกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด หรือคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และในระดับตำบล ⁽²⁾ ส่งผลให้การฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่ม 608 กลัวหรือกังวลการแพ้ หรืออาการข้างเคียงจากวัคซีน จึงส่งผลต่อการลงใจที่จะไม่ฉีดวัคซีน ⁽⁶⁾ งานวิจัยที่ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์การฉีดวัคซีนหรือประสิทธิผลของวัคซีนโควิด-19 ⁽⁷⁻¹⁰⁾ ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนา กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ยังไม่มีความชัดเจน งานวิจัยที่มีอยู่เป็นเพียงการพัฒนาารูปแบบเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคอื่น ๆ ⁽¹¹⁾

จากสภาพปัญหาและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทีมผู้วิจัยจึงได้วิจัยเรื่องการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ขึ้น ผลที่ได้ คือ กลุ่ม 608 เข้าถึงการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 เพิ่มขึ้น และได้ กลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ และเกิดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลกลยุทธ์การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ในกลุ่ม 608 ที่พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2565 ในพื้นที่ทั้ง 9 อำเภอ จังหวัดยโสธร

กระบวนการวิจัย ประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart ⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การวางแผน (Planning) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและบริบทการดำเนินงานการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคโควิด-19 โดยการทบทวนเอกสาร ฐานข้อมูล การสำรวจข้อมูล ด้วยแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นทำการวางแผนกลยุทธ์ โดยการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2) การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการและถ่ายทอด กลยุทธ์สู่การปฏิบัติในพื้นที่ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่ม 608

3) การสังเกตการณ์ (Observing) กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์ ด้วยแบบสอบถามกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ติดตามข้อมูลการฉีดวัคซีนในระบบให้บริการ ออกเยี่ยมติดตามการดำเนินงาน ฉีดวัคซีน ในชุมชน ประเมินผลการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 โดย เปรียบเทียบผลก่อน-หลังการดำเนินงาน และประเมินความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น

4) การสะท้อนผล (Reflecting) สรุปประเมินผล ค้น ข้อมูลให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถอดบทเรียน พร้อมกัน รับฟัง ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกลยุทธ์ให้ดียิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ได้แก่ กลุ่ม 608 ทุกคน ในพื้นที่จังหวัด ยโสธร ที่ยังไม่ฉีดวัคซีนโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 จำนวน 102,482 ราย

2) ตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

2.1) ตัวอย่างของการศึกษานี้ได้มาด้วยการใช้ สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับประมาณค่าสัดส่วน แบบทราบค่าประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายของ Cochran⁽¹³⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ 95% โดย $Z_{\alpha/2} = Z_{0.025} = 1.96$ กำหนดสัดส่วนของการไม่ฉีด วัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ร้อยละ 44.3 ⁽²⁾ ความคลาดเคลื่อน สัมพัทธ์ ร้อยละ 2 ดังนั้นจึงมีขนาดตัวอย่าง 2,307 ราย ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ก) ฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 ในพื้นที่และ ครบกำหนดฉีดกระตุ้นเข็มที่ 3 ข) สามารถตอบคำถามได้ ค) สามารถติดตามได้ และ ง) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และ กำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

2.2) ตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อ ศึกษาบริบทการดำเนินงานและข้อเสนอแนะในการพัฒนา กลยุทธ์ 12 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ 1) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน พื้นที่ ได้แก่ (1) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) (2) ตัวแทน ผู้นำชุมชน (3) บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) (4) ตัวแทนกลุ่ม 608 (5) ญาติที่ดูแลกลุ่ม 608 และ (6) เจ้าหน้าที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับ จังหวัด ได้แก่ (1) ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือรองผู้ว่าราชการ จังหวัดที่เกี่ยวข้อง (2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือรอง นายแพทย์ฯ ที่เกี่ยวข้อง (3) หัวหน้ากลุ่มงานโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร(สสจ.) (4) หัวหน้ากลุ่มงาน คัดกรองผู้บริโภคหรือผู้แทน สสจ.ยโสธร (5) หัวหน้ากลุ่มงาน พัฒนารูปแบบบริการ สสจ.ยโสธร (6) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานวัคซีนโควิด-19 โรงพยาบาลยโสธร กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ก) มีส่วนร่วมกับการดำเนินงานหรือเป็นผู้ให้บริการฉีด วัคซีนโควิด-19 และ ข.) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และกำหนด เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วย เหตุผลต่าง ๆ

2.3) ตัวอย่างสำหรับประเมินผลการดำเนินงาน ตามกลยุทธ์และการประเมินความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่ พัฒนาขึ้น เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการบริหาร จัดการหรือให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดยโสธร 252 คน ประกอบด้วย (1) รพ.สต. และ ศสช. 117 แห่ง ๆ ละ 2 คน และ (2) โรงพยาบาล 9 แห่ง ๆ ละ 2 คน กำหนดเกณฑ์ คัดเข้า ได้แก่ ก) มีส่วนร่วมกับการดำเนินงานฉีดวัคซีนโควิด- 19 และ ข.) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และกำหนดเกณฑ์คัด ออก ได้แก่ ก) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอด กระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุ ผลต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้และการประเมินคุณสมบัติของ เครื่องมือ

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อ ศึกษาบริบทการดำเนินงาน (5 ข้อ)

2) แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนโควิด- 19 มี 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (5 ข้อ) ส่วนที่ 2 การ รับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีน (4 ข้อ) ส่วนที่ 3 แหล่งที่ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน (9 ข้อ) และส่วนที่ 4 การฉีดวัคซีน

และเหตุผลที่ยังไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 (2 ข้อ)

3) แบบสอบถามการดำเนินงานตามกลยุทธ์สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 จังหวัดยโสธร มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (6 ข้อ) ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานฉีดวัคซีนของหน่วยบริการ (2 ข้อ) และส่วนที่ 3 กลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่ (12 ข้อ) ซึ่งเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น (10 ข้อ) เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ พัฒนาขึ้นเอง โดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือในข้อที่ 2) - 3) ด้วยการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากการหาค่า CVI (Content Validity Index) โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ซึ่งค่า CVI ที่ดีควรมีค่าตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป⁽¹⁴⁾ พร้อมกับขั้นตอนนี้ได้ขอความร่วมมือผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำเกี่ยวกับความชัดเจนของภาษาด้วย ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาข้อคำถามมีค่า CVI ระหว่าง 0.83 - 1 หลังจากนั้นปรับปรุงแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการบันทึกข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดย อสม. ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว ข้อมูลการดำเนินงานตามกลยุทธ์ การประเมินความพึงพอใจ การสนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการบันทึกข้อมูลลงในฟอร์มออนไลน์ (Google Form) จากนั้น ดาวน์โหลดข้อมูลออกมาตรวจสอบคุณภาพก่อนเริ่มวิเคราะห์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนักวิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มมาถอดเทปบันทึกเสียง และ สรุปประเด็นจำแนกตามหัวข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา และความต้องการในการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง และสาเหตุ ที่ไม่ยังฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 คะแนนความพึงพอใจและการปฏิบัติตามกลยุทธ์นำมารวมคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best⁽¹⁵⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ด้วย Multiple Logistic Regression และเปรียบเทียบสัดส่วนการฉีดวัคซีนก่อนและหลังการวิจัยด้วย Z-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรเลขที่ HE6512/2565 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2565

ผลการศึกษา

1. การวางแผน (Planning)

1.1 ผลการศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 จากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

1) ตัวอย่าง 2,307 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.9 (Median 65.4, Min 16, Max 99) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.5 และมีรายได้ 1,000-2,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.4

2) อัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ร้อยละ 65.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.2 เพศหญิง ร้อยละ 63.6 โดยกลุ่มอายุ 16-59 ปี มีอัตราการฉีดวัคซีนมากที่สุด ร้อยละ 68.0

รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 จำแนกตามเพศและอายุ (n = 2,307)

อายุ (ปี)	เพศชาย			เพศหญิง			รวม		
	ฉีดเข็ม 3			ฉีดเข็ม 3			ฉีดเข็ม 3		
	n	N	%	n	n	%	n	n	%
16-59	275	181	65.8	268	188	70.2	543	369	68.0
60-69	418	287	68.7	457	298	65.2	875	585	66.9
70 ปีขึ้นไป	371	247	66.6	518	305	58.9	889	552	62.1
รวม	1,064	715	67.2	1,243	791	63.6	2,307	1,506	65.3

3) สาเหตุที่ยังไม่ตัดสินใจฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 สูงที่สุด คือ กลัวแพ้วัคซีน ร้อยละ 63.2 รองลงมา คือ กลัวอันตรายหรืออาจเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน, คิดว่าฉีด 2 เข็มก็เพียงพอแล้ว, ยังไม่มีเวลาหรือยังไม่พร้อม และบุตรหรือญาติยังไม่อนุญาตให้ฉีด ร้อยละ 61.6, 49.6, 41.6 และ 25.2 ตามลำดับ

4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร

(Multivariable analysis) พบตัวแปรที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ได้แก่ 1)รายได้ต่อเดือน [ต่ำกว่า 1,000 บาท กลุ่มอ้างอิง (1,000 - 2,999 บาท OR_{adj} 1.0, 95%CI 0.8 to 1.3; ตั้งแต่ 3,000 บาทขึ้นไป OR_{adj} 1.3, 95%CI 1.1 to 1.6)], 2) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง (OR_{adj} 1.6, 95%CI 1.3 to 2.1) และ 3)การรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต (OR_{adj} 2.0, 95%CI 1.5 to 2.6) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 (n=2,307)

Variables	N	ฉีดเข็ม 3		Crude OR	Adj. OR	95% CI (OR _{adj})		p-value
		N	%			Lower	Upper	
รายได้ (บาท/เดือน)								
ต่ำกว่า 1,000	794	498	62.7					
1,000 - 2,999	829	535	64.5	1.1	1.0	0.8	1.3	0.772
3,000 บาทขึ้นไป	684	473	69.2	1.3	1.3	1.1	1.6	0.016
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง								<0.001
ไม่ใช่	364	187	51.4					
ใช่	1943	1,319	67.9	2.0	1.6	1.3	2.1	
การรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต								<0.001
ไม่ใช่	238	110	46.2					
ใช่	2,069	1,396	67.5	2.4	2.0	1.5	2.6	

1.2 ผลการศึกษาสภาพปัญหาจากการทบทวนเอกสาร ฐานข้อมูล และการสัมภาษณ์เชิงลึก

สภาพปัญหาและบริบทการดำเนินงานส่งเสริมการเข้าถึงการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 สรุปได้ว่าเป็นมาจากสาเหตุ 4 ส่วน หลัก ๆ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ฝ่ายอำนวยการ ซึ่งอาจขาดการวิเคราะห์และวางแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจน ขาดการนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการวางแผนการ ฝ่ายอำนวยการประกอบไปด้วย คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ฝ่ายการบริหารจัดการด้านวัคซีน ฝ่ายสนับสนุนวิชาการ และ EOC ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ส่วนที่ 2 ฝ่ายผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น รพ.สต. และ ศสช. และภาคีเครือข่ายในระดับตำบลและชุมชน เช่น ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ อสม. ที่ต้องปฏิบัติงานอย่างหนักมายาวนานทำให้มีความอ่อนล้า ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 3 ฝ่ายผู้รับบริการ อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่ม 608 กลัวหรือกังวลการแพ้หรืออาการข้างเคียง จากวัคซีน ส่วนหนึ่งอาจได้รับข้อมูลเชิงลบที่คาดเคลื่อนตามที่ปรากฏในสื่อต่าง ๆ ส่งผลต่อการลังเลใจที่จะไม่ฉีดวัคซีน และส่วนที่ 4 ขาดกลยุทธ์การดำเนินงานที่ชัดเจนและการบูรณาการร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ระหว่าง ฝ่ายอำนวยการและฝ่ายผู้ให้บริการในระดับพื้นที่ การดำเนินงานที่ผ่านมาขึ้นอยู่กับคำสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข และขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ผ่านกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด หรือ EOC ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ยกตัวอย่างการดำเนินงาน เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ การประกาศหอกระจายข่าว การเคาะประตูบ้านกลุ่มเป้าหมายโดย อสม. การจัดหน่วยบริการฉีดวัคซีนเชิงรุก เป็นต้น ทั้งนี้ จากสภาพปัญหา 4 ส่วนดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมการเข้าถึงการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

1.3 การวางแผนกลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19

จากข้อมูลข้างต้นนำไปสู่การวางแผนกลยุทธ์ได้ 2 กลยุทธ์หลัก คือ 1) กลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับจังหวัด ได้แก่ การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management) และการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ด้วยกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดโยธธ การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Information) การประเมินผลการดำเนินงานด้วย

ดัชนีชี้วัดผลงาน (KPI) การเสริมแรงจูงใจด้วยการแข่งขันและการมอบรางวัล การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน การบริหารจัดการวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังและการเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีน และการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่และแนวทางการดำเนินงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ด้วยกระบวนการวิจัย 2) กลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรในสถานพยาบาลให้คำแนะนำประชาชนที่มาใช้บริการเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน การจัดหน่วยบริการฉีดวัคซีนในสถานที่สำคัญของชุมชน บริการ “ฉีดวัคซีนที่บ้าน” ในกลุ่มที่เข้าถึงยาก แคนนำในชุมชน หรือ อสม. ที่ฉีดวัคซีนแล้ว ทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูล หรือชักชวนคนอื่นมาฉีดวัคซีน การสนทนาเพิ่มแรงจูงใจเพื่อตัดสินใจเลือกฉีดวัคซีน การสื่อสารหรือให้ข้อมูลเชิงชวนมาฉีดวัคซีนโดยบุคคล ที่น่าเชื่อถือ การแจ้งเตือนกลุ่มเป้าหมายด้วยจดหมายหรือโทรศัพท์ และระบบจัดการกับข้อมูลเท็จหรือข่าวลือ ที่นำไปสู่ความลังเลใจไม่ฉีดวัคซีน

2) การปฏิบัติการ (Action)

ถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติในพื้นที่ โดยใช้กลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดโยธธ เป็นกลไกหลัก เพื่อให้เกิดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งกลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับจังหวัด และกลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับพื้นที่ โดยกลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับพื้นที่ มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สำคัญ คือ คณะกรรมการ EOC อำเภอ และ EOC ตำบล

3) การสังเกตการณ์ (Observing)

การออกนิเทศติดตามในพื้นที่ การติดตามในระบบฐานข้อมูล และการประเมินผลการปฏิบัติตามกลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับพื้นที่ขึ้น พบว่ากลยุทธ์ที่มีการดำเนินงานสูงที่สุด ได้แก่ บุคลากรในสถานพยาบาลให้คำแนะนำประชาชนที่มาใช้บริการเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน มีคะแนนเฉลี่ย 4.7 คะแนน รองลงมา “มีบริการฉีดวัคซีนที่บ้านในกลุ่มที่เข้าถึงยาก” “การจัดหน่วยบริการฉีดวัคซีนในสถานที่สำคัญของชุมชน” “แคนนำในชุมชน หรือ อสม. ที่ฉีดวัคซีนแล้วทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูล หรือชักชวนคนอื่นมาฉีดวัคซีน” และ “การสนทนาเพิ่มแรงจูงใจเพื่อตัดสินใจเลือกฉีดวัคซีน” มีคะแนนเฉลี่ย 4.5, 4.4, 4.3 และ 4.3 คะแนนตามลำดับ

ด้านการเข้าถึงการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 พบว่าก่อนการวิจัยหรือก่อนการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 มีอัตราการฉีด

วัคซีน ร้อยละ 54.2 ภายหลังการวิจัยอัตราการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.4 โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 กลุ่ม 608 จำแนกรายอำเภอ จังหวัดยโสธร

อำเภอ	ก่อนการวิจัย (เม.ย.65)			หลังการวิจัย (ก.ย.65)		Proportion difference	p-value	
	เป้าหมาย	ฉีดวัคซีนเข็ม 3		เป้าหมาย	ฉีดวัคซีนเข็ม 3			
		จำนวน (ร้อยละ)			จำนวน(ร้อยละ)			
เลิงนกทา	19,012	7,907	(41.6)	15,995	11,452	(71.6)	30.0	<0.001
ทรายมูล	6,322	3,315	(52.4)	6,171	4,599	(74.5)	22.1	<0.001
เมืองยโสธร	24,811	13,279	(53.5)	22,177	16,336	(73.7)	20.2	<0.001
ไทยเจริญ	4,857	2,564	(52.8)	5,103	3,652	(71.6)	18.8	<0.001
ป่าดัว	7,513	4,050	(53.9)	7,207	5,191	(72.0)	18.1	<0.001
มหาชนะชัย	10,548	7,450	(70.6)	10,337	8,810	(85.2)	14.6	<0.001
คำเขื่อนแก้ว	12,948	7,256	(56.0)	12,123	8,499	(70.1)	14.1	<0.001
กุดชุม	11,401	5,948	(52.2)	11,644	7,515	(64.5)	12.3	<0.001
ค้อวัง	5,070	3,792	(74.8)	4,804	4,052	(84.4)	9.6	<0.001
รวม	102,482	55,562	(54.2)	95,561	70,108	(73.4)	19.2	<0.001

4) การสะท้อนผล (Reflecting)

ผลการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันโรค โควิด-19 ต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความพึงพอใจระดับต่ำ ร้อยละ 6.8 ระดับปานกลาง 47.6 และระดับสูง ร้อยละ 45.6 ผลการคืนข้อมูลและถอดบทเรียน พบปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ 1) ความพร้อมและความสามัคคีของทีม มีคะแนนเฉลี่ย 4.5 คะแนน รองลงมา คือ 2) กลไก อสม. เฉลี่ย 4.5 คะแนน 3) การวางแผนและกำกับติดตามที่ดี เฉลี่ย 4.4 คะแนน 4) หัวหน้าทีม/ผู้นำทีม เฉลี่ย 4.3 คะแนน และ 5) ผู้นำชุมชน เฉลี่ย 3.8 คะแนน

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่ม 608 มีอัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ร้อยละ 65.3 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 70⁽¹⁶⁾ โดยทั่วไปแล้วภูมิคุ้มกันกลุ่ม (Herd Immunity) ของโรคโควิด-19 จะ

เกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อร้อยละ 60-95 ของประชากรมีภูมิคุ้มกันต่อโรคนั้นหรือได้รับการฉีดวัคซีน⁽¹⁷⁾ การที่กลุ่ม 608 มีอัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 อยู่ในระดับ ที่ค่อนข้างต่ำเป็นสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ซึ่งหากประชากรกลุ่มนี้ติดเชื้อโควิด-19 จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยหนักและเสียชีวิตค่อนข้างสูง⁽²⁾ อัตราการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 มีแนวโน้มลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่ม 608 หรือญาติผู้สูงอายุกลัวแพ้หรืออันตรายจากวัคซีนจึงลังเลใจหรือไม่ยอมฉีดวัคซีน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในการศึกษาครั้งนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร บุญโท⁽¹⁸⁾ ซึ่งพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้กลุ่ม 608 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีอยู่ 3 ปัจจัย ได้แก่ รายได้ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต กล่าว คือ การมีรายได้สูงมีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นกษา สิงห์วีระธรรมและคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ทำการวิจัยเรื่องความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งผู้ที่มี

ความสามารถในการจ่ายเงินหรือการมีรายได้สูงจะเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่วนประเด็นการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนในการป้องกันโรค และการลดความรุนแรงหรือการเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนที่เพิ่มขึ้นนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของพีรวัดน์ ตระกูลทวิสุข⁽⁷⁾ และการศึกษาของชำนาญ มาลัย และณอม นามวงศ์⁽⁶⁾ ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนมีผลต่อความสนใจฉีดวัคซีน ทั้งนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยเน้นถึงอาการข้างเคียง ความปลอดภัยของวัคซีน และประสิทธิภาพของวัคซีน⁽¹⁹⁾ จะช่วยกระตุ้นให้กลุ่ม 608 เห็นความสำคัญ ในการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะผู้ที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เพราะมีอัตราการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นค่อนข้างต่ำกว่ากลุ่มอื่น และมีโอกาสเสียชีวิตค่อนข้างสูงเมื่อติดเชื้อโควิด-19⁽²⁾

ด้านบริบทหรือกลยุทธ์การดำเนินที่ผ่านมามีพบว่า ขาดการวิเคราะห์และวางแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพของฝ่ายอำนวยการ รวมถึงการบูรณาการร่วมกันอย่างจริงจัง ระหว่างฝ่ายอำนวยการ และฝ่ายผู้ให้บริการในระดับพื้นที่ การดำเนินงานที่ผ่านมาขึ้นอยู่กับคำสั่งการของ ศบค. กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ฝ่ายผู้ให้บริการที่อยู่ในพื้นที่ ต้องปฏิบัติงานอย่างหนักและขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้ง กลุ่ม 608 กลัวแพ้หรืออาการข้างเคียงจากวัคซีน จากการได้รับข้อมูลเชิงลบที่คาดเคลื่อนตามที่ปรากฏในสื่อต่าง ๆ ส่งผลต่อการลังเลใจที่จะไม่ฉีดวัคซีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร บุญโท⁽¹⁸⁾, นกษา สิงห์วีธรรม และคณะ⁽¹⁰⁾ และการศึกษาของพีรวัดน์ ตระกูลทวิสุข⁽⁷⁾

ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลที่สำคัญในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการบูรณาการร่วมกันอย่างจริงจัง ทั้งฝ่ายอำนวยการและฝ่ายผู้ให้บริการในระดับพื้นที่ที่ต้องเน้นการให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประสิทธิผล และอาการข้างเคียงของการฉีดวัคซีนอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม การมีระบบจัดการกับข่าวลือหรือข้อมูลเท็จที่นำไปสู่ความลังเลใจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อให้กลุ่ม 608 ใช้ประกอบการตัดสินใจฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น

2. การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 จากข้อมูลดังกล่าว ได้นำไปสู่ การวางแผนกลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ได้แก่ กลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับจังหวัด จำนวน 8 กลยุทธ์

ได้แก่ 1) การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management) และการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ด้วยกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดด้วยสิทธิ 2) การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Information) 3) การประเมินผลการดำเนินงานด้วยดัชนีชี้วัดผลงาน (KPI) ด้านสาธารณสุข 4) การเสริมแรงจูงใจด้วยการแข่งขันและการมอบรางวัล 5) การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและการตอบโต้กับข่าวลือที่นำไปสู่การลังเลใจตัดสินใจเลือกฉีดวัคซีน 6) การบริหารจัดการวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพ 7) การเฝ้าระวังและการเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนและ 8) การพัฒนาองค์ความรู้ใหม่และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ด้วยกระบวนการวิจัย ส่วนกลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับพื้นที่ 8 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) บุคลากรในสถานพยาบาลให้คำแนะนำประชาชนที่มาใช้บริการ เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน 2) การจัดหน่วยบริการฉีดวัคซีนในสถานที่สำคัญของชุมชน เช่น วัด หรือ โรงเรียน 3) บริการ “ฉีดวัคซีนที่บ้าน” ในกลุ่มที่เข้าถึงยาก 4) แกนนำในชุมชน หรือ อสม.ที่ฉีดวัคซีนแล้วทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลหรือชักชวนคนอื่นมาฉีดวัคซีน 5) การสนทนาเพิ่มแรงจูงใจเพื่อตัดสินใจฉีดวัคซีน 6) การสื่อสารหรือให้ข้อมูลเชิงชวนมาฉีดวัคซีนโดยบุคคลที่น่าเชื่อถือ 7) การแจ้งเตือนกลุ่มเป้าหมายด้วยจดหมายหรือโทรศัพท์ และ 8) ระบบจัดการกับข้อมูลเท็จหรือข่าวลือที่นำไปสู่ความลังเลใจไม่ฉีดวัคซีน เกิดเป็น “กลยุทธ์ 8X8 ยโสธร” เพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ขึ้น

กลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นนี้ สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่สำคัญของ ศบค.⁽⁵⁾ และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) ของสหรัฐ⁽²⁰⁾ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ กลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับจังหวัด และกลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับพื้นที่ ทั้ง 2 ส่วนออกแบบให้มีความเชื่อมโยงกัน และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการกำหนดกลยุทธ์และร่วมดำเนินการ โดยมีกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อน ได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และ EOC ในระดับอำเภอ และระดับตำบล กลยุทธ์การส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนนี้เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁽¹²⁾ และนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเข้ามาผสมผสานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นที่ได้แนะนำกระบวนการมีส่วนร่วมมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

และความยั่งยืนในการดำเนินงาน^(21,22) และกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพตามกรอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ส่วน (*Six Building Blocks*) ทั้งการจัดระบบบริการฉีดวัคซีนที่สอดคล้องกับบริบทหรือสภาพปัญหาของกลุ่ม 608 การจัดการกำลังคนหรือบุคลากรโดยการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การพัฒนาระบบข้อมูลให้มีประสิทธิภาพเพื่อการวางแผนและติดตามการดำเนินงาน การจัดการด้านงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมการฉีดวัคซีนในพื้นที่โดยบูรณาการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน และสร้างกลไกการติดตามประเมินผลหรือระบบตรวจสอบที่เข้มแข็ง โดยมีเป้าหมายหลักคือส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (*Access*) เพิ่มความครอบคลุมการฉีดวัคซีน (*Coverage*) คุณภาพบริการและความปลอดภัยของการฉีดวัคซีน (*Quality and Safety*) ส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดี (*Healthy*) และมีความยั่งยืน (*Sustainable*)^(23,24)

3. ผลของ “กลยุทธ์ 8X8 ยโสธร” เพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้น จากการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติในพื้นที่ ส่งผลให้ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จากร้อยละ 54.2 เป็นร้อยละ 73.4 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 70⁽¹⁶⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลอีก 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าจังหวัดยโสธร สามารถดำเนินการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในกลุ่ม 608 ได้สูงที่สุดและมีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 19.2 สูงกว่าอีก 4 จังหวัดซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นถึงเพียงร้อยละ 11.0 – 5.7⁽²⁾ บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นระดับ ปานกลางและระดับสูง ผลของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ทำให้เพียงพอต่อการเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ (*Herd Immunity*) และเมื่อรวมกับการได้รับภูมิคุ้มกันจากการติดเชื้อตามธรรมชาติ ประชากรจะมีอัตราภูมิคุ้มกันที่สูงยิ่งขึ้นสามารถป้องกันการเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ได้⁽¹⁷⁾ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนกลุ่ม 608 ที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิภาพของกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น การเสริมแรงจูงใจบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อให้บริการฉีดวัคซีนทั้งเชิงรับและเชิงรุก การพัฒนาระบบข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ ทั้งการสำรวจสถานการณ์ปัญหาและการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนเพื่อวางแผนกลยุทธ์จากข้อมูลเชิง

ประจักษ์ (*Evidence Based*) และการใช้ข้อมูลในการติดตามประเมินผล การมีกลไกการติดตามประเมินผลหรือระบบตรวจสอบที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรกร คอนจำนงค์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด ที่พบว่ารูปแบบการดำเนินงานแบบ สหวิชาชีพระหว่างหน่วยงานร่วมกัน ส่งผลให้ครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดมากขึ้น ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการวิจัยนี้ ได้แก่ 1) ความพร้อมและความสามัคคีของทีม 2) กลไก อสม. 3) การวางแผนและการกำกับติดตามที่ดี 4) การมีหัวหน้าทีมที่ดี และ 5) ความเข้มแข็งผู้นำชุมชน อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 พัฒนาขึ้นในพื้นที่จังหวัดยโสธรนี้ มีโครงสร้างการบริหารงานและมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ อาจมีข้อจำกัดบางประการในการนำเอากลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

ปัญหาอุปสรรค

- 1) ข้อมูลเท็จหรือข่าวลือเกี่ยวกับการแพ้วัคซีน หรือการสงสัยเสียชีวิตจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็นปัญหาที่สำคัญที่นำไปสู่ความลังเลหรือตัดสินใจไม่ฉีดวัคซีน ซึ่งมีการเผยแพร่ตามช่องทางต่าง ๆ จำนวนมาก
- 2) การขับเคลื่อนกลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ต้องมีผู้เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน ทั้งในระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน และมีกฎระเบียบที่แตกต่างกันทำให้การติดต่อประสานงานมีความยากลำบาก

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) ควรนำกลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นนี้ ที่ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ กลยุทธ์ระดับจังหวัด และกลยุทธ์ระดับพื้นที่ไปปรับใช้ โดยมีกลไกหลักในการขับเคลื่อนและบูรณาการดำเนินงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง คือ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และ EOC ในระดับอำเภอ และระดับตำบล
- 2) กลุ่มที่มีรายได้สูง ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนในการป้องกันโรคและลดโอกาสการเสียชีวิตมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กระตุ้นเข็มที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถ

นำเอาทั้ง 3 ประเด็นนี้ ไปออกแบบมาตรการเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการฉีดวัคซีนในกลุ่ม 608 ได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ระดับจังหวัด ควรประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ กลยุทธ์เคลื่อนระดับจังหวัด และกลยุทธ์ขับเคลื่อนระดับพื้นที่ ซึ่งควรออกแบบให้มีความเชื่อมโยงกัน โดยมีกลไกหลักในการขับเคลื่อนกลยุทธ์เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน คือ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

2) ควรมีการติดตามประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นนี้ ในระยะยาว ทั้งในแง่ความยั่งยืน และประสิทธิผลต่อการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- WHO. Coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://covid19.who.int/>
- ศูนย์สื่อสารโควิด-19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. สถานการณ์โควิด-19 จังหวัดยโสธร [Internet]. 2565 [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.facebook.com/SATYASOTHON/post/s/2843696995910331>
- กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Internet]. 2564 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ(องค์การมหาชน). ร่างนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ [Internet]. 2565 [cited 2022 Apr 11]. Available from: http://nvi.go.th/index.php/blog/2021/01/pr_2564_01_draft_policy_strategic_plan_of_vaccine_security_66-70
- สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) [Internet]. 2565 [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://spm.thaigov.go.th/web/kode/HTML/info/ma2col-sub.asp?s=11&b=SUBORG-37&w=015&f=01500029>
- ชำนาญ กล้วย, อนุม นามวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(4):205-15.
- พิรุณรัตน์ ตรีภูมิตูสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;3(1):47-57.
- ไพรัช สงคราม, จักรสันต์ เลยหยุด, พรณิภา ไชยรัตน์, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, ชัยณัฐรัชต์ นกคักดา, วิราลีณี สีสงคราม. ความต้องการวัคซีนโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุข ในการบริการวัคซีนโควิด-19 จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(sup 2):199-207.
- ไมลา อิศสระสงคราม. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2564;19(2):56-67.
- นภชา สิงห์วีระธรรม, เพ็ญภา ศิริหัง, อรุณ ทองจันดี, วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, อัจฉรา คำมะทิติย์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินการได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นซ้ำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Internet]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565 Feb [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5547>
- พัชรกร คอนจันงค์, ดวงจันทร์ จันทรเมือง, มานะชัย สุระรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):75-85.
- Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University press; 1990.
- Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Son; 1977.
- Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. Oxford University; 2008.

15. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
16. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. ศูนย์สื่อสารโควิด จังหวัดยโสธร [Internet]. 2565 [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://www.facebook.com/SATYASOTHON>
17. Hess S, Lancsar E, Mariel P, Meyerhoff J, Song F, van den Broek-Altenburg E, et al. The path towards herd immunity: Predicting COVID-19 vaccination uptake through results from a stated choice study across six continents. Soc Sci Med. 2022 Apr 1;298(114800):1–18.
18. จิราพร บุญโท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารควบคุมโรค. 2565;48(1):22–32.
19. ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ, ปณิธิ อัมมวิริยะ, เยาวลักษณ์ จรรย์พงศ์ไพบุลย์, อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค, ไชยเวช ธนไพศาล. ประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด 19 ชนิดเชื้อตาย CoronaVac ในสถานการณ์การระบาดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2564;47(Suppl 2):1151–62.
20. Centers for Disease Control-and Prevention. 12 COVID-19 Vaccination Strategies for Your Community [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/vaccinate-with-confidence/community.html>
21. กมลลา วัฒนายังเจริญชัย. รูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(1):170–81.
22. ศิลปวิชัย น้อยสมมิตร, โชติกา แก่นธิดา. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนต่อนโยบายสาธารณะ. วารสารวิจัยวิชาการ. 2562;2(1):101–15.
23. สงครามชัย ลีทองดี. การจัดการระบบสุขภาพ. 2nd ed. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนันทาวิทยา; 2558.
24. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010. Available from: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

Received: 2 Dec 2022, Revised: 14 Dec 2022

Accepted: 17 Dec 2022

นิพนธ์ฉบับ

การประเมินการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ กลุ่ม selective cyclooxygenase-2 inhibitors ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสกลนคร

ธวัช สุขสถิตย์¹

บทคัดย่อ

ยา กลุ่ม selective cyclooxygenase-2 inhibitors (selective cox-2) มีความนิยมและมีมูลค่าการใช้ยาที่สูง เนื่องจากประสิทธิภาพของยาที่ลดปวดได้เร็ว และมีผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารน้อย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประเมินการใช้ยาที่มีต่อความเหมาะสมของการใช้ยาในกลุ่ม selective cox-2 เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ด้วยการทบทวนเวชระเบียน แฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาในกลุ่ม selective cox-2 ณ โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงก่อนมีการประเมินการใช้ยาระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2563 และช่วงหลังมีการประเมินการใช้ยาระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติโคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าจากใบสั่งยา Celecoxib ทั้งหมด 785 ใบสั่งยา แบ่งเป็นช่วงก่อนมีการประเมินการใช้ยาและช่วงหลังมีการประเมินการใช้ยา ผลการวิเคราะห์พบว่าร้อยละของใบสั่งยาที่สั่งใช้ยาเหมาะสมมีมากขึ้นจากเดิมร้อยละ 49.41 เป็น 64.72 ตามลำดับ ($p < 0.001$) และจากใบสั่งยา Etoricoxib ทั้งหมด 675 ใบสั่งยา ทำการวิเคราะห์แล้วพบว่าร้อยละใบสั่งยาที่สั่งใช้ยาเหมาะสมมีมากขึ้นจากเดิมร้อยละ 55.27 เป็น 70.63 ตามลำดับ ($p < 0.001$) สรุปผลการศึกษาพบว่าการมีโปรแกรมการประเมินการใช้ยามีแนวโน้มช่วยเพิ่มความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา และช่วยลดมูลค่าการใช้ยาที่เกินความจำเป็นลงได้

คำสำคัญ: การประเมินการใช้ยา, Selective cox-2, Celecoxib, Etoricoxib

¹ เภสัชกร โรงพยาบาลสกลนคร

* Corresponding author E-mail: watt99929@gmail.com

*Original Article***Evaluation of using NSAIDs selective cyclooxygenase-2 inhibitors in outpatients at Sakon Nakhon Hospital**Tawat Suksathit ¹**Abstract**

The selective cyclooxygenase-2 inhibitors (selective cox-2) have been popular and high value usage because it is more effective decrease pain and less gastrointestinal side effects. Therefore, this study aimed to compare result of drug use evaluation program (DUE program) towards the appropriate use of selective cox-2 before and after DUE program implementation. This retrospective descriptive study was performed in outpatients received selective cox-2 at Sakon Nakhon Hospital before DUE program implementation (July - December 2020) and after DUE program implementation (July - December 2021). Data were collected by electronic medical chart review. The data were analyzed using descriptive statistics t-test and Chi-square test. To define p-value < 0.05 as statistical significance.

The results were 785 prescriptions of Celecoxib, divided to before and after DUE program implementation. The appropriate indication increase was found percentage in 49.41 to 64.72, respectively ($p < 0.001$). And 675 prescriptions of Etoricoxib, the appropriate indication increase was found percentage in 55.27 to 70.63, respectively ($p < 0.001$). conclusion of study found DUE program implementation tends to improve the appropriate of selective cox-2 used. And reduce cost of using drugs that are unnecessary.

Keywords: drug use evaluation, Selective cox-2, Celecoxib, Etoricoxib

* Corresponding author E-mail: watt99929@gmail.com

บทนำ

การใช้ยาไม่สมเหตุผลผลเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกมาเป็นเวลานาน ในประเทศไทยนับเป็นปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน มาตรการหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหาคือ การใช้ยาไม่สมเหตุผล คือ การจัดตั้งโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital หรือ RDU hospital)¹ ซึ่งมุ่งหวังให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาจนนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างยั่งยืน

ยาในกลุ่ม NSAIDs มีกลไกการออกฤทธิ์คือยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ cyclooxygenase (cox) ส่งผลให้การสร้างสาร prostaglandins (PGs) ลดลง จึงมีฤทธิ์แก้ปวด ลดไข้ และยับยั้งการอักเสบ เอนไซม์ cox ในร่างกายมี 2 ชนิด คือ cox-1 (เอนไซม์ที่พบทั่วไปในเนื้อเยื่อต่าง ๆ รวมทั้งที่ไต) และ cox-2 (เอนไซม์ที่พบในเนื้อเยื่อที่มีการตอบสนองเมื่อเกิดภาวะอักเสบ รวมทั้งสามารถพบได้ในไต) การพัฒนาตัวยาน NSAIDs กลุ่มแรกมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แบบไม่เฉพาะเจาะจง (nonselective cox inhibitors) ซึ่งสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ทั้งชนิด cox-1 และ cox-2 และกลุ่มที่สองคือกลุ่มยา NSAIDs ที่มีฤทธิ์เฉพาะเจาะจงยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ cox-2 เป็นหลัก (selective cox-2 inhibitors) อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของยา NSAIDs คือ ทำให้เกิดความเป็นพิษต่อไตจากการยับยั้งการสร้าง PGE2 และ PGI2 ที่ไต จึงทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง อัตราการกรองของไตลดลง เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียม ทำให้เกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ซึ่งยาในกลุ่ม nonselective cox inhibitors และ selective cox-2 inhibitors มีผลทำให้เกิดความเป็นพิษต่อไตไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury; AKI) โดยเฉพาะเมื่อร่างกายอยู่ในภาวะที่ปริมาณเลือดน้อยลง หรือมีโรคร่วมอื่น เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคตับแข็ง และการได้รับยา NSAIDs ร่วมกับยารักษาโรคอื่นที่ส่งผลต่อการทำงานของไต เป็นต้น²⁻³

กลุ่มยา selective cyclooxygenase-2 inhibitors (selective cox-2) จัดอยู่ในกลุ่มยาที่ไม่ใช่ยาจำเป็นในการรักษาพยาบาล แต่เป็นกลุ่มยาที่มีการบริโภคงบประมาณในร้อยละที่สูง พบว่ายาเหล่านี้มีราคาต่อหน่วยสูงมาก จากข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการสั่งใช้ยาในกลุ่ม selective cox-2 ในปี ค.ศ. 2002 มูลค่าเกือบหมื่นล้านดอลลาร์⁴ การเติบโตของ

โอกาสในการใช้ยาในกลุ่ม selective cox-2 มีลักษณะผันแปรขึ้นกับสิทธิการรักษาของผู้ป่วย⁵ โดยผู้ป่วยที่เบิกจ่ายได้มีแนวโน้มที่จะได้รับยาในกลุ่มนี้มากกว่า ความนิยมของการใช้ยาเกิดจากประสิทธิภาพของยาที่ลดปวด ลดอาการอักเสบได้เร็วกว่ายาบรรเทาอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ทั่วไป (Conventional NSAIDs) และมีผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารน้อยกว่า⁶ ในบัญชียาของโรงพยาบาลสกลนคร มียาในกลุ่ม selective cox-2 รวมทั้งสิ้น 2 รายการ ได้แก่ ยา Celecoxib ขนาด 200 mg และ Etoricoxib ขนาด 60 mg และ 90 mg

การประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation; DUE) เป็นมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาลและเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การประเมินการใช้ยาในเชิงปริมาณ (quantitative DUE) ประกอบด้วย การเก็บข้อมูล การจัดระบบ และการรายงานข้อมูลโดยไม่ได้อิงกับเกณฑ์ (criteria) เช่น ปริมาณการใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง การประเมินการใช้ยาในเชิงปริมาณเป็นประโยชน์ต่อการค้นหาและรายงานปัญหาเพื่อวางแผนแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต่อไป⁷ ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในกลุ่ม selective cox-2 น้อย และยังไม่พบการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้การประเมินการใช้ยาในยาในกลุ่มดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ลดภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาในกลุ่ม selective cox-2 และเพื่อเปรียบเทียบผลของการประเมินการใช้ยาที่มีต่อความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาในกลุ่ม selective cox-2 ระหว่างช่วงก่อนและหลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation program; DUE program)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) เพื่อเปรียบเทียบผลของความเหมาะสมในการใช้ยา ก่อนและหลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา ด้วยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับยากลับ selective cox-2

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร ในช่วงเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2563 และช่วงเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยากลับ selective COX-2 ได้แก่ ยา Celecoxib ขนาด 200 mg และ ยา Etoricoxib ขนาด 60 mg หรือ 90 mg 2) มีประวัติการรักษาและได้รับการวินิจฉัยโรคในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยา Celecoxib จำนวน 785 ใบสั่งยา และได้รับยา Etoricoxib จำนวน 675 ใบสั่งยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบเก็บข้อมูล 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ส่วนของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ยาที่ได้รับ ข้อบ่งใช้ และเหตุผลในการสั่งใช้ยา 2) ส่วนของข้อมูลการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา ได้แก่ เหมาะสม และไม่เหมาะสม โดยประเมินตามแบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาของโรงพยาบาลสกลนคร (DUE form)

เกณฑ์การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา มีดังนี้

การสั่งใช้ยาเหมาะสม คือ การสั่งใช้ยาที่เป็นไปตามลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ มีประวัติแพ้ conventional NSAIDs, มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ conventional NSAIDs ได้แก่ มี recent GI bleeding, อายุ 65 ปีขึ้นไป, ได้รับยาร่วมที่ทำให้มีโอกาสเกิด GI adverse event ได้มากขึ้น และใช้ conventional NSAIDs ร่วมกับ PPIs แล้วยังคงเกิด GI adverse event

การสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม คือ การสั่งใช้ยาที่ไม่เข้ากับลักษณะข้อใดข้อหนึ่งของการสั่งใช้ยาที่เหมาะสม รวมถึงการไม่ระบุเหตุผลในการสั่งใช้ยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ข้อบ่งใช้ เหตุผลในการสั่งใช้ยา และความเหมาะสมในการใช้ยา ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ในกรณีข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการประเมินการใช้ยาและหลังมีการประเมินการใช้ยากลับ selective cox-2 และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติ independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

จริยธรรมในการวิจัย

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยเลขที่ SKNH REC No.037/2565 รับรองเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ยา Celecoxib และยา Etoricoxib ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2563 และเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม 1 คือกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ยา Celecoxib และยา Etoricoxib ก่อนมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา และกลุ่ม 2 คือกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ยา Celecoxib และยา Etoricoxib หลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา Celecoxib พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.94 และ 65.28 ในกลุ่มก่อนมีโปรแกรมประเมินการใช้ยาและหลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยาตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 59.37 ± 13.64 และ 60.19 ± 12.55 ปีตามลำดับ สถิติการรักษาส่วนใหญ่เป็นสถิติจ่ายตรง ร้อยละ 93.65 และ 96.67 ตามลำดับ ข้อบ่งใช้สำหรับการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุดในสองกลุ่มคือ Ankylosing spondylitis พบร้อยละ 29.65 และ 28.06 ตามลำดับ รองลงมาในกลุ่ม 1 คือ Osteoarthritis พบร้อยละ 21.65 และ Chronic

musculoskeletal pain ร้อยละ 18.82 ส่วนในกลุ่มที่ 2 ข้อบ่งชี้ที่พบรองลงมาคือ Chronic musculoskeletal pain ร้อยละ 26.67 และ Osteoarthritis ร้อยละ 17.50 และจากการศึกษาพบว่าแพทย์ไม่ระบุเหตุผลในการสั่งใช้ยามากที่สุดทั้งสองกลุ่ม พบร้อยละ 52.24 และ 46.39 ตามลำดับ รองลงมาเหตุผลในการใช้ยาที่พบคือ กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา conventional NSAIDs ได้แก่ มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 32.47 และ 32.50 ตามลำดับ รองลงมาคือ มีภาวะ recent GI bleeding พบร้อยละ 12.94 และ 10.28 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา Celecoxib ทั้งสองกลุ่ม มีเพศ (p=0.210) อายุ (p=0.155) สิทธิการรักษา (p=0.052) และข้อบ่งใช้ (p=0.083) ไม่แตกต่างกัน แต่มีเหตุผลในการสั่งใช้ยาแตกต่างกัน (p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรายละเอียดในตาราง 1

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา Etoricoxib พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.81 และ 64.34 ในกลุ่มก่อนมีโปรแกรมประเมินการใช้ยาและหลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยาตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 60.67±13.05 และ 59.77±13.87 ปีตามลำดับ สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิจ่ายตรง ร้อยละ 99.23 และ 99.65 ตามลำดับ ข้อบ่งใช้สำหรับการใช้ยาที่พบ

มากที่สุดในกลุ่ม 1 คือ Ankylosing spondylitis พบร้อยละ 37.02 รองลงมาคือ Osteoarthritis และ Chronic musculoskeletal pain ร้อยละ 23.65 และ 14.91 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่ 2 ข้อบ่งชี้ที่พบมากที่สุดคือ Chronic musculoskeletal pain พบร้อยละ 28.32 รองลงมาคือ Ankylosing spondylitis และ Osteoarthritis ร้อยละ 27.97 และ 25.87 ตามลำดับ และจากการศึกษาพบว่าแพทย์ไม่ระบุเหตุผลในการใช้ยามากที่สุดทั้งสองกลุ่ม พบร้อยละ 50.90 และ 43.01 ตามลำดับ รองลงมาเหตุผลในการใช้ยาที่พบคือ กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา conventional NSAIDs ได้แก่ มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 36.50 และ 38.81 ตามลำดับ รองลงมาคือ มีภาวะ recent GI bleeding พบร้อยละ 8.74 และ 10.49 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา Etoricoxib ทั้งสองกลุ่ม มีเพศ (p=0.691) อายุ (p=0.148) และสิทธิการรักษา (p=0.481) ไม่แตกต่างกัน แต่มีข้อบ่งใช้ (p<0.001) และเหตุผลในการสั่งใช้ยาแตกต่างกัน (p=0.022) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรายละเอียดในตาราง 2

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา Celecoxib (n=785)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	ก.ค.-ธ.ค. 2563 (n=425)	ก.ค.-ธ.ค. 2564 (n=360)	
เพศ			
ชาย	166 (39.06)	125 (34.72)	0.210
หญิง	259 (60.94)	235 (65.28)	
อายุเฉลี่ย(ปี)±S.D.	59.37±13.64	60.19±12.55	0.155
สิทธิการรักษา			
จ่ายตรง	398 (93.65)	348 (96.67)	0.052
ชำระเงิน	27 (6.35)	12 (0.33)	
ข้อบ่งใช้			
Osteoarthritis; OA	92 (21.65)	63 (17.5)	0.083
Rheumatoid arthritis; RA	5 (1.18)	3 (0.83)	
Ankylosing spondylitis	126 (29.65)	101 (28.06)	
Chronic musculoskeletal pain	80 (18.82)	96 (26.67)	
Acute pain	61 (14.35)	58 (16.11)	
ไม่ระบุข้อบ่งใช้	61 (14.35)	39 (10.83)	

เหตุผลในการใช้ยา

มีประวัติแพ้ conventional NSAIDs	3 (0.71)	6 (1.67)	
มีปัจจัยเสี่ยงที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ conventional NSAIDs	197 (46.35)	179 (49.72)	
มี recent GI bleeding	55 (12.94)	37 (10.28)	
อายุ 65 ปีขึ้นไป	138 (32.47)	117 (32.50)	
ได้รับยาาร่วมที่ทำให้มีโอกาสเกิด GI adverse event ได้มากขึ้น	4 (0.94)	25 (6.94)	<0.001
ใช้ conventional NSAIDs ร่วมกับ PPIs แล้ว	3 (0.71)	8 (2.22)	
ยังคงเกิด GI adverse event			
ไม่ระบุเหตุผลในการใช้ยา	222 (52.23)	167 (46.39)	

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา Etoricoxib (n=675)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	ก.ค.-ธ.ค. 2563 (n=389)	ก.ค.-ธ.ค. 2564 (n=286)	
เพศ			
ชาย	133 (34.19)	102 (35.66)	0.691
หญิง	256 (65.81)	184 (64.34)	
อายุเฉลี่ย(ปี)±S.D.	60.67±13.05	59.77±13.87	0.148
สิทธิการรักษา			
จ่ายตรง	386 (99.23)	285 (99.65)	0.481
ชำระเงิน	3 (0.77)	1 (0.35)	
ข้อบ่งใช้			
Osteoarthritis; OA	92 (23.65)	74 (25.87)	<0.001
Rheumatoid arthritis; RA	9 (2.31)	6 (2.10)	
Ankylosing spondylitis	144 (37.02)	80 (27.97)	
Chronic musculoskeletal pain	58 (14.91)	81 (28.32)	
Acute pain	46 (11.83)	15 (5.24)	
ไม่ระบุข้อบ่งใช้	40 (10.28)	30 (10.49)	
เหตุผลในการใช้ยา			
มีประวัติแพ้ conventional NSAIDs	1 (0.26)	0 (0.00)	0.022
มีปัจจัยเสี่ยงที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ conventional NSAIDs	184 (47.3)	146 (51.05)	
มี recent GI bleeding	34 (8.74)	30 (10.49)	
อายุ 65 ปีขึ้นไป	142 (36.50)	111 (38.81)	
ได้รับยาาร่วมที่ทำให้มีโอกาสเกิด GI adverse event ได้มากขึ้น	8 (2.06)	5 (1.75)	

ใช้ conventional NSAIDs ร่วมกับ PPIs แล้ว	6 (1.54)	17 (5.94)
ยังคงเกิด GI adverse event		
ไม่ระบุเหตุผลในการใช้ยา	198 (50.90)	123 (43.01)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา พบว่า จากใบสั่งยา Celecoxib ทั้งหมด 785 ใบสั่งยาแบ่งความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาเป็น 2 กลุ่ม คือ สั่งใช้ยาเหมาะสม และไม่เหมาะสม ทำการวิเคราะห์เฉพาะใบสั่งยาที่สามารถประเมินผลได้ตามเกณฑ์ที่การศึกษากำหนด แล้วพบว่า ร้อยละใบสั่งยาที่สั่งใช้ยาเหมาะสมมีมากขึ้น จากเดิม

ร้อยละ 49.41 เป็น 64.72 ตามลำดับ หลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา ($p < 0.001$) และจากใบสั่งยา Etoricoxib ทั้งหมด 675 ใบสั่งยา ทำการวิเคราะห์แล้วพบว่า ร้อยละใบสั่งยาที่สั่งใช้ยาเหมาะสมมีมากขึ้น จากเดิมร้อยละ 55.27 เป็น 70.63 ตามลำดับ หลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา ($p < 0.001$) ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตารางที่ 3 ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาด้านการอักเสบในกลุ่ม selective cox-2 เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา

ตัวแปร	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	ก.ค.-ธ.ค. 63	ก.ค.-ธ.ค. 64	
ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา Celecoxib	425	360	
เหมาะสม	210 (49.41)	233 (64.72)	<0.001
ไม่เหมาะสม	215 (50.59)	127 (35.28)	
ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา Etoricoxib	389	286	
เหมาะสม	215 (55.27)	202 (70.63)	<0.001
ไม่เหมาะสม	174 (44.73)	84 (29.37)	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา Celecoxib พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคือกลุ่มก่อนมีการใช้โปรแกรมประเมินการใช้ยาและกลุ่มหลังมีการใช้โปรแกรมประเมินการใช้ยามีลักษณะใกล้เคียงกัน เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่าลักษณะส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุเฉลี่ย สิทธิการรักษา และข้อบ่งใช้ แต่มีเหตุผลในการสั่งใช้ยาที่แตกต่างกัน ($p < 0.001$) และข้อบ่งใช้ที่แตกต่างกัน ($p = 0.022$) ในยา Etoricoxib ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2 โดยลักษณะที่คล้ายคลึงกันนี้ทำให้สามารถนำข้อมูลสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันได้ ในเรื่องสิทธิการรักษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นสิทธิจ่ายตรงเนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดได้ทำให้เกิดการจ่ายยาในกลุ่มดังกล่าวมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเยี่ยมรุ่ง วงศ์กำแหง และคณะ⁸ โดยข้อบ่งใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ankylosing spondylitis, osteoarthritis และ chronic musculoskeletal pain สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด

เลิศสินอุดม⁹ และจิตาภา ลอยเดือน¹⁰ ซึ่งเป็นไปตามข้อบ่งใช้ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข แต่ข้อบ่งใช้ในการลดปวดของยา Etoricoxib ยังไม่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยา อย่างไรก็ตามหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาควรใช้อย่างระมัดระวังและมีการเฝ้าระวังการใช้ยา¹¹

ด้านความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาเป็นการเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงร้อยละของความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา Celecoxib และยา Etoricoxib ก่อนและหลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา พบว่าหลังจากมีโปรแกรมประเมินการใช้ยาทำให้มีร้อยละของความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา Celecoxib เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.41 เป็น 64.72 ส่วนยา Etoricoxib มีร้อยละของความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.27 เป็น 70.63 ในขณะที่อัตราการจ่ายยาและปริมาณการใช้ยา Celecoxib และยา Etoricoxib ลดลง เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาก่อนและหลังมีโปรแกรมประเมินการใช้ยา พบว่าทั้งสองกลุ่มมี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการสั่งจ่าย Celecoxib และ ยา Etoricoxib ($p < 0.001$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) โดยภาพรวมของความเหมาะสมในการสั่งจ่าย Celecoxib และ Etoricoxib ที่เพิ่มมากขึ้นนั้น ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากใบ DUE ของโรงพยาบาลที่นำมาใช้ประกอบการสั่งจ่ายยาของแพทย์เพื่อระบุข้อบ่งใช้ และเหตุผลในการสั่งจ่ายยาก่อนจึงจะสามารถสั่งจ่ายได้ ซึ่งอาจทำให้การสั่งจ่ายยาของแพทย์มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปแล้วการประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation) เป็นกระบวนการที่มีจุดประสงค์เพื่อควบคุมคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นของโรงพยาบาลโดยกระบวนการดังกล่าวมีหัวใจสำคัญอยู่ที่การเปรียบเทียบพฤติกรรมคำสั่งจ่ายยาจริงกับหลักเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ก่อนล่วงหน้า หากพบว่ามีการใช้ยาไม่เหมาะสมเกิดขึ้นก็จะมีกระบวนการแก้ไขเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการสั่งจ่ายยาให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยความร่วมมือของแพทย์ผู้สั่งยาและผู้บริหารระดับสูงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการมีโอกาสสำเร็จมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการมีโปรแกรมประเมินการใช้ยามีแนวโน้มเพิ่มความเหมาะสมในการสั่งจ่ายยา และช่วยลดมูลค่าการใช้ยาที่เกินความจำเป็นลงได้¹²⁻¹³ อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามและประเมินผลการสั่งจ่ายยาแบบไปข้างหน้า ร่วมกับการมีส่วนร่วมของแพทย์ เภสัชกร และสหสาขาวิชาชีพต่อไป และเนื่องจากการศึกษาการประเมินการใช้ยาในกลุ่ม selective cox-2 ของแต่ละโรงพยาบาลยังมีการศึกษาไม่มากนัก¹⁴ ส่งผลทำให้ขาดข้อมูลที่แท้จริงในภาพรวมของการใช้ยากลุ่มนี้ การศึกษาการประเมินการใช้ยาในกลุ่ม selective cox-2 จึงจำเป็นและมีความสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาเพื่อศึกษาให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่แท้จริงและถูกต้องต่อไป

สำหรับข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ 1) การศึกษาด้วยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังอาจทำให้ข้อมูลบางอย่างสูญหาย ไม่ได้รับการบันทึก หรือไม่ครบถ้วน อาทิเช่น ข้อบ่งใช้จึงทำให้อาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้ 2) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นช่วงเวลาเพียง 6 เดือน ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนในแง่ของความแปรปรวนของการสั่งจ่ายยาในแต่ละช่วงเวลา

ข้อเสนอแนะ

- จากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้
 - 1) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้โรงพยาบาลสามารถนำไปพัฒนาแบบประเมินการใช้ยาให้เหมาะสมมากขึ้น โดยกำหนดแนวทางการใช้ยาให้ชัดเจนเพื่อลดมูลค่าการใช้ยาที่เกินจำเป็น และเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มดังกล่าว
 - 2) ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลไปข้างหน้า และเก็บข้อมูลจำนวนใบสั่งยาเพิ่มขึ้น เพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากยิ่งขึ้น และเพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาหรือสาเหตุของการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น
 - 3) ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงเหตุผลอื่นที่ทำให้มีการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร ที่สนับสนุนและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่าน สดทัยขอขอบคุณเภสัชกรและบุคลากรในกลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่านที่สนับสนุนข้อมูลและข้อเสนอแนะต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
2. Horl WH. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the kidney. *Pharmaceuticals*. 2010; 3: 2291-2321.
3. Koncicki HM, Unruh M, and Schell JO. Pain management in CKD: a guide for nephrology providers. *Am J Kidney Dis*. 2017; 69: 451-460.
4. GA., Fitzgerald. Coxibs and Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2004; 351(17): 1709-1711.
5. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, และศุภสิทธิ์ พรธรรณโณทัย. ค่าใช้จ่ายและการใช้ยาของผู้ป่วยที่

- ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล: ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
6. อภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย, และอิสริย์ โพนอินทร์. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดของยากกลุ่ม COX -2 Inhibitors. Naresuan University Journal. 2006; 14(3): 73-81.
 7. World Health Organization. Drug and therapeutics committees-a practical guide [online]. 2003 [cited Nov 5, 2022]. Available from: apps.who.int/medicine/docs/pdf/s4882e/s4882e.pdf
 8. เยี่ยมรุ่ง วงศ์กำแหง, มาลี โรจน์พิบูลสถิตย์, ญัฐศิริ ฐานะวุฒม์, และวิบูล วงศ์ภูวรักษ์. รูปแบบการส่งจ่ายยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมของโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงกลาโหม. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563; 12(3), 826-837.
 9. สมคิด เลิศสินอุดม. การทบทวนการใช้ COX-2 specific Non-steroidal antiinflammatory drugs ในแผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2560; 17(1), 15-32.
 10. จิตภา ลอยเดือนฉาย. การประเมินการใช้ยากกลุ่ม selective cyclooxygenase-2 inhibitors ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 2554; 3(5), 30-39.
 11. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. ข้อความเตือนตามกฎหมายของยากกลุ่ม selective COX2 inhibitor (COXIB) และ NSAIDs. August 23, 2007. [online]. Available: URL: <http://www.fda.moph.go.th/News50/cox2.pdf>. Accessed February 11, 2012.
 12. วรณิ กิตติเตชากร, และปริญดา พิธีธรรมานนท์. การประเมินการใช้ยา Celecoxib ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. ข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ. 2547; 7-10.
 13. Shemilt, K., Airley, R., and Clareburt, C. An Evaluation of the Impact of NICE Guidelines Regarding COX-2 Selective Inhibitors on GP Prescribing. The International Journal of Pharmacy Practice. 2022.
 14. อัญชลี เพิ่มสุวรรณ และวรรณดี แต่โสติกุล. การทบทวนอย่างเป็นระบบของงานวิจัย การประเมินการใช้ยาในประเทศไทย. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2522.

Received: 2 Nov 2022, Revised: 19 Nov 2022

Accepted: 26 Dec 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

วีระชน ทวีศักดิ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 40 คน ตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ จำนวน 30 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 2) ระบบ Telemedicine และ 3) แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบลำดับพิสัยวิลคอกซอล (Wilcoxon's Signed Rank Test) และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 กิจกรรม 1) การประชุมทางไกล 2) การปรึกษาแพทย์ทางไกล 3) การศึกษาทางไกลเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 4) ระบบเชื่อมเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เพื่อ 4.1) สื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 4.2) ประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วย 4.3) การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย 4.4) การประเมินผู้ป่วยการรับ/การส่งต่อผู้ป่วย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม เป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ระดับมาก (Mean= 4.75, SD=0.87) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.32, P < 0.05$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 86.36 ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 100 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ควรขยายระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, เครือข่ายสุขภาพ, การรับและส่งต่อ, ระบบการแพทย์ทางไกล

¹ นายแพทย์โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

* Corresponding Author: Weerachontaweesak@gmail.com

Original Article

The Development of Referral for Patients with Chronic non-Communicable Diseases Using the Health Network with TELEHEALTH Model, Phiboonmangasahan district, Ubon Ratchathani Province

Weerachon Taweesak¹

Abstract

The objectives of the research were to development of referral for patients with chronic non-communicable diseases Using the health network with TELEHEALTH model, Phiboonmangasahan district, Ubon Ratchathani province. The samples, which were 40 an expert expert who is interviewed with a high-level expert quality inspection system, the sample group in the evaluation were 30 patients with chronic disease/relatives by simple random sampling. The research tool were a focus group discussion, Telemedicine and questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, wilcoxon's signed rank test and content analysis. The research findings were as follows:

The referral for Patients with Chronic non-Communicable Diseases using the health network with TELEHEALTH model, Phiboonmangasahan district, Ubon Ratchathani province which consists of 4 activities; 1) teleconference, 2) telemedicine consultation, 3) distance education for personnel capacity development, and 4) data and telephone network connection 4.1) Communication between physicians and patients 4.2) Coordinating the admission and referral of patients 4.3) Verifying patient information 4.4) Assessing patients, receiving/referring patients The developed model is appropriate, feasible and useful to a great extent. (Mean= 4.75, SD=0.87) Service provider satisfaction is higher than before system development significant ($Z = 6.32, P < 0.05$), satisfaction of chronic disease patients/relatives at the high level and the highest percentage 86.36 The result was that patients with acute complications were referred 100.00. Research recommendations : The telemedicine system for receiving and referring patients with chronic diseases should be expanded to reduce the congestion of patients in the main hospital.

Keywords : Chronic non-Communicable Diseases , Referral, Health Network, Telehealth

Phiboonmangasahan Hospital

* Corresponding Author: Weerachontaweesak@gmail.com

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดให้มีการปฏิรูปประเทศในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล โดยในส่วนของการปฏิรูปด้านสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน รวมทั้งให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม จึงนำไปสู่การกำหนดให้มีแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ รวมถึงการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นระบบสุขภาพที่มีความสำคัญ โดยเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขที่สะดวกทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทด้วยคุณภาพและมาตรฐานที่เท่าเทียมกัน มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่เกิดความแออัดในโรงพยาบาล และลดเวลาการรอคอย¹ ปัจจุบันมีการรักษาพยาบาลโดยใช้ Telemedicine โดยเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นลูกข่าย โดยใช้ระบบ Video Conference ช่วยให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง² การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ต้องเข้ารับการรักษาใน รพ. ซึ่งมีข้อจำกัดในการให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ว่าจะเป็น ข้อจำกัดด้านพื้นที่ หรืออัตราค่าส่งบุคลากรที่จำกัด และมีบริการสุขภาพอื่นๆที่ต้องดูแลอีกจำนวนหนึ่ง ทำให้การบริการเกิดความแออัด “ระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล” จึงอาจเป็นทางออกสำหรับการบริการแบบวิถีใหม่ (New Normal) และช่วยลดความแออัดในสถานพยาบาลได้ดียิ่งด้วย

การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คือ การให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำหรับการแลกเปลี่ยนที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยการรักษา ป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาอาการบาดเจ็บ การวิจัยและประเมินผล และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากร ทาง การแพทย์³ เป็นการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้กับงานทางการแพทย์โดยการส่งสัญญาณผ่านสื่อ อาจเป็น

สัญญาณดาวเทียมหรือใยแก้วนำแสงควบคู่ไปกับเครือข่ายคอมพิวเตอร์แพทย์ต้นทางกับแพทย์ปลายทางติดต่อกันด้วยภาพเคลื่อนไหวและเสียงทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลคนไข้ระหว่างกันและกัน เป็นการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการรักษาผู้ป่วย และให้บริการทางการแพทย์ ให้เกิดความสะดวกและตอบสนองต่อผู้ใช้งานในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำลังระบาดทั่วโลก โดยที่ผู้คนไม่ต้องเสียเวลาออกไปที่โรงพยาบาล และช่วยลดความเสี่ยงใน การแพร่กระจายโรคสู่ผู้อื่น⁴

ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นับได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่นอกจากจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยทุกรายยังมีปัจจัยเสี่ยงใน ความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อติดเชื้อ⁵ การนำเทคโนโลยีการสื่อสารรูปแบบต่างๆ มาสนับสนุนการให้บริการทางสุขภาพที่หลากหลายจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอีกหนึ่งทางเลือก จาก ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอุปสรรคของการใช้ระบบการแพทย์ ทางไกล คือ 1) เครือข่ายระบบสื่อสารไม่ครอบคลุมพื้นที่ทางไกล 2. แพทย์ที่ให้การรักษามีความเชี่ยวชาญในการใช้เทคโนโลยีสำหรับการ รักษาพยาบาลผ่านจอคอมพิวเตอร์ และต้องสามารถใช้เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ และ 3) ขาดแนวทางการรักษาทางไกลให้แพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ยึดถือปฏิบัติ⁶ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ได้นำ ระบบแพทย์ทางไกล มาใช้ในการดูแลรักษา และการปรึกษาดูตามผลการรักษาของโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน แต่ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ระบบเดิมพบปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และการส่งต่อ ประกอบกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้การดำเนินงานดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพที่เท่าควร ผู้วิจัยจึงสนใจ

ที่จะศึกษาและพัฒนาแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

คำถามการวิจัย

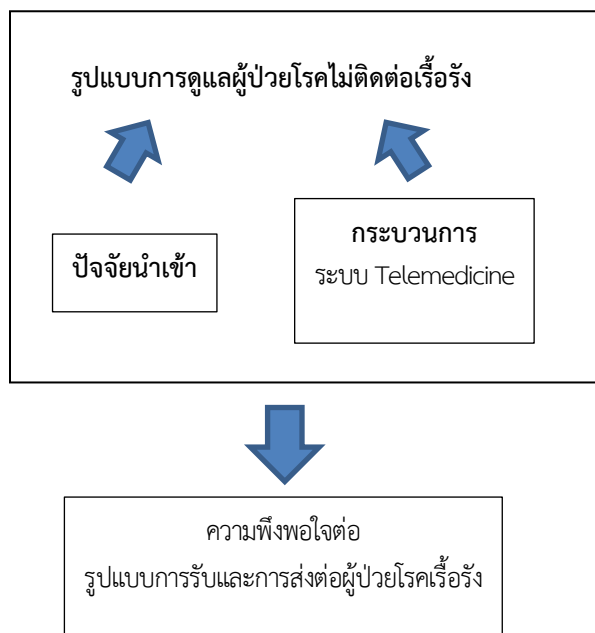
รูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีที่เหมาะสม ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือแพทย์ เภสัชกร พยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติ กลุ่มตัวอย่างในการประเมินความเหมาะสม

และเป็นไปได้ของรูปแบบฯเป็นผู้เชี่ยวชาญ 5 คน การประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ 30 คน ที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีดังนี้

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. แบบสอบถามผลของพัฒนาระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) สำหรับให้ผู้ตอบได้เลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 ระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับ Telemedicine ระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ดังนี้⁷ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50) น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1 – 1.50)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการบริหารงานและขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย ระบบ Telemedicine ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านองค์ประกอบของระบบ ด้านการนำระบบไปใช้ ด้านผลของการใช้ระบบ เป็นมาตร

ประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ดังนี้⁷ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50) น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1 – 1.50)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) การทดสอบลำดับพิสัยวิลคอกซอล (Wilcoxon's Sign Rank Test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และการวิเคราะห์เนื้อหา

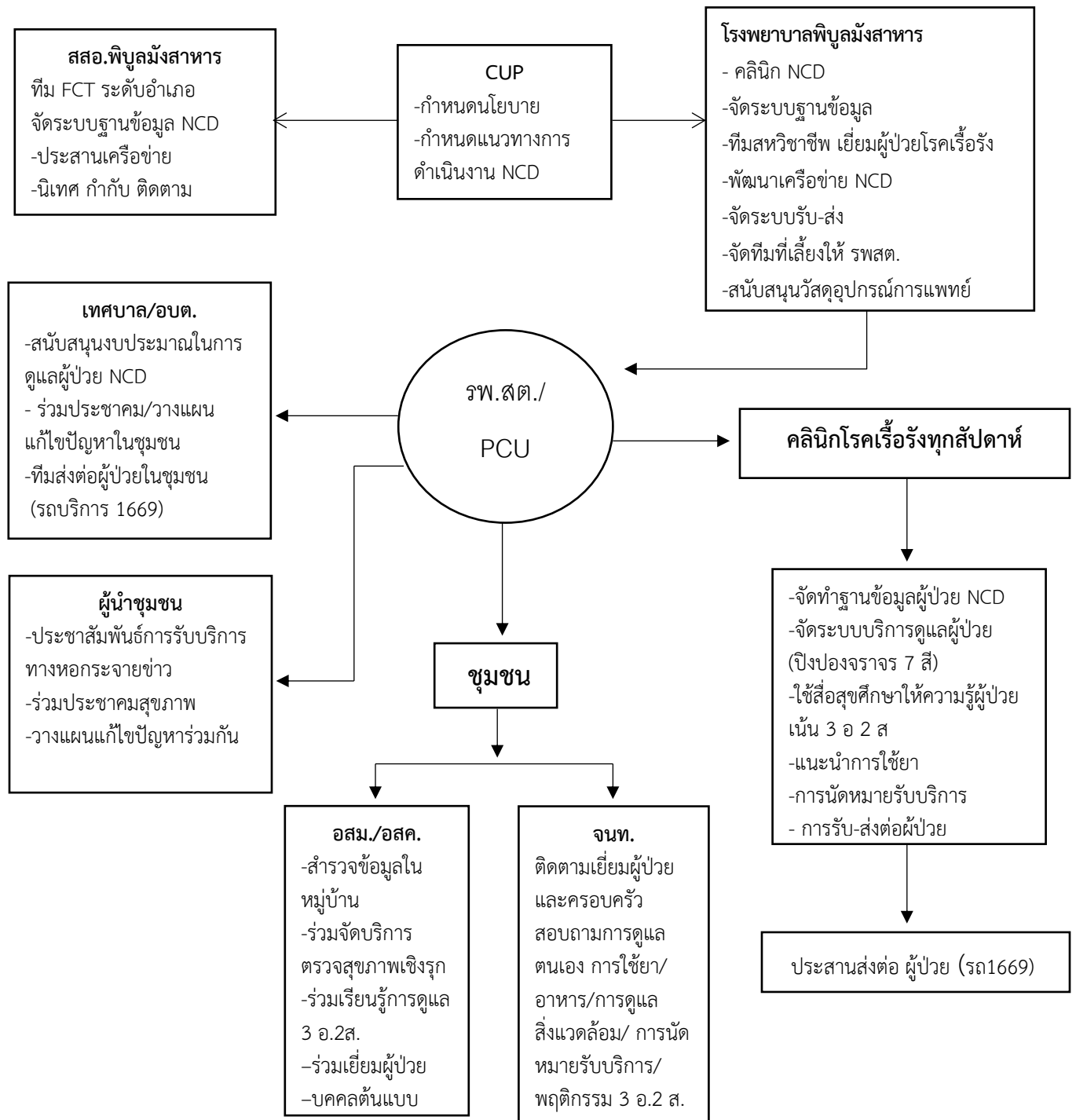
ผลการวิจัย

1. บริบทการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพ.พิบูลมังสาหาร เป็นโรงพยาบาลขนาด M2 จำนวน 90 เตียง แต่เปิดให้บริการจริง จำนวน 120 เตียง มีแพทย์เฉพาะทาง 5 สาขา ได้แก่ ศัลยแพทย์, สูติรีแพทย์, ศัลยกรรมกระดูก, กุมารแพทย์ และ วัสดุแพทย์ มีประชากรในเขตบริการ 3 แสนคน บริการหลัก

ในการสร้างเสริม ป้องกัน พื้นฟู และให้บริการรักษาทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีบุคลากร รวม 412 คน จำแนกตามวิชาชีพ ดังนี้ 1) แพทย์ 18 คน 2) ทันตแพทย์ 9 คน 3) เภสัชกร 13 คน 4) พยาบาลวิชาชีพ 122 คน 5) นักเทคนิคการแพทย์ 9 คน 6) นักกายภาพบำบัด 6 คน 7) นักวิชาการสาธารณสุข 9 คน การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดย 1) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เป็นแม่ข่ายสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดังนี้ 2.1) จัดระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เชื่อมระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย กับ รพ.สต.โดยใช้โปรแกรม HOSXP

2.2) จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines : CPG) ในการดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.3) จัดทีมสหวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่พบปัญหา 2.4) พัฒนาศักยภาพพยาบาลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.5) จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.6) จัดช่องทางการให้คำปรึกษา

โครงสร้างและลักษณะการบริหารภายในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โครงสร้างการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) 3.1 ด้านผู้ป่วย มีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัด ปัญหาการรับยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการรักษา ขาดยา และการดำเนินโรคไม่ดีเท่าที่ควร 3.2 ด้านผู้ให้บริการในชุมชน 1) ข้อจำกัดในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ปัญหาในการประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วย กับโรงพยาบาลแม่ข่าย 3.3 ด้านแพทย์ผู้รักษา พบปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงผู้ป่วยและญาติ ไม่ต่อเนื่อง

2. ผลการพัฒนาารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

จากผลการศึกษาริบทในการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ในการวิจัยขั้นตอนที่ 1 พบความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพคือ การติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน และการรับและส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการสนทนากลุ่ม ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และญาติ รวมจำนวน 40 คน พบว่า

รูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่

1) คน คือ ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และญาติ

2) เครื่องมือ คือ รถพยาบาล เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นใช้ในการรับและการส่งต่อผู้ป่วย

3) แนวปฏิบัติที่ใช้ คือ คู่มือการปฏิบัติงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และแนวปฏิบัติระหว่างโรงพยาบาล กับ รพ.สต.

2. กระบวนการ ได้แก่

2.1 ระบบแพทย์ทางไกล Telemedicine ตามแนวคิดของ WHO⁵ ประกอบด้วย

2.1.1 ระบบประชุมทางไกล ระหว่างทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ผ่านทาง Application Line โดยจัดตั้ง Group Line ในการดูแลผู้ป่วย

2.2.2 ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

2.2.3 ระบบการศึกษาทางไกล โดยจัดการอบรมออนไลน์แก่บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

2.2.4 ระบบเชื่อมเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เพื่อการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ด้วย 1) การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทย์สามารถติดตามอาการผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ และ Application Line 2) การรับแจ้งและประสานงาน การรับและส่งต่อผู้ป่วย 3) การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย 4) การประเมินผู้ป่วยการรับ/การส่งต่อผู้ป่วย

3. ผลของการพัฒนาระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีความเป็นไปได้ เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ผู้วิจัยนำารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ประกอบด้วย 1) การประชุมทางไกล ระหว่างทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) การปรึกษาแพทย์ทางไกล 3) การศึกษาทางไกลเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 4) ระบบเชื่อมเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4.1) การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 4.2) การรับแจ้งและประสานงาน การรับและส่งต่อผู้ป่วย 4.3) การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย 4.4) การประเมินผู้ป่วยการรับ/การส่งต่อผู้ป่วย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความ

สอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.75$, $SD=0.87$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพ ร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (N=5)

รายการ	X	S.D.	แปลผล
1. ด้านการเข้าถึงบริการและเทคโนโลยี (Accessibility)	4.76	0.89	มาก
2. ด้านค่าใช้จ่าย (Affordability)	4.78	0.78	มาก
3. ด้านการยอมรับ (Acceptability)	4.72	0.93	มาก
รวม	4.75	0.87	มาก

3.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

3.2.1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ คือทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้

เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนารูปแบบ กลุ่มผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.32, P < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบฯ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ (n=40)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon's Signed Rank Test	Sig.
ก่อนการพัฒนา	4.12	0.83	40	828.00	6.32	0.01*
หลังการพัฒนา	4.89	0.73	40			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 86.36 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังการพัฒนารูปแบบฯ (n=30)

ที่	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	การซักประวัติและตรวจร่างกาย (วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือด สอบถามอาการผิดปกติ)	20 (66.67%)	7 (23.33%)	3 (10%)	-	-
2.	การบริการของเจ้าหน้าที่ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด/วัดความดันโลหิต	18 (66.0 %)	11 (36.67%)	1 (3.33%)	-	-
3.	การแจ้งผล/การให้คำแนะนำ	13 (43.33%)	15 (50.0 %)	2 (6.67%)	-	-
4	การให้บริการของเจ้าหน้าที่ในการรับหรือส่งต่อผู้ป่วย	20 (66.67%)	9 (30.0%)	1 (3.33%)	-	-
5	ความรวดเร็วในการส่งต่อ	18 (60.0%)	10 (33.33%)	2 (6.67%)	-	-
6	การใช้สื่ออุปกรณ์ในการให้ความรู้เข้าใจง่าย	17 (56.67%)	12 (40.0%)	1 (3.33%)	-	-
7	ความพึงพอใจภาพรวมในการมารับบริการครั้งนี้	19 (63.34%)	10 (33.33%)	1 (3.33%)	-	-

3.3 ผลลัพธ์

3.3.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 100.00

3.3.2 แพทย์สามารถติดตามอาการผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ และ Application Line ทำให้ประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง

3.3.3 การสื่อสารระหว่างแพทย์กับทีมสหวิชาชีพเป็นไปด้วยความสะดวกและทันสถานการณ์ สามารถวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

3.3.4 การติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพกับ ผู้ป่วยและญาติเป็นไปด้วยความสะดวกรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ สามารถประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ให้ได้รับการส่งต่อได้ทันทั่วถึง

3.4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม 1) ควรเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ และความรู้ของบุคลากรในการใช้งานระบบ Telemedicine 2) ควรขยายระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 3) ขยายผลการ

ให้บริการระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

สรุปผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ให้บริการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นแม่ข่ายให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต. จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ จัดช่องทางการให้คำปรึกษา (Consult) ให้ รพ.สต. ปัญหาที่พบคือ 1.1 ด้านผู้ป่วย มีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัด ปัญหาการรับยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการรักษา ขาดยา และการดำเนินโรคไม่ดีเท่าที่ควร 1.2 ด้านผู้ให้บริการในชุมชน 1) ข้อจำกัดในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ปัญหาในการประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วย กับโรงพยาบาลแม่ข่าย 3.3 ด้านแพทย์ผู้รักษา พบปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงผู้ป่วย และญาติ ไม่ต่อเนื่อง 2. รูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัด

อุบลราชธานีประกอบด้วย 1) การประชุมทางไกล ระหว่างทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) การปรึกษาแพทย์ทางไกล 3) การศึกษาทางไกลเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 4) ระบบเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เพื่อการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อ 4.1) การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 4.2) การรับแจ้งและประสานงาน การรับและส่งต่อผู้ป่วย 4.3) การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย 4.4) การประเมินผู้ป่วยการรับ/การส่งต่อผู้ป่วย

3. ผลการประเมินรูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.75, SD=0.87) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.32, P < 0.05$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 86.36 และผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 100.00 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ 1) ควรเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ และความรู้ของบุคลากรในการใช้งานระบบ Telemedicine 2) ควรขยายระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 3) ขยายผลการให้บริการระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

อภิปรายผล

บริบทการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารพบปัญหาสำคัญคือ ด้านผู้ป่วย มีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัด ปัญหาการรับยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการรักษา ขาดยา และการดำเนินโรคไม่ดีเท่าที่ควร ด้านผู้ให้บริการในชุมชน 1) ข้อจำกัดในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ปัญหาในการประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วย กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ด้านแพทย์ผู้รักษา พบปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่รวมถึงผู้ป่วย และญาติ ไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อ

กิจกรรมการดูแล การรับและการส่งต่อผู้ป่วยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ⁸ ศึกษาการพัฒนา ระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง บทเรียนจากระบาดของโควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัด กลัวการติดเชื้อโรคโควิด-19 จากการมาโรงพยาบาล ปัญหาการรับยาต่อเนื่องทั้งยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังและโรคร่วม และข้อจำกัดในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจากสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) การประชุมทางไกล ระหว่างทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) การปรึกษาแพทย์ทางไกล 3) การศึกษาทางไกลเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 4) ระบบเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เพื่อการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อ 4.1) การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 4.2) การรับแจ้งและประสานงาน การรับและส่งต่อผู้ป่วย 4.3) การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย 4.4) การประเมินผู้ป่วยการรับ/การส่งต่อผู้ป่วย มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ สอดคล้องกับแนวคิดระบบแพทย์ทางไกล Telemedicine ตามแนวคิดของ WHO⁴ ประกอบด้วย (1) ระบบประชุมทางไกล (2) ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล (3) ระบบการศึกษาทางไกล (4) ระบบเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ อธิบายได้ว่า Telemedicine เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ในระยะทางไกลและค่าปรึกษาที่จะได้จากแพทย์ สอดคล้องกับแนวคิดของ Darkins, A. William, & Cary, M. Ann.⁹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภาวณีย์ อรรถพรพชัย และชวณ กิจหิรัญกุล⁶ ศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ทางแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท พบว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลชนบท พัฒนาโดยการใช้ Telemedicine ซึ่งสามารถช่วยจัดการสุขภาพโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวัดสภาพทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยในทุกๆวันซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งด้วยระบบสื่อสารไร้สายเชื่อมต่อกับโทรศัพท์มือถือและจัดส่งไปยังโรงพยาบาลซึ่งจัดเก็บในรูปแบบฐานข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาในการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทในกรณีฉุกเฉิน

ผลการประเมินรูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีความเป็นไปได้

ได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนความพึงพอใจของผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติ อยู่ในระดับมาก และมากที่สุด ร้อยละ 86.36 และผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 100.00 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับบริบทในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โดยการปรับปรุงและพัฒนาการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน และการรับและส่งต่อผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยระบบ Telemedicine จึงส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรรณภา กรทอง¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -7.69$)

การใช้งานระบบ Telemedicine ควรมีการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ และความรู้ของบุคลากร เพื่อให้เกิดการยอมรับและสามารถใช้งานระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพรรณ คงมาลัย และวสันต์ ใจวงศ์¹¹ ศึกษาการยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของจังหวัดเชียงราย พบว่า ความพร้อมในการแก้ไขปัญหาด้านเทคนิค ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรส่งผลต่อการยอมรับการใช้งานระบบโทรเวชกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine มาใช้ในการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยขาดการรักษา ขาดยา และการดำเนินโรคไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร

158

1.2 ควรนำระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine มาใช้ในการประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต.

1.3 ควรขยายระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย

1.4 ควรขยายผลการให้บริการระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยด้านการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการรักษาในโรคที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

2.2 ควรพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้งานระบบผ่านโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์สื่อสาร โดยไม่ต้องติดตั้งอุปกรณ์อื่นเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รายงานการพิจารณาการศึกษา เรื่อง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ของคณะอนุ กรรมการการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2563.
2. ไพศาล มณีสว่าง. รายงานโครงการพัฒนาต้นแบบของเทคโนโลยีที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบทโดยผ่านเครือข่ายดิจิทัลความเร็วสูง.[อินเทอร์เน็ต].มปป. [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2565] เข้าถึงได้จาก <http://nuradio.nu.ac.th/?p=4096>.
3. World Health Organization. A health telematics policy: Report of the WHO Group consultation on Healthtelematics Geneva, 11–16 December 1997; 1998.
4. World Health Organization. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on Health 2010. Retrieved November 16, 2022, from

http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine

5. Wu, F., Zhao, S., Yu, B. et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature 579,265269(2020).<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>
6. วิภาวินัย อรรถนพพรชัย และชวณ กิจศิริกุล. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ ดูกินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์;2564: 7(3), 12-23.
7. บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555) การพัฒนาและ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการ วัดเชิงจิตวิทยา, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
8. ดารารวรรณ รองเมือง และคณะ. การพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง บทเรียนจากระบาดของโควิด-19. นนทบุรี :สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2563.
9. Darkins, A. William, & Cary, M. Ann. Telemedicine and telehealth : principles, policies, performance, and pitfalls. New York: Springer Pub. Co;2000.
10. วรณภา กรีทอง การพัฒนาระบบการบริหารการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ; 2559 : 12 (1), 23-36.
11. อรพรรณ คงมัลย์ และวสันต์ ใจวงศ์. ศึกษาการยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของจังหวัดเชียงราย.วารสารวิจัยและพัฒนา มจร.; 2560 : 40 (4), 641-650.

Received: 8 Dec 2022, Revised: 10 Jan 2022

Accepted: 15 Jan 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

อุบลทิพย์ ไชยแสง¹, นิวัติ ไชยแสง²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับสุขภาวะทางจิต การเห็นคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม และ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 176 คน จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.924 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับสุขภาวะทางจิต โดยรวมอยู่ในระดับสูง การเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (2) การเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.648$) และ ($r=.583$) ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้กิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว และชุมชนเพื่อสร้างเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม และสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ไปเป็นแนวทางเพื่อกำหนดนโยบาย และแผนปฏิบัติการ สำหรับสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญ

คำสำคัญ: สุขภาวะทางจิต การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

¹อาจารย์ประจำ ,วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา, คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก.

* Corresponding author E-mail : ubontip20@hotmail.com

*Original Article***A study of the relationships among self-esteem, social support and psychological well-being of homebound elderly in Muang district,****Yala province****Ubontip Chaisang^{1*}, Niwat Chaisang²****Abstract**

This Descriptive method study aimed to (1) determine the levels of psychological well-being, self-esteem and social support and (2) identify the relationships between self-esteem as well as social support and psychological well-being among homebound elderly persons in Mueang district, Yala province.

The quantitative research involved 176 homebound elderly persons selected using stratified random sampling in Yala's Mueang district. Data were collected using a questionnaire with Cronbach's alpha coefficient of 0.924, and then analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient statistics.

The results showed that, among all respondents: (1) their overall level of psychological well-being was high, but the levels of self-esteem and social support were moderate and high, respectively. (2) Significant and positive correlations were found for their self-esteem with psychological well-being at a high level and for social support with psychological well-being at a moderate level ($P = 0.01$; $r = .648$ and $.583$, respectively). The results of this study show that self-esteem should be promoted through social support by using activities to strengthen family relationships and communities to promote psychological well-being to be a guideline for policy making and action plan for major health care facilities.

Keywords: Self-esteem, Social support, Psychological well-being, Homebound elderly

¹Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Yala Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Royal Institute of Medicine.

* Corresponding author, E-mail: (ubontip20@hotmail.com)

บทนำ

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี 2562 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน และมีประชากรรุ่นที่มีอัตราการเกิดหนึ่งล้านคนต่อปี ซึ่งมีอายุ 36-56 ปี ดังนั้นอีกเพียง 4 ปีข้างหน้า เริ่มตั้งแต่ปี 2566 จะมีคนไทยอายุ 60 ปี ปีละล้านคน หมายถึงว่าประชากรไทยในอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน ซึ่งหมายถึงคนไทย 1 ใน 5 คน จะเป็นผู้สูงอายุ¹ สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีเกินกว่าร้อยละ 17 กล่าวคือมีผู้สูงอายุมากกว่า 10 ล้านคน จากประชากรของประเทศราว 65 ล้านคน และมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเป็นประเภติดัดบ้านออกไปไหนไม่ได้ถึงร้อยละ 85²

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และติดเตียง³ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้ อาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่เดียวดาย และไม่มีศักดิ์ศรี⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน⁵ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าของตนเองสามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน นอกจากการเสื่อมของสภาพร่างกายแล้วการสูญเสียบทบาททางสังคม ส่งผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ⁶ ปัญหาเหล่านี้ทำให้สังคมต้องหันมาให้ความสำคัญกับนโยบายและแนวทางที่จะมีให้กับการดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งนอกเหนือจากสุขภาพทางกายแล้วความไม่สมดุลของสุขภาพทางจิตยังเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาสุขภาพทางจิตอย่างต่อเนื่อง

สุขภาพทางจิต เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การเจริญเติบโตของบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต⁷ ดังนั้นสุขภาพทางจิตของบุคคลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตที่ดี นอกเหนือจากนี้ผลการวิจัยซึ่งทำการศึกษา สุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่ต่างถิ่นมีสุขภาพ

ทางจิตที่แตกต่างกัน⁸

จังหวัดยะลา อยู่ในเขตพื้นที่ชายแดนใต้ของประเทศไทย มีสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้สมาชิกของครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง⁹ ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดยะลา ยังต้องประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่าง ๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุพื้นที่อื่น¹⁰ นอกจากนี้จังหวัดยะลายังเป็นอีกจังหวัดที่ได้ก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 54,703 คน และพบรายงานการคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 851 คน คิดเป็นร้อยละ 1.55 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด อีกทั้งยังพบว่า อำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านมากที่สุด จำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 38.07 และยังพบผู้สูงอายุที่มีภาวะปัญหาสุขภาพจิตอีกด้วย¹¹

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จากความแตกต่างทั้งลักษณะเฉพาะของกลุ่มบุคคล และบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณค่าให้มีสุขภาพทางจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพทางจิต การเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ระยะเวลาการวิจัยตั้งแต่ สิงหาคม – ธันวาคม 2564

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็น

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวนทั้งสิ้น 324 คน¹¹

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 176 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Systematic Random Sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ให้กระจายทุกตำบล จำนวน 14 ตำบล แบบเป็นสัดส่วน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำรายชื่อผู้สูงอายุติดบ้านมาจับสลากโดยไม่ใส่คืน จนได้จำนวนครบตามสัดส่วนแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว กลุ่มเพื่อน / บุคคลที่คบหาไปมาหาสู่เป็นประจำ โรคประจำตัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบัน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

2. แบบสอบถามระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิธ¹² เพื่อกำหนดองค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเอง

3. แบบสอบถามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์¹³ มาใช้เป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัย

4. แบบสอบถามระดับสุขภาวะทางจิต จำนวน 18 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาวะทางจิตของริฟท์ และเคเยส⁷ และพัฒนาแบบวัดเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดยะลา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการออกแบบเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2 ท่าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต 1 ท่าน กำหนดค่า IOC ระหว่าง .60 - 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน

30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามระดับสุขภาวะทางจิต เท่ากับ 0.924, 0.922 และ 0.927 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลคะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-moment Correlation) โดยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของข้อมูลโดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบ ๆ เส้นตรง และใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov – Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการ แจกแจงแบบปกติ ($p = 0.070$) ดังนั้น สรุปได้ว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYIRB-082/2564 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2564

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.91) มีอายุระหว่าง 60 – 101 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 74.41 ปี (SD= 11.88) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 67.05) เวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เฉลี่ย 53.92 ปี และกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.57) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ อ่านและเขียนไม่ได้ร้อยละ 34.66 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 76.14) แหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุดในการดำรงชีวิตได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากราชการ (ร้อยละ 50.00) ซึ่งพบว่ามีรายได้เพียงพอที่ใช้จ่ายต่อเดือนในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.57 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดย

เฉลี่ย 4.35 คน/ครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ บุตรและหลานมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 25.00 และมีกลุ่มเพื่อน/บุคคล ที่ผู้สูงอายุคบหาไปมาหาสู่อยู่เป็นประจำ ร้อยละ 56.82 ผู้สูงอายุ มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอยู่บ้าง ร้อยละ 65.34 ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวร้อยละ 78.41 และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคถึงร้อยละ 78.99 (เฉพาะจากการวินิจฉัยของแพทย์) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.32) รองลงมาได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 47.16) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 25.57) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในปัจจุบันส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.09

ตารางที่ 1 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา (n = 176)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ฉันชอบแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ	3.17	1.07	ปานกลาง
ฉันไม่หวาดกลัวที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ	3.27	1.05	ปานกลาง
ฉันจะพูดและทำในสิ่งที่ถูกต้อง แม้ว่าคนอื่นจะไม่เห็นด้วยก็ตาม	3.43	1.08	สูง
ฉันรู้สึกพอใจกับสภาพร่างกายของตนเองในขณะนี้	3.17	1.26	ปานกลาง
ฉันเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น	3.59	1.08	สูง
ฉันพอใจในสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.51	1.12	สูง
ฉันรู้สึกว่าการทำอะไรก็ไม่สำเร็จ	3.36	1.15	ปานกลาง
ฉันสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่ากับคนอื่น ๆ	3.05	1.22	ปานกลาง
ฉันเชื่อว่าตัวฉันยังสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	3.23	1.19	ปานกลาง
คงไม่มีใครอยากมีชีวิตเหมือนฉัน	2.85	1.21	ปานกลาง
ฉันไม่เคยได้รับการชื่นชมเหมือนกับคนอื่น	3.54	1.04	สูง
ฉันต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคม	3.59	1.08	สูง
ฉันชอบทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม	3.47	1.13	สูง
ฉันเป็นที่รู้จัก และได้รับการยอมรับจากผู้คนเป็นอย่างดี	3.29	1.10	ปานกลาง
ฉันถูกมองข้ามบ่อยครั้ง	3.53	1.09	สูง
โดยรวมเฉลี่ย	3.34	1.06	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของ
สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน
15 ข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X}=3.34$, $SD=1.06$) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ย

สูงที่สุด คือ ฉันเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น และฉัน
ต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคม ($\bar{X}=3.59$,
 $SD=1.08$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามคงไม่มีใคร
อยากมีชีวิตเหมือนฉัน ($\bar{X}=2.85$, $SD=1.21$)

ตาราง 2 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา (n = 176)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ท่านได้รับการยกย่อง และยอมรับจากคนในครอบครัว	3.84	0.99	สูง
ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเรื่อง อาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้าอย่างเหมาะสม	3.97	0.99	สูง
คนในครอบครัวให้การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของท่านอย่างสม่ำเสมอ	3.80	1.07	สูง
ท่านเป็นที่ปรึกษาให้กับคนในครอบครัวเมื่อประสบปัญหาต่าง ๆ เสมอ	3.54	1.17	สูง
ท่านมั่นใจได้ว่าหากเกิดอันตรายขึ้นกับตัวท่านจะมีคนใกล้ชิดช่วยเหลืออย่างทันท่วงที	4.05	0.89	สูง
คนในครอบครัวหวังดีต่อท่าน และดูแลให้ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และ บุคลากรสาธารณสุข	4.20	0.81	สูง
ท่านได้รับการยอมรับจากชุมชนให้เข้าร่วมงานประเพณี หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน	3.40	1.11	ปานกลาง
เมื่อท่านร้องขอ ท่านจะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.52	1.07	สูง
ท่านเป็นตัวอย่างที่ดี และได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน	3.31	0.97	ปานกลาง
เมื่อท่านมีข้อสงสัย และกังวลในเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากแหล่งข้อมูล ที่เชื่อถือได้ เช่น โรงพยาบาลใกล้บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น	4.01	0.97	สูง
ท่านได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ และสวัสดิการที่ท่านควรได้รับจาก หน่วยงานต่าง ๆ อย่างเหมาะสม	3.77	1.01	สูง
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น เทศบาล องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น	3.65	1.01	สูง
โดยรวมเฉลี่ย	3.75	0.73	สูง

จากตาราง 2 พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของ
สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน
12 ข้อ ค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=$
 3.75 , $SD=0.73$) และ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ คนใน
ครอบครัวหวังดีต่อท่าน และดูแลให้ท่านปฏิบัติตัวตาม

คำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X}=4.20$,
 $SD=0.81$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามท่านเป็น
ตัวอย่างที่ดี และได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน ($\bar{X}$
 $=3.31$, $SD=0.97$)

ตารางที่ 3 ระดับสุขภาวะทางจิตของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา (n = 176)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ฉันภูมิใจกับชีวิตที่ผ่านมาในอดีตของฉัน	3.98	0.88	สูง
ฉันรู้สึกมั่นใจและคิดบวกกับตัวเองเสมอ	3.82	0.90	สูง
ฉันพอใจในสิ่งที่ฉันเป็นอยู่	3.77	0.99	สูง
ฉันรู้สึกกว่าตัวฉันเป็นที่รักของคนทั่วไป	3.60	0.92	สูง
ฉันรู้สึกเหงา เพราะมีเพื่อนสนิทที่จะคอยรับฟังและแบ่งปันทุกข์สุขน้อยเหลือเกิน	2.84	1.15	ปานกลาง
ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว	4.09	0.86	สูง
การตัดสินใจของฉันไม่ได้ขึ้นอยู่กับกรกระทำของคนอื่นทั้งหมด	3.66	0.98	สูง
ฉันมักจะคล้อยตามความคิดของคนอื่นเสมอ	3.11	0.92	ปานกลาง
ฉันวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับฉัน	3.15	1.06	ปานกลาง
ฉันสามารถจัดการกับเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามความสามารถที่ฉันมี	3.64	1.00	สูง
เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะจัดการชีวิตให้ลงตัว	3.02	1.09	ปานกลาง
ฉันรู้สึกแยกับเรื่องที่ต้องรับผิดชอบมากมาย	3.32	1.17	ปานกลาง
ฉันดำเนินชีวิตในแต่ละวันโดยไม่คำนึงถึงอนาคต	3.33	1.13	ปานกลาง
ฉันรู้สึกมีความสุขในการวางแผนเพื่ออนาคตและดำเนินการให้เป็นจริง	3.43	1.02	สูง
ฉันไม่รู้ว่าจะต้องพยายามให้ตนเองประสบความสำเร็จในชีวิตไปเพื่ออะไร	3.24	1.12	ปานกลาง
ฉันคิดว่าการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ เป็นเรื่องที่ทำหาย	3.30	1.00	ปานกลาง
ฉันไม่ชอบทำในสิ่งที่ฉันไม่คุ้นเคย	2.75	1.00	ปานกลาง
ฉันพยายามปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้นมาโดยตลอด	3.73	0.92	สูง
โดยรวมเฉลี่ย	3.43	0.45	สูง

จากตาราง 3 พบว่าสุขภาวะทางจิตของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 18 ข้อ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.45$) และพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ฉันรู้สึกมี

ความสุขเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.86$) และข้อเฉลี่ยที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ฉันไม่ชอบทำในสิ่งที่ฉันไม่คุ้นเคย ($\bar{X} = 2.75$, $SD = 1.00$)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา (n = 176)

	สุขภาวะทางจิต
การเห็นคุณค่าในตนเอง	0.648**
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.583**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 4 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในทิศทางเดียวกันกัน ดังนี้

1) การเห็นคุณค่าในตนเอง กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.648$)

2) แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.583$)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

1.1 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จากการศึกษา ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจหมายถึงการที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลพึ่งพิงช่วยเหลือบางส่วนจากผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษา¹⁴ ที่กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น มีทั้งองค์ประกอบภายในตน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีผลทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป เช่น ลักษณะทางกายภาพ ค่านิยมส่วนตัว ความสามารถส่วนบุคคล และองค์ประกอบภายนอก ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น ความสัมพันธ์กับครอบครัว สถานภาพ

ทางสังคม เป็นต้น¹⁵ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ¹⁶

1.2 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาการศึกษา อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของครอบครัว และวัฒนธรรมของคนไทยส่วนใหญ่ เป็นการดูแลช่วยเหลือกันในเครือญาติ โดยเฉพาะสังคมครอบครัวของชาวไทยมุสลิมซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ถึงร้อยละ 67.05 ที่มีความเชื่อตามหลักการในศาสนาอิสลามคือ การส่งเสริมให้มุสลิมแต่งงาน มีครอบครัว การอยู่อาศัยและการตั้งบ้านเรือนยังเน้นความสัมพันธ์ในเครือญาติและการอยู่ใกล้เคียงเครือญาติ¹⁷ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ

1.3 ระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จากการศึกษา ระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจหมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง ภูมิใจกับชีวิตที่ผ่านมาในอดีต และการรู้สึกทางบวกกับชีวิตของตนเอง (ตาราง 3) สอดคล้องกับการศึกษา⁸ ซึ่งพบว่าสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุของแต่ละภูมิภาคแตกต่างกันจะเกิดการยอมรับตนเองแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุภาคใต้ ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะจำเพาะทางด้านบริบทวัฒนธรรม และศาสนาที่นับถือ การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ที่มีความเชื่อว่าพระเจ้า (อัลลอฮ์) เป็นผู้กำหนดทุกสิ่งทุกอย่าง เชื่อว่าอัลลอฮ์มีความเมตตาและเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้เสมอ¹⁸ ส่งผลต่อการยอมรับตนเองซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าข้อคำถามทางสุขภาวะทางจิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมต่าง ๆ เฉพาะกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไปมาหาสู่ประจำเท่านั้น รวมถึงลักษณะโครงสร้างของครอบครัวจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตรและหลาน ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ดังที่การศึกษา⁷ ได้ศึกษาไว้ว่าตัวแปรที่ทำนายถึงสุขภาวะทางจิตที่ดีอย่างหนึ่งคือการมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุตรหลาน และมีสุขภาวะทางจิตในระดับสูง ซึ่งพบว่าประเด็นหลักของความสำคัญในผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางจิตระดับสูง คือการมีครอบครัวที่ดี¹⁴

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

2.1 การเห็นคุณค่าในตนเอง กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีข้อจำกัดบางประการในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับผลการศึกษา จากนักวิจัยหลายท่าน ซึ่งพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองจากทั้งองค์ประกอบภายในองค์ประกอบภายนอก และการเห็นคุณค่าในตนเองภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับสุขภาพจิต และจากการศึกษา¹⁹ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขของผู้สูงอายุ เกษียณอายุราชการกับปัจจัยส่วนบุคคลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกัน

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกนึกคิด และการได้รับการสนับสนุนทั้งจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ สนับสนุนการศึกษาทั้งในและต่างประเทศกล่าวคือ การศึกษา²⁰ ศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุชาวอเมริกันสามกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องที่ไม่เหมือนกันในแต่ละกลุ่ม และผู้สูงอายุที่สามารถรักษาและ

ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตเชิงบวก ต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดี เช่นการศึกษาของ²¹ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสภาวะร่างกายและจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

จากงานวิจัยซึ่งพบว่าระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านยังอยู่ในระดับปานกลางรวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จึงควรส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้กิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และชุมชน ผ่านการสร้างเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ไปเป็นแนวทางเพื่อกำหนดนโยบาย และแผนปฏิบัติการ สำหรับสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตตามบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณาจารย์ บุคลากรของวิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดยะลา ผู้ทรงคุณวุฒิ และที่สำคัญที่สุดคือผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออันดีสำหรับการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (KMUTT). . Situation of the Thai Elderly, 2019. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University, 2020.
2. Health Promotion Office. Caring for Homebound elderly [On line]. Retrieved March 5, 2021. From the website <http://www.thaihealth.or.th>, 2017.
3. Sitthikan, W., Moonpetch, S. & Chaitia, S. “Factors Affecting Behavioral Promotion. Elderly health in Ban Hong Subdistrict Municipality Ban Hong District Lamphun Province” Lampangsan Journal. 38 (2): 49-58, 2017.

4. Wongsawat, S. & Waphet, R. Handbook of 5-Dimensional Happiness for the Elderly Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Nonthaburi : Agricultural Cooperative Society of Thailand Co., Ltd, 2015.
5. Rasiri, T & Songthab, A. “Factors predicting health promotion behaviors of the elderly Home group, Phitsanulok province” Journal of the Southern College of Nursing and College of Public Health, 8(1), 127-139, 2021.
6. Wongsawat, S. & Waphet, R. Handbook of 5 dimensions of happiness for the elderly (Vol.Update). Print No. 6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Nonthaburi : The Agricultural Cooperative of Thailand Printing House Co., Ltd., 2015.
7. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. The structure of psychological well-being Revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 69 (4), 719-727, 1995.
8. Sapprawong, K. “Mental Health in Thai Elderly” BU Academic Review, 11(2): 99 – 110, 2012.
9. Yala Municipal Office. “From the Past to the Future” Journal of Yala, 10(86): 8-9, 2011.
10. Thongdee, J., Rongmuang, D., & Nakchattree, C. “Health Status and Quality of Life in the Elderly in the Southern Border Provinces” Journal of Nursing, Ministry of Public Health, 22(3):88–99, 2012.
11. Yala Provincial Public Health Office. Screening for the elderly, 10 subjects, health areas in 12 ,Yala provinces, fiscal year 2021. [On line]. Retrieved March 5, 2021. from the website. <https://www.ylo.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1>, 2020.
12. Coopersmith, S. Self-Esteem Inventories. California:Consulting Psychologist Press,Inc.; 1984.
13. Schaffer, M. A. Social support. In Peterson, Bredow T. S. (Ed.). Middle range theories, Application to nursing research. 1sted. Philadelphia: Lippincott: Williams& Wilkin, 2004.
14. Metheekul, P. Experiences of Successful Aging of Happy Thai Elderly.high mental state A qualitative research with a team of researchers agreed together. (Master of Arts Thesis in Counseling Psychology). Chulalongkorn University, Bangkok., 2011.
15. Kanyu, P. The use of self-processing activities in positive aspects along with Group activities to develop students' self-esteem Suan Sunandha Rajabhat University in the course of personal development. Bangkok : Research and Development Institute Suan Sunandha Rajabhat University, 2013.
16. Department of Health Service Support Ministry of Public Health. Family Volunteer Handbook Elderly Care Group (LTC). Nonthaburi : Agricultural Cooperative Society of Thailand Printing House Co., Ltd., 2017.
17. Allan Samuhsenito. “Thai-Muslim families during the transitional period of the population” Journal of Humanities and Social Sciences, 12 (1), 77-121, 2016.
18. Wisetrat,W. (2007). Highlights of Islam (2nd Edition). Bangkok : Islamic Book Center Bangkok.
19. Kruhadej, P., Worasiha, P., Daengthongdee, S., Chuawanichakorn, S. & Chuaythong, “Relationship between happiness of retired seniors and personal factors, self-esteem and lifestyle” Chulalongkorn Medicine, 62(5), 815 – 830, 2018.
20. Akashi, R. Psychological Well-being among Three Age Groups of Older Americans Living in the Community. Unpublished Doctor of Philosophy, Graduate School of Arts and Sciences. Columbia University, 2012.
21. Makabe, R., Ohtake, T.& Nomizu, T. Relationships among social support, psychological and physical states among elderly Japanese women

with breast cancer. Journal of Nursing Education

and Practice; 2011: 1 (1), 4 -16.

Received: 1 Jan 2023, Revised: 22 Jan 2023

Accepted: 25 Jan 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์

ธานี นามม่วง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ (3) ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ และการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์ ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ 14,918 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 375 คน ได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน (multistage random) โดยเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัย 3 อำเภอ โดยวิธีการเจาะจงเลือก (Purposive sampling) โดยเลือกอำเภอที่มีอัตราผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน สูงสุด ปานกลาง และต่ำสุด ประกอบด้วย อำเภอพนมดงรัก ลำดวน และปราสาท ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling; SEM) ผลการวิจัย พบว่า (1) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาพรวมในระดับปานกลาง (2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (KLO) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (KLO) มีค่าสัมประสิทธิ์หาคืออิทธิพลรวมสูงสุด ($\beta = 0.422$) แสดงว่าถ้าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (R^2) ของตัวแปรแฝงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (KLO) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20.00 ($R^2 = 0.200$) (3) ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ การเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.20 มีอายุเฉลี่ย 64.72 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 69.20 และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 73.10 เข้าร่วมโปรแกรมตามกิจกรรมที่กำหนด จำนวน 4 ครั้ง 4 สัปดาห์ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและโรคเบาหวานโดยรวม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

*Original Article***Factors Predicting Self-Care Behaviors among the Elderly with Diabetes and Fasting Blood Sugar with Uncontrolled Condition in Surin province**Thani Nammuang¹**Abstract**

The objectives of this research were to study (1) self-care behaviors of elderly patients with diabetes who could not control their blood sugar levels, (2) predictable factors of self-care behaviors of elderly patients with diabetes who could not control their blood sugar levels. and (3) the effect of the health knowledge development program and encouraging home visits that affected self-care behaviors in elderly patients with diabetes who cannot control their blood sugar levels, Surin Province. The target population in this research was 14,918 elderly patients with type 2 diabetes mellitus aged 60 years and over in Surin province. The sample group was 375 people drawn from multistage random sampling. Three districts were selected for research by using purposive sampling. The districts with the highest, medium and lowest rates of the elderly with diabetes consisted of Phanom Dong Rak, Lamduan and Prasat districts, respectively. Data were collected by questionnaires with a confidence level of 0.96. Data were analyzed by descriptive statistics and Structural Equation Modeling (SEM). The research results revealed that (1) self-care behaviors of elderly patients with diabetes were moderate (2) The factors predicting self-care behaviors of the elderly with diabetes were diabetes knowledge (KLO), self-efficacy (SEE), and social support (SOS) were the factors which influencing the self-care behavior of the elderly. The knowledge about diabetes (KLO) had the highest coefficient of total effect size ($\beta = 0.422$). It could be assumed that the more understandable, the more self-care behavior. When considering the coefficient of reliability (R^2) with the latent variables of self-care behavior in the elderly, it was found that diabetes knowledge (KLO), perceived self-efficacy (SEE) and social support (SOS) has the variance at 20.00% ($R^2 = 0.200$). (3) Effects of health literacy development programs encouraging home visits that affect self-care behaviors among 26 elderly patients with diabetes who could not control their blood sugar levels, most of them were 69.20 percent female, with an average age of 64.72 years old. They graduated in elementary school, 57.70 percent, and 69.20 percent engaged in agriculture the most. The duration of diabetes is 5 years or more, 73.10% participated in the program according to the specified activities for 4 times in 4 weeks. It was found that overall health knowledge and diabetes, after joining the program, the increase is higher than before joining the program with the significant ($p < 0.05$). Self-care behaviors of the elderly, after joining the program, the increase is higher than before joining the program with the significant ($p < 0.05$)

Keywords : Self-Care Behaviors, Elderly, Diabetes¹ Surin Provincial Public Health Office.

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นที่รู้จักว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการก่อนกำหนด เป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรง ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ หรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรคเบาหวานและผลจากภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว ตลอดจนระบบสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญก้าวหน้า อัตราการตายจากโรคติดต่อที่สำคัญลดลงส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร ที่กำลังได้รับความสนใจโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" (Aging Society)

ซึ่งจากรายงาน Global Age Watch Index 2015 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั่วโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าเป็น "สังคมสูงวัย" แล้ว ⁽¹⁾ เช่นเดียวกัน ประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมาก คือจากประมาณ 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด ใน พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568 ⁽²⁾ ซึ่งการที่อายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หรือวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับภาวะเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ อาทิ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรค

หลอดเลือดในสมองตีบ เป็นต้น ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าว อาจจะนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้ ⁽³⁾ และยังพบอีกว่า ในผู้สูงอายุร้อยละ 75 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว ถึงร้อยละ 25 และป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่น ๆ ร้อยละ 25 ⁽⁴⁾

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อที่สามารถเกิดขึ้นได้ในคนทุกเพศทุกวัย แต่จะพบมากในคนอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป โรคเบาหวานเป็นภัยเงียบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ระบบสุขภาพและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศอย่างมาก และอาจก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน และอาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ⁽⁵⁾ โดยองค์การอนามัยโลก ⁽³⁾ ได้ระบุว่า ในปี ค.ศ.2014 มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคน ร้อยละ 8.5 ของประชากรทั้งหมด โดยเพิ่มขึ้นจากปีค.ศ.1980 ที่มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพียง 108 ล้านคน ร้อยละ 4.7 ของประชากรทั้งหมด โดยในปี ค.ศ.2012 มีผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านรายทั่วโลกที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยตรง และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 8 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตอีก 2.2 ล้านคน ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าที่กำหนด เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

ในประเทศไทย โรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ.2556-2557 มีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.8 และพบว่า ร้อยละ 43.2 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 23.7 เท่านั้น ⁽⁶⁾ และมีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานทั้งประเทศ ในปี 2557 17.53 ต่อประชากรแสนคน ⁽⁷⁾ ซึ่งในจังหวัดสุรินทร์ สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเช่นเดียวกับในระดับประเทศ โดยภาพรวมประชากร ณ เดือน มีนาคม 2565 พบว่า จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนผู้สูงอายุ 211,566 คน ร้อยละ 15.40 ของประชากรทั้งจังหวัด และจากข้อมูลผลการวินิจฉัยของแพทย์ ในฐานข้อมูลการให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จำนวน 36,123 คน ร้อยละ 17.07 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 41.29 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁽⁸⁾

การควบคุมโรคเบาหวานมีหลายวิธีด้วยกัน อาทิเช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และการรักษาโดยใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ในแต่ละวิธีส่งผลให้การควบคุมโรคเบาหวานได้ผลดีมากขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยจากโรคเบาหวาน มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา

การวิจัยเป็นแบบผสมผสานที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มุ่งการแก้ปัญหา ที่มีการใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี และมุ่งให้เกิดผลในการปฏิบัติ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างของ Hair, J. et al⁽⁹⁾ จากสูตรอัตราส่วน 30 เท่าของตัวแปรทำนาย มีตัวแปรทำนายทั้งสิ้น 7 ตัวแปร ขนาดตัวอย่างจึงต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 210 ราย แล้วจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเทียบสัดส่วนประชากร ด้วยสูตรรวม

$$n = \frac{p(1-p)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{p(1-p)}{N}}$$

- n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด = 0.5)
 N = ขนาดของประชากร
 e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้
 Z = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาทั้งหมด 375 ราย เลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัยด้วยวิธีการเจาะจงเลือก (Purposive sampling) 3 อำเภอ ได้แก่ ปราสาท 225 ราย พนมดงรัก 87 ราย และลำดวน 63 ราย จำแนกตามอัตราผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3 กลุ่มประกอบด้วยระดับมาก ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีโรคร่วม และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนหรือการออกกลางคัน

●เครื่องมือในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

- 1) ลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดตอบแบบสั้น และเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้โดยรวมเฉลี่ย

ต่อเนื่อง ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด จากการตรวจครั้งล่าสุด น้ำหนัก และส่วนสูง

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ การแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย

4) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ การแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย

5) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์และความเครียด และพฤติกรรมการไปพบแพทย์และป้องกันโรคแทรกซ้อน จำนวน 24 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ การแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย

●การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณานำมาคำนวณค่าดัชนีสอดคล้อง Index of Item-Objective Congruence (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.94 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) ที่ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมาย จำนวน 30 คน ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ เพื่อหาความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

●การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้โปรแกรม Mplus 7.11 ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

เชิงยืนยัน และปัจจัยเชิงสาเหตุ (Structural equation modeling; SEM)

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์ ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้วิธีการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ ตำบลด่าน อำเภอกาบเชิง กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 20 คน

●เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้นำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาออกแบบโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับผลการศึกษา ซึ่งมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 กิจกรรมเพิ่มความรู้ ความเข้าใจโรคเบาหวาน ครั้งที่ 2 กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการเงื่อนไขสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ครั้งที่ 3 กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ ครั้งที่ 4 กิจกรรมให้กำลังใจเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 5 ด้าน คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์และความเครียด และพฤติกรรมการไปพบแพทย์และป้องกันโรคแทรกซ้อน

●การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบที (Dependent Sample t-test)

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขโครงการวิจัย 39/2565 วันที่รับรอง 5 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์

คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.74 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 60.27 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.07 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 64.80 ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 37.34 และมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 1,500 บาทต่อเดือนร้อยละ 59.47

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

รายการ	Mean	SD	การแปลผล
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	2.235	.775	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.201	.476	ปานกลาง
การควบคุมอารมณ์และความเครียด	2.407	.331	มาก
การรับประทานอาหาร	2.450	.319	มาก
การรับประทานยา	2.503	.469	มาก
การไปพบแพทย์และป้องกันโรคแทรกซ้อน	2.757	.379	มาก

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient --ICC) มีค่า 0.037 - 0.681 ICC ที่มีขนาดใหญ่ (> 0.05) แสดงถึงความสอดคล้องกันสูง เหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์⁽¹⁰⁾

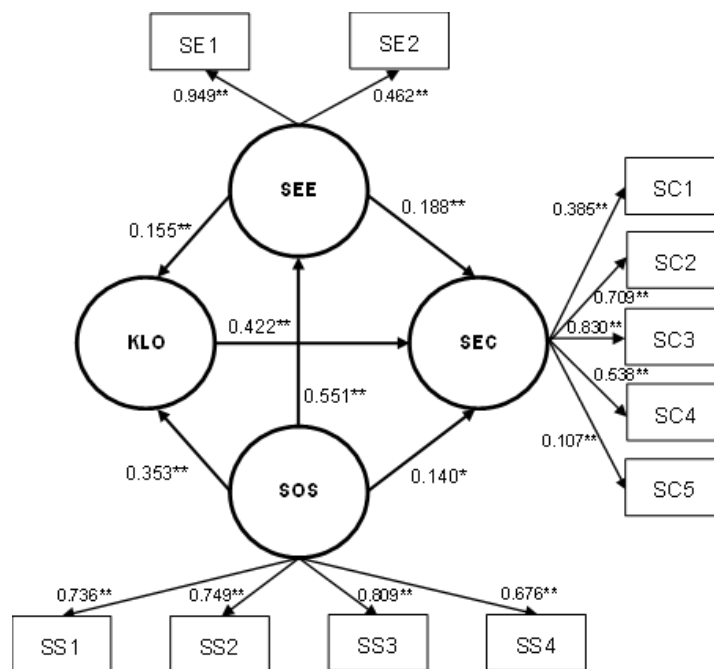
การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความตรงของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อประมาณค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรทำนาย ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นการศึกษาความสามารถในการ

1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นทางด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยระดับพฤติกรรมการไปพบแพทย์และป้องกันโรคแทรกซ้อน มากที่สุด ($\bar{X}$ = 2.757) รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานยา ($\bar{X}$ = 2.503) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\bar{X}$ = 2.450) พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์และความเครียด ($\bar{X}$ = 2.407) และพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.201) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ทำนายเฉพาะของตัวแปรที่มีต่อตัวแปรตาม ซึ่งเป็นการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างระดับเดียว (Single Level SEM) ผลการตรวจสอบความตรงของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า รูปแบบเชิงสาเหตุดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากสถิติที่ใช้ตรวจสอบความตรงของรูปแบบ ได้แก่ $\chi^2 = 69.149$ df = 65 ค่า p = 0.3392 ดัชนี CFI = 0.999 ดัชนี TLI = 0.998 ค่า RMSEA = 0.011 ค่า SRMR = 0.025 และ $\chi^2/df = 1.063$ โดยค่า p มากพอที่จะไม่ปฏิเสธสมมติฐานแสดงว่า χ^2 ไม่น่ามีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ยอมรับสมมติฐานว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมีความตรง ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ ดัชนี CFI และ TLI ที่มากกว่า .95 ค่าดัชนี RMSEA และ SRMR มีค่าเข้าใกล้ 0 และ

χ^2/df ที่น้อยกว่า 2 นั้นคือยอมรับสมมติฐานว่าตามทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือรูปแบบมีความตรง



ภาพที่ 1 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล มากที่สุด คือ ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (KLO) ($\beta = 0.422$) รองลงมาคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) ($\beta = 0.188$) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) ($\beta = 0.140$)

ในส่วนของการศึกษาขนาดอิทธิพลโดยรวมของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (KLO) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (KLO) มีสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลรวมสูงสุด ($\beta = 0.422$) แสดงว่า ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (R^2) ของตัวแปรแฝงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (KLO) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20.00 ($R^2 = 0.200$)

ตาราง 2 ขนาดอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตัวแปร ทำนาย	อิทธิพลต่อ SEC			อิทธิพลต่อ KLO			อิทธิพลต่อ SEE		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
KLO	0.422**	-	0.422**	-	-	-	-	-	-
SEE	0.188**	0.065**	0.253**	0.155**	-	0.155**	-	-	-
SOS	0.140*	0.104**	0.244**	0.353**	-	0.353**	0.551**	-	0.551**

R^2 ของตัวแปรแฝงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ = 0.200

R^2 ของตัวแปรแฝงแรงจูงใจในการป้องกันโรค = 0.209

R^2 ของตัวแปรแฝงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน = 0.304

$$\chi^2 = 50.284, df = 40, p = 0.1278, CFI = 0.998, TLI = 0.996, RMSEA = 0.017,$$

$$SRMR = 0.016, \chi^2/df = 1.257 \text{ (Mplus 7.11)}$$

หมายเหตุ: 1. * $p < .05$, ** $p < .01$

2. DE = Direct effect (อิทธิพลทางตรง), IE = Indirect effect (อิทธิพลทางอ้อม)

TE = Total effect (อิทธิพลรวม)

3 ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 นำมาออกแบบโปรแกรมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจ ตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 26 คน ผลการวิจัยดังนี้

คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.20 มีอายุเฉลี่ย 64.72 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 69.20 และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 73.10

จากการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจ ตามกิจกรรมที่กำหนดขึ้น จำนวน 4 ครั้ง 4 สัปดาห์

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและโรคเบาหวานโดยรวม (n = 26)

	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้ด้านสุขภาพและโรคเบาหวาน	45.19	6.07	92.04	7.04	25	-16.78	0.001**

ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและโรคเบาหวานโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 45.19 คะแนน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น

92.04 คะแนน การประเมินความรู้ด้านสุขภาพและโรคเบาหวานโดยรวม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ($n = 26$)

	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	28.23	9.84	63.69	6.38	25	-13.682	0.001**

ผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 28.23 คะแนน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 63.69 คะแนน การประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษายืนยันว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 20.00

อภิปรายผล ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา สุพรรณกุล และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 47.9 ระดับดี ร้อยละ 52.1 และเอกภาพ จันทร์สุคนธ์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขต

อำเภอเมืองพิษณุโลก มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีมาก เช่นเดียวกับ กมลพรรณ จักรแก้ว ที่พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้สูงอายุได้รับการยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องการรับประทานยา และการไปพบแพทย์ตามนัด และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอาศัยอยู่เพียงลำพังหรือมีลักษณะที่เป็นครอบครัวแบบใหม่ ที่ผู้สูงอายุอยู่กับหลาน เนื่องจากการย้ายถิ่นฐานของแรงงานที่เป็นบุตรหลานมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอต่อร่างกาย การออกกำลังกายหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มากพอ จะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒนา และนันทวรรณ สุวรรณรูป⁽¹³⁾ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($\beta = .509, p <$

.001) และสอดคล้องกับ Mohebi และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มุ่งเน้น การปรับปรุงการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลควบคุม โรคเบาหวานด้วยตนเองมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ สูงอายุที่ดีขึ้น แต่ทำให้มีความยั่งยืน ผู้สูงอายุควรจะได้รับแรง สนับสนุนทางสังคม ในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการ รับรู้สมรรถนะของตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่ง Jingxuan และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคให้เกิดขึ้นเป็นเวลานาน 6 เดือน ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) นอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ สมรรถนะของตนเองแล้ว ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มี อำนาจทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงที่สุด กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ดีจะสมัครใจที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นเพราะมีความเชื่อว่าเมื่อปฏิบัติแล้วจะเกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. Help Age International. Global AgeWatch Index 2015 [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <http://www.helppage.org>
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรและสังคม 2555 : ประชากรชายขอบและความ เป็นธรรมในสังคมไทย. ใน; กุลภา วจนสาระ, กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม.
3. World Health Organization. Global Report on Diabetes [Internet]. 2016 [cited 2022 September 15]. Available from: <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>
4. Margaret S. and Westaway. The impact of chronic diseases on the health and well-being of South Africans in early and later old age [Internet]. 2009 [cited 2022 September 15]. Available from: <https://www.journals.elsevier.com>
5. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2012. Diabetes cares. 2012;31 Suppl 1:S55-60.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 4 การบริหารงบบริการ ควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: หจก.แสง จันทรการพิมพ์. 2560.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2565], เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission2>
8. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2565], เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/>
9. Hair, J.F. et al. Multivariate Data Analysis. 5th ed. New Jersey: Prentice-Hall. 1998.
10. ปกรณ์ ประจัญบาน. เทคนิคการวิเคราะห์และประยุกต์ โมเดลสมการโครงสร้าง สำหรับงานวิจัยและประเมิน. พิษณุโลก: เอทีกราฟฟิคเซ็นเตอร์; 2561. 569 หน้า.
11. ปัทมา สุพรรณกุล, สุทธิชัย ศิรินวล, เจษฎากร โนนินทร์, วิมาลา ชโยดม และอรพินท์ สิงห์เดช. ปัจจัยทำนาย พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560; 11(1): 211-223.
12. เอกภพ จันทรสุคนธ์, วิภาดา ศรีเจริญ และกิ่งแก้ว สำราย รื่น. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560; 11(3): 229-239.
13. สุพาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒนา และนันทวัน สุวรรณ รูป. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วย ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. Journal of Nursing Science 2554; 29(4):18-26.

14. Mohebi, S., Parham, M., Sharifirad, G., Gharlipour, Z., Mohammadbeigi, A. & Rajati, F. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion* 2018; vol. 7: 1-6.
15. Jingxuan Z., et al. Effect of timeliness motivation theory-based continuing care on the self-care ability and healthy behavior in elderly patients with type 2 diabetes. *Modern Clinical Nursing* 2017; 16(5): 47-50.

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

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน และ ตุลาคม – ธันวาคม)
2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็น งานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใด ๆ
3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 2 คน เป็นผู้อ่าน

4.

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

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

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

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

2. ชื่อผู้เขียน (Authors) - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย

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

3. บทคัดย่อ (Abstract)

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

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

4. คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

5. บทนำ (Introduction) บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

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

7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

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

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver

- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง

- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนจบเอกสาร หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา

- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการกำจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกมาสู่คน²การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. สำนักโรคติดต่อภายใน. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงก้น. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสัจการ. “พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document
- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตีพิมพ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,500 บาท การชำระเงิน โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน” เลขบัญชี “ 955-0-13237-4” (ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ e-mail: editorial.ajcph@gmail.com)