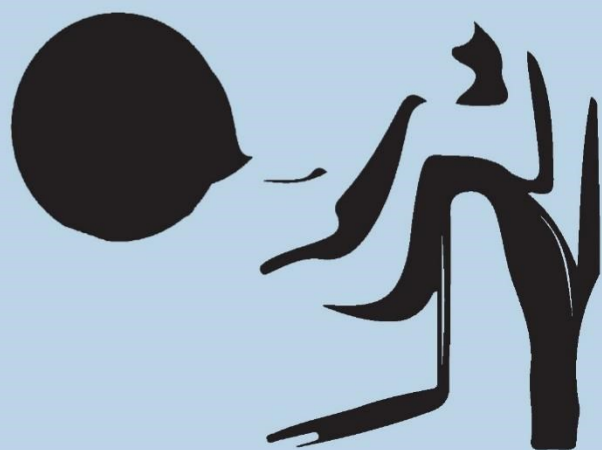




วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 9 Number 2 APRIL – JUNE 2023

Academic Journal of Community Public Health

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

Academic Journal of Community Public Health

Volume 9 Number 2 APRIL – JUNE 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>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี
 นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
 นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
 นพ.ชูชัย ศรชำนิ
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์
 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
 ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ
 นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
 นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ
 ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
 พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตร์ เสาวคนธ์
 ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์
 ศาสตราจารย์ ดร.สฤติกร พงศ์พานิช
 รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ซาติปัญญาชัย
 รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีจักรกุล
 รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล
 รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา
 คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
 คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์
 คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
 คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
 คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
 คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
 นายประพัทธ์ ธรรมวงศา
 นายธาดา วรชัยกุล
 นายมงคล เงินแจ้ง
 นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 มหาวิทยาลัยมหิดล
 มหาวิทยาลัยชินวัตร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 มหาวิทยาลัยทักษิณ
 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
 มหาวิทยาลัยนเรศวร
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 มหาวิทยาลัยบูรพา
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
 ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย
 นายกสมาคมหมออนามัย
 นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก

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.นภาพร 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 เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น . การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คุณภาพชีวิตของประชาชนจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 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. การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอศรีเมือง ใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนันท์ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ วรพจน์ พรหมสัตยพรต	9	1. Drug Management of Sub-District Health Promotion Hospitals, Srimuangmai District, Ubon Ratchathani Province Chonchanok Yongkunwanitchanan Terdsak Promarak Vorapoj Promasatayaprot
2. ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบความผิดปกติ ทางการมองเห็น การดูแลของญาติ และ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ จิง) สรวิทย์ วิจิตรกำเหนิดกุล	20	2. The relationship between Impact of Vision Impairment (VI), Burden and Activity of Daily Living (ADL) in Low Vision Patients At Mettapracharak Hospital (Watraikhing) Sorrave Wichitkamnerdkun
3. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน วัยรุ่น จังหวัดยโสธร ปัญหานันต์ ปรัชญคุปต์ จตุพร เหลืองอุบล วรพจน์ พรหมสัตยพรต	30	3. The Development of Health literacy Model for HIV and sexual transmitted infections among Adolescents, Yasothon Province. Pincha Pratchayakhup Jatuporn Luangubol Vorapoj Promasatayapro
4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำบังโรคติดต่อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัย พะเยา อภิสิทธิ์ ศรีรักษา สมคิด จูหว่า ประจวบ แผลมหลัก	40	4. Development Behavioral Predicting Factors for Coronavirus 2019 Disease Prevention of University of Phayao Staff Aphisit Sriraksa Somkid Juwa Prachuab Lamluk

สารบัญ	หน้า Page	Contents
5. การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พรวรา เติบจันทิก นรินทร์ อสิพงษ์	49	5. Development of a Participatory Health Promotion Program for Village Health Volunteers with Chronic Non-communicable Diseases Mueang Sisaket District Ponwara Terbjantuk Nakarin Asiphong
6. รูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ธนศักดิ์ ธงศรี	58	6. The Prevention of the Spreading of Coronavirus Infection Disease (COVID - 19) Model of the Operations District Health Board (DHB), Muangsamsip District, Ubon Ratchathani Province Thanasak Thongsri
7. การพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช วิทยา ศรีแก้ว วรพจน์ พรหมสัตยพรต เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	72	7. Prevention and Control, in the New Normal Life, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province Wittaya Sornkaew Vorapoj Promasatayaprot Tersak Promarak
8. คุณภาพชีวิตของประชาชนจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีศึกษา: จังหวัดสุราษฎร์ธานี อัญชา โสภณ	86	8. Associat People's Quality of Life of Strengthening District Committee on Improving Quality of Life (District Health Board): A Case Study of Surat Thani Province. Anchana Sophon

สารบัญ	หน้า Page	Contents
9. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย วิทวัส สุดเพาะ นฤมล สินสุพรรณ ชนะพล ศรีฤๅชา	96	9. The Effectiveness of Alcohol Drinking Prevention Program by Application of The Theory of Planned Behavior with Social Support on Alcohol Drinking Preventive behaviors among Hih School Students Wittawat Sudpror Narumon Sinsupan Chanaphol Sriruecha
10. ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมคำนวณปริมาณยาและจำนวนเม็ดยาในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ สุขุมาล กาพนตร	108	10. Effectiveness of Dosage and Pills Calculator Program in Warfarin Clinic Kantararom Hospital, Si Sa Ket Province Sukhumal Galnade
11. ปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ธเนศ โชคพระสมบัติ	119	11. The problems and conditions of health supervisors at the provincial level in Chumphon Provincial Health Office Thanate Chokprasombut
12. คุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานแห่งหนึ่งในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ยอดศักดิ์ นำโชคดี ธันวา ใจเที่ยง วรกร วิชัยโย	130	12. Quality of work life of an employees in Somdet district, Kalasin province Yodsak Namchokdee Tunwa Chaiteing Woragon Wichaiyo
13. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ในชุมชนบ้านยางน้อย ตำบลยางน้อย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม อรนุช ดรพลก้อม ชนะพล ศรีฤๅชา วีณา อิสรางกูร ณ อยุธยา	140	13. The development of guideline for promotion of elderly self -careunder new Normal at Banyangnoi community Banyangnoi Sub District Komsumphisai District Mahasarakham Province. Oranuch Donpongom Chanaphol Sriruecha Veena Isarangura Na Ayudhya

สารบัญ	หน้า Page	Contents
14. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพธิ์แขว อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ ไมยรา เศรษฐมาศ	151	14. Complications of Diabetic Patients who Got Services at Bannhongwaeng Health Promoting Hospital, Phonkhwaio Sub-district, Muang District, Sisaket Province Maiyara Setthamas
15. ประสิทธิภาพโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โยธิน ศิรินันท์ ชนะพล ศรีฤชา วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา	159	15. Effectiveness of The Motivational Interviewing Program on change Readiness and Treatment Needs Among the Amphetamine Addicts, Si Chomphu District, Khon Kaen Province Yothin Sirinanunth Chanaphol Sriruecha Veena Isrankura Na Ayudhya
16. พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ตำบลบางแก้ว อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม กนกพร สมพร ศิริลักษณ์ กระจุกกิจ ธัญญลักษณ์ บุตรดา นพดล ทองอร่าม	169	16. The Overnutrition Prevention Behavior of the Elderly in Bang Kaeo Sub - District, Muang District, Samut Songkhram Province Kanokporn Somporn Siriluk Krawonkit Thanyalak Butda Nopadol Thongaram

Received: 21 Oct. 2022, Revised: 12 Dec. 2022

Accepted: 15 Dec. 2022

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนันท์^{1*} เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์² วรพจน์ พรหมสัตยพรต³

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในรพ.สต.เขตพื้นที่เครือข่าย หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต 4) การสะท้อนผล ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการประเมินระบบบริหารเวชภัณฑ์ จำนวน 17 คน และบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. จำนวน 48 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินตัวชี้วัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Chi-Square และ Wilcoxon's Sign Rank Test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.4 ส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 41.78 ± 10.29 ปี ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.3 มีการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ด้วยการบูรณาการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วยต้นแบบ MUANGMAI Model ส่งผลให้อัตราคงคลังไม่เกินเป้าหมายจำนวนรายการขาดลดลง มูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพลดลง ความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคงคลังเทียบกับบัญชีคุมลดลง และการประเมินการบริหารเวชภัณฑ์เพิ่มมากขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (UBON) คือ 1) ความร่วมมือ (Unity) 2) งบประมาณ (Budget) 3) บุคลากรทางด้านสาธารณสุข (Oner) 4) การสร้างเครือข่าย (Network) สรุป ต้นแบบ MUANGMAI model สามารถพัฒนาระบบการบริหารเวชภัณฑ์ในรพ.สต.ได้

คำสำคัญ : ระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, MUANGMAI Model

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author E-mail : chonchanok.yong2022@gmail.com

Original Article

Drug Management of Sub-District Health Promotion
Hospitals, Srimuangmai District, Ubon Ratchathani ProvinceChonchanok Yongkunwanitchanan^{1*} Terdsak Promarak²
Vorapoj Promasatayaprot³

Abstract

The sub-district health promotion hospital encountered problems with the administration of medical supplies. Objectives : To develop a management system for medical supplies in health promotion hospitals in sub-district areas, network of primary health care units. Sri Muang Mai District, Ubon Ratchathani Province. 65 staff, 16 sub-district health promotion hospitals. Method : This research is action research, which consists of 4 steps (PAOR), which are Step 1 Planning, Step 2 Action, Step 3 Observation, and Step 4 Reflection. From May 2022 to September 2022, quantitative data was collected using questionnaires. The assessment form and indicators The data was analyzed with descriptive statistics. The chi-square test and the wilcoxon's sign rank Test and content analysis. The results showed that, according to the results of the study, most of the personnel were female, 75.4% . Most were in the range of 30 to 39 years old, 38.5% , with a mean age of 41.78 ± 10.29 years. The satisfaction in developing the pharmaceutical management system of the sample was measured at the level. 72.3% satisfaction rate. The pharmaceutical inventory management system was developed through the operational research process using the MUANGMAI model, resulting in the inventory rate not exceeding the target number of shortages. Decreased value of expired or worn out medicines The discrepancy in the amount of medicine inventory compared to the control account decreased and the assessment of the drug administration is increasing. The key success factors (UBON) were unity budget ,oner and network. Conclusion The MUANGMAI model can develop a medical supply management system in subdistrict health promotion hospitals.

Keyword : medical supplied inventory management, participatory - action research
MUANGMAI model

¹ Graduate Student, Master of Public Health, Mahasarakham University

² Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author E-mail : chonchanok.yong2022@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันสถานีนามัยได้มีการยกระดับมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค¹ รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่กิจกรรมที่เกิดขึ้นจึงมีความแตกต่างหลากหลาย นับตั้งแต่มีเภสัชกรที่ทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดการ จัดเก็บและบริหารเวชภัณฑ์ประมาณ 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือ การทำงานบริการเภสัชกรรมที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริหารเวชภัณฑ์งานบริการจ่ายยา งานดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แต่ระบบใหม่จะเน้นให้เกิดการให้บริการเภสัชกรรมที่ตอบสนองหรือส่งเสริมให้เกิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ โดยเป็นระบบบริการที่ยึดปรัชญาสุขภาพแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นระบบบริการที่ทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้และเป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้านใกล้ใจของประชาชน²

การบริหารเวชภัณฑ์เป็นหนึ่งในกระบวนการสำคัญของระบบการจัดการด้านยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีบุคลากรรับผิดชอบคลังยาและเวชภัณฑ์ มีสถานที่เก็บยา และเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม ปลอดภัย มีการเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นหมวดหมู่ มีการควบคุมการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ ไม่พบยาและเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพหมดอายุและสารองยา และเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ การบริหารเวชภัณฑ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพทำให้หน่วยงานประหยัดงบประมาณด้านยา ผู้บริการได้รับยาที่ดีมีคุณภาพในการดูแลตนเอง การบริหารจัดการที่อยู่บนพื้นฐานหลักการทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพ มีการสำรองในปริมาณที่เหมาะสมทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการจัดการเพื่อเก็บรักษายาให้มีคุณภาพดีและการจัดช่องทางเพื่อผู้บริโภคเข้าถึงยาอย่างเท่าเทียม รวมถึงการมีระบบสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยเก็บรักษายาในสถานะที่เหมาะสมเพื่อคงคุณภาพยาที่ดีตลอดการรักษา² จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ใน พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิขาดระบบข้อมูลข่าวสาร ขาดการเชื่อมต่อการดำเนินงานกับโรงพยาบาล³ การเบิกจ่ายฉุกเฉินในจำนวนสูง และไม่สามารถเบิกเวชภัณฑ์ได้ครบตามจำนวนเนื่องจากปริมาณยาจากคลังโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่

เพียงพอ หรืออัตราผู้รับบริการไม่คงที่ อีกทั้งพบปัญหาด้านการเก็บรักษาที่พบว่าห้องเก็บยามีจำกัดและอุณหภูมิสูง นอกจากนี้บุคลากรที่มีน้อย ขณะที่ภาระงานหลายด้านและขาดงบประมาณ เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบงานบริหารเวชภัณฑ์⁴ และ พบว่า บาง รพ.สต. ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ และงบประมาณในการบริหารจัดการด้านยาที่ไม่เพียงพอ⁵ เภสัชกรส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ใกล้เคียงมาตรฐานที่กำหนดในคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 5 ด้าน คือ งานส่งมอบยาและแนะนำการใช้ยา งานจัดการ ระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขและงานส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและสมุนไพร ยกเว้น ในส่วนงานบริหารเวชภัณฑ์ ด้านการจัดเก็บ ควบคุมรักษายาและเวชภัณฑ์นั้นเภสัชกรปฏิบัติในระดับน้อยไม่เพียงพอสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ⁶

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (ระดับ F2) เป็นคลังสำรองยาของ รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง พร้อมทั้งจัดทำกรอบบัญชีรายการยา ลดการสำรองยาในคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. ลงเหลือไม่เกิน 3 เดือน อัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพเท่ากับศูนย์ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน ผลการตรวจประเมินระบบบริหารเวชภัณฑ์ ปี 2562 พบปัญหามูลค่ายาคงคลังสำรองเกิน 3 เดือน และปัญหาด้านคลังเวชภัณฑ์มีการจัดวางยา จัดเก็บยา ภายใต้สภาวะที่ไม่เหมาะสมใน รพ.สต. 14 แห่ง เนื่องจากส่วนใหญ่มีห้องเก็บยาสีขนาดเล็ก ไม่สามารถจัดวางยาให้เป็นสัดส่วนได้ รวมถึงมีมูลค่าการเบิกจ่ายไม่สอดคล้องกับประมาณการประจำปี ร่วมกับมีมูลค่ายาคงคลังเกิน 3 เดือน 14 แห่ง มีเอกสารหลักฐานการเบิกจ่ายยา ไม่เป็นปัจจุบัน จำนวน 12 แห่ง และพบยาหมดอายุ จำนวน 15 แห่ง จากการสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง ปัญหาสำคัญที่พบคือ ความไม่สะดวกในการส่งใบเบิกยา (14 แห่ง) ยาไม่เพียงพอใช้หรือ เกินกว่าอัตราใช้ (8 แห่ง) สำหรับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ซึ่งเป็นแม่ข่ายในด้านการกระจายยาพบปัญหาเรื่องใบเบิกยาถูกส่งมาไม่ตรงตามวันเวลาที่กำหนด ปริมาณยาที่เบิกไม่สอดคล้องกับประมาณการประจำปี มี

การเบิกยานอวกาศ มีการขอแลกเปลี่ยนยาใกล้หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในรพ.สต.เขตพื้นที่ เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการทำงานร่วมกันของ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ผลสอดคล้องกับเกณฑ์การ ประเมินประสิทธิภาพงานบริหารเวชภัณฑ์ของรพ.สต. ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการ วิจัยที่กระทำโดยผู้ปฏิบัติงานเพื่อศึกษาวิจัยเกี่ยวกับงานที่ ตนเองรับผิดชอบอยู่โดยตรง โดยมีเป้าหมายเพื่อการ เรียนรู้และพัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเองให้ดีขึ้น ตลอดช่วงเวลาที่ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ผลของการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์จะถูกใช้เป็นแนวทางในการกำหนด นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ด้านการบริหารเวชภัณฑ์ใน เครือข่ายสาธารณสุขระดับอำเภอศรีเมืองใหม่ นำไปสู่การ มียาที่เพียงพอ มีคุณภาพและปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในรพ.สต.เขตพื้นที่ เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) แบ่ง การศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการ ปฏิบัติ (Reflection)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคณะกรรมการประเมินระบบบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC) จำนวน 12 คน, เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลังยาโรงพยาบาลอำเภอศรีเมืองใหม่ จำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหาร เวชภัณฑ์ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ใน โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ ตลอด ระยะเวลาของการวิจัย

2) เป็นผู้ที่มีความตั้งใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถ เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ที่ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย หรือดัดให้ ข้อมูล

2) บุคลากรที่ย้ายไปทำงานที่อื่นในระหว่างการทำ การวิจัย

กลุ่มที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานบริหาร เวชภัณฑ์ ในรพ.สต. อำเภอศรีเมืองใหม่ จำนวน 16 แห่ง แห่งละ 3 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการรพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ และ นักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น จำนวน 48 คน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน บริหารเวชภัณฑ์ ในรพ.สต. อำเภอศรีเมืองใหม่ ตลอด ระยะเวลาของการวิจัย

2) เป็นผู้ที่มีความตั้งใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถ เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ที่ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยหรือดัดให้ ข้อมูล

2) บุคลากรที่ย้ายไปทำงานที่อื่นในระหว่างการทำ การวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวงล้อของการดำเนินการวิจัย 4 ขั้น ตามแนวคิด Kemmis และ McTaggart⁷ ได้แก่ การ วางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการ ปฏิบัติ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ดำเนินการ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

กิจกรรมที่ 1 กำหนดแผนงาน จัดประชุม กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคณะกรรมการประเมิน ระบบบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ชี้แจงนโยบายและ เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ใน และกำหนดตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ ให้ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการ

เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565

กิจกรรมที่ 2 ประชุมสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ ใน รพ.สต. มีวัตถุประสงค์เพื่อสนทนาพูดคุยกับสมาชิกในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม (Participation) ในการค้นหาปัญหาและหาแนวทางพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ เป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างกว้างขวาง ประเด็น ปัญหาและอุปสรรค สาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติของผู้เข้าร่วมสนทนากับผู้วิจัย ประเด็นสนทนามีความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการได้โต้แย้งปัญหา หรือหัวข้อของการสนทนาถูกกำหนดโดยผู้วิจัย ดังนี้

หมวดที่ 1 สถานที่จัดเก็บยา 1. มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม 1) ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น 2) มีแนวทางการเปิด/ปิดคลังยาชัดเจน 3) ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง 4) มีการแยกประเภทยา วชย. วสด. และวัสดุอื่น ๆ ชัดเจน 2. มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ เป็นไปตามมาตรฐาน 2.1) มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น 2.2) บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน 2.3) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °C และความชื้นไม่เกิน 70 %) 2.4) คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้

หมวดที่ 2 การเบิกจ่ายและอัตรายาคงคลัง การควบคุมและการเบิกจ่ายยาเป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง 1) สุ่มนับจำนวนคงคลังยา จากยา 10 รายการ 2) มีใบเบิกยาจากคลังยาโรงพยาบาลและมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 3) ใบเบิกยาจากคลังยา รพ. สอดคล้องกับ Stock Card 4) มีใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 5) ใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. สอดคล้องกับ Stock Card

หมวดที่ 3 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ ไม่มีรายการยาขาด ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา

หมวดที่ 4 การควบคุมยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพ มีระบบการควบคุมยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพ 1) ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีไขยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ 2) ระบุวันเปิด วันหมดอายุของยา Multiple Dose และ ยา Pre-Pack 3) มีการจัดเรียงยาแบบ First Expired First Use

หมวดที่ 5 มาตรฐานตู้เย็นเก็บยาและวัคซีน ตู้เย็นเก็บยาตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) 1) อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน) 2) การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3) บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอเป็นปัจจุบัน 4) เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่ได้หมดอายุ 5) ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6) ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7) ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเดิมเกลือหรือปิดโฟมเพื่อควบคุม

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing)

กิจกรรมที่ 3 ประเมินตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ ผู้วิจัยและคณะกรรมการประเมินระบบบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ออกสำรวจในพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลจากเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับงานบริหารเวชภัณฑ์ ตามตัวชี้วัดงานบริหารเวชภัณฑ์เปรียบเทียบก่อนดำเนินงาน ระหว่างดำเนินงาน และหลังดำเนินงาน ในประเด็น

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราคงคลังไม่เกิน 3 เดือน

ตัวชี้วัดที่ 2 จำนวนรายการขาดเท่ากับศูนย์

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคลังเทียบ กับบัญชีคุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ตัวชี้วัดที่ 4 อัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพเท่ากับศูนย์

กิจกรรมที่ 4 ประเมินการบริหารเวชภัณฑ์ ใน รพ.สต. ดังนี้ หมวดที่ 1 สถานที่จัดเก็บยา หมวดที่ 2 การเบิกจ่ายและอัตรายาคงคลัง หมวดที่ 3 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ หมวดที่ 4 การควบคุมยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพ และหมวดที่ 5 มาตรฐานตู้เย็นเก็บยาและวัคซีน นำเสนอคะแนนผลการประเมิน 2 ระยะ คือ คะแนนก่อนพัฒนา และหลังพัฒนา มีเกณฑ์ผ่านการประเมินคือคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 จะถือว่าการบริหารเวชภัณฑ์มีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ

(Reflection) ดำเนินการ เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 กิจกรรมที่ 5 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็นต่อผลการประเมิน เพื่อแสดงความคิดเห็นประเด็นผลการปฏิบัติงาน อุปสรรคในการปฏิบัติงานแต่ละกระบวนการ ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการ และประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาการบริหาร

เวชภัณฑ์ ผลการศึกษาในขั้นนี้อาจทำให้เจอปัญหาใหม่หรือค้นพบทางออกใหม่เพื่อการพัฒนางานในขั้นถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามในการวิจัยใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต.เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอสครี่เมืองใหม่ มี 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ 2) บทบาทในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ 8 ข้อ 3) การปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ 4 ข้อ 4) ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ ลักษณะเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ⁸ ได้แก่ มาก (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66)

ชุดที่ 2 แบบประเมินการบริหารเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. ประกอบด้วย หมวดที่ 1 สถานที่จัดเก็บยา หมวดที่ 2 การเบิกจ่ายและอัตรายาคงคลัง หมวดที่ 3 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ หมวดที่ 4 การควบคุมยาหมวดอายุหรือยาเสื่อมสภาพ และหมวดที่ 5 มาตรฐานตู้เย็นเก็บยาและวัคซีน นำเสนอคะแนนผลการประเมิน 2 ระยะ คือ คะแนนก่อนพัฒนา และหลังพัฒนา มีเกณฑ์ผ่านการประเมินคือคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 จะถือว่าการบริหารเวชภัณฑ์มีประสิทธิภาพ

ชุดที่ 3 แบบประเมินตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ เก็บข้อมูลผลการปฏิบัติการในเชิงผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยและคณะกรรมการประเมินระบบบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ใช้ข้อมูลจากเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับงานบริหารเวชภัณฑ์ บันทึกข้อมูลตามตัวชี้วัดงานบริหารเวชภัณฑ์ทั้ง 4 ข้อวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณ ในประเด็นดังนี้

1) อัตราคงคลังไม่เกิน 3 เดือน 2) จำนวนรายยาขาดเท่ากับศูนย์ 3) ร้อยละความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคงคลังเทียบกับบัญชีคูน้อยกว่าร้อยละ 30 4) อัตรามูลค่ายาหมวดอายุหรือเสื่อมสภาพเท่ากับศูนย์

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการสนทนากลุ่มการค้นหาคำถามและหาแนวทางพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ สนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ ใน รพ.สต. 48 คน ในหัวข้อ ดังนี้ หมวดที่ 1 สถานที่จัดเก็บยา หมวดที่ 2 การเบิกจ่ายและอัตรายาคงคลัง หมวดที่ 3 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ หมวดที่ 4

การควบคุมยาหมวดอายุหรือยาเสื่อมสภาพ และหมวดที่ 5 มาตรฐานตู้เย็นเก็บยาและวัคซีน ใน รพ.สต. แต่ละหมวดมีปัญหาคืออุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุแนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ ผู้วิจัยสรุปปัญหาแนวทางปฏิบัติ และทำหน้าที่บันทึกเทปการสนทนากลุ่ม โดยไม่ต้องเข้าร่วมอยู่ในวงสนทนา

ชุดที่ 2 แบบบันทึกประเด็นสะท้อนผลการปฏิบัติ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความคิดเห็นต่อผลการประเมิน สรุปผลการปฏิบัติงาน อุปสรรคในการปฏิบัติงาน แนวทางปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมในการปฏิบัติและปัจจัยความสำเร็จ ส่วนที่ 2 ประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาการบริหารเวชภัณฑ์ ผู้ร่วมวิจัยประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการตามกิจกรรมต่าง ๆ หลังปฏิบัติตามแผนปฏิบัติ โดยแบ่งระดับความเป็นไปได้ 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยและเรียงลำดับความเป็นไปได้ของกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกการสนทนากลุ่มได้รับการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content- Validity) พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาและภาษา

2. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเขมราฐ จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้ของการพัฒนาการบริหารเวชภัณฑ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบการผ่านเกณฑ์ประเมินการบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต. รายข้อ โดยใช้การทดสอบ Chi-square Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนประเมินการบริหารเวชภัณฑ์ ตัวชี้วัดประสิทธิภาพงานบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต. ก่อนและหลังปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาอย่างเฉพาะเจาะจงและเป็นกลุ่มเดียวกันด้วยสถิตินอนพารามตริก (Non-Parametric) โดยใช้การทดสอบลำดับพิสัยวิลคอกซอล (Wilcoxon's Sign Rank Test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษานี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มเป้าหมายทุกรายได้รับการชี้แจงสิทธิในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้มาจากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผยและในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตก่อน โดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 168-105/2565 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.4 มีอายุอยู่ในช่วง 30 ถึง 39 ปี ร้อยละ 38.5 อายุเฉลี่ย 41.78 ± 10.29 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 90.8 อายุราชการเฉลี่ย 18.68 ± 11.93 ปี หน่วยงานสังกัด รพ.สต. ร้อยละ 75.4 บทบาทหน้าที่ในงานบริหารเวชภัณฑ์ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็น ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ และ

นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 24.6 บทบาทในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ ส่วนใหญ่มีระดับบทบาทมาก ร้อยละ 93.8 การปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ ส่วนใหญ่มีระดับปฏิบัติมาก ร้อยละ 93.8 ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ระดับมาก ร้อยละ 72.3

ดำเนินกิจกรรม “สายธารแห่งความสำเร็จศรีเมืองใหม่” โดยมีการระดมความคิดเพื่อแก้ไขปัญหาในการบริหารเวชภัณฑ์แบบมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ งบประมาณ ของโครงการ มาจัดทำโครงการทั้งสิ้น 3 โครงการ ดังนี้ 1) โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลังเวชภัณฑ์อำเภอศรีเมืองใหม่ 2) โครงการศึกษาดูงาน รพ.สต. ต้นแบบการบริหารเวชภัณฑ์ดีเด่นอำเภอศรีเมืองใหม่ 3) โครงการบัดดี้คู่มือศรีเมืองใหม่ ประสิทธิภาพของทั้ง 3 โครงการ มีดังต่อไปนี้

2. การประเมินตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราคงคลังไม่เกิน 3 เดือน อัตราคงคลังยาของ รพ.สต. ลดลงต่ำกว่า 3 เดือน ทั้ง 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราคงคลังยาของ รพ.สต. ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราคงคลังยาของ รพ.สต. ก่อนและหลังการพัฒนา

	Wilcoxon's Sign Rank Test	p-value
อัตราคงคลังยาก่อนและหลังการพัฒนา	-3.517	<0.001

ตัวชี้วัดที่ 2 จำนวนรายการยาขาดเท่ากับศูนย์ ก่อนการพัฒนาทุก รพ.สต. ตรวจพบรายการยาขาดคราว ทั้ง 16 รพ.สต. คิดเป็นร้อยละ 100 หลังการพัฒนาพบว่า พบรายการยาขาด จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.5

เปรียบเทียบความแตกต่างของรายการยาขาดของ รพ.สต. ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของรายการยาขาดของ รพ.สต. ก่อนและหลังการพัฒนา

	Wilcoxon's Sign Rank Test	p-value
จำนวนรายการยาขาด ก่อนและหลังการพัฒนา	-3.537	<0.001

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคงคลังเทียบกับบัญชีคุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ก่อนการพัฒนา รพ.สต. ตรวจพบความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคงคลังเทียบกับบัญชีคุมเกินร้อยละ 30 อยู่ 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.59 หลังการพัฒนาไม่พบ รพ.สต. ที่รายการความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคงคลังเทียบกับบัญชี

คุมเกินร้อยละ 30 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคงคลังเทียบกับบัญชีคุมของ รพ.สต. ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคงคลังเทียบกับบัญชีคุมของ รพ.สต. ตำบล ก่อนและหลังการพัฒนา

	Wilcoxon's Sign Rank Test	$p\text{-value}$
ความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคงคลังเทียบกับบัญชีคุมก่อนและหลังการพัฒนา	-3.516	<0.001

ตัวชี้วัดที่ 4 อัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพเท่ากับศูนย์ มูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพก่อนการพัฒนาเท่ากับ 14,670 บาท มูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพเท่ากับ 1,150 บาท พบยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพใน รพ.สต. อยู่ทั้งหมด 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50.00 หลังการพัฒนาพบว่าพบยาหมดอายุหรือ

เสื่อมสภาพใน รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.50 เปรียบเทียบมูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพของ รพ.สต. ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 41 เปรียบเทียบความแตกต่างของมูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพของ รพ.สต. ก่อนและหลังการพัฒนา

	Wilcoxon's Sign Rank Test	$p\text{-value}$
มูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพก่อนและหลังการพัฒนา	-2.521	<0.001

3. ประเมินการบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต.

ก่อนการดำเนินการพัฒนาการกระจายยาและการบริหารเวชภัณฑ์พบว่า รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินจำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.26 และไม่ผ่านการประเมินจำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.75 และหลังดำเนินการพบว่าผ่าน

การประเมินจำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.50 ไม่ผ่าน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.5 เปรียบเทียบผลการประเมินการบริหารเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนประเมินการบริหารเวชภัณฑ์ ของ รพ.สต. ก่อนและหลังการพัฒนา

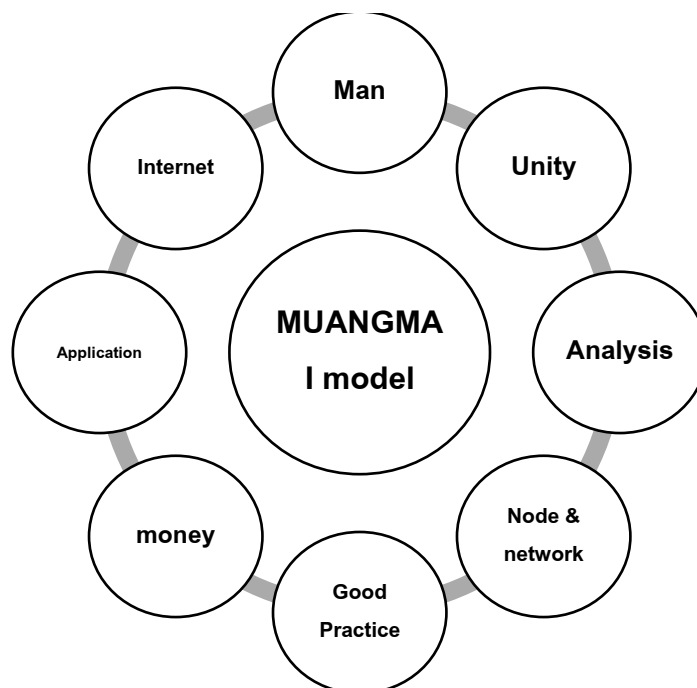
คะแนนประเมินการบริหารเวชภัณฑ์ ก่อนและหลังการพัฒนา	Wilcoxon's Sign Rank Test	$p\text{-value}$
	-3.414	0.001

4.1 ต้นแบบที่ได้จากการพัฒนา คือต้นแบบ MUANGMAI model ประกอบด้วย M= Man บุคลากร มีการกำหนดจำนวนคนที่เพียงพอในการบริหารเวชภัณฑ์ U = Unity ความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจ การเป็นเครือข่าย การเป็นคู่หูที่ดีในการบริหารเวชภัณฑ์ A =

Analysis การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอ N = Node & network การเป็นเครือข่าย รพ.สต. กำหนดให้มี node และเครือข่ายในการเป็นคลังสำรองยอยจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือกันกรณีขาด G = Good Practice การ

มีต้นแบบที่ดี ในการพัฒนาการบริหารเวชภัณฑ์ M = money เงิน เป็นปัจจัยที่จะทำให้การบริหารเวชภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ. A = Application แอปพลิเคชัน สามารถใช้ในการเตือนผู้รับผิดชอบในกรณียาหมดอายุ หรือการเตือนกรณีตู้เย็นไม่อยู่ในช่วงอุณหภูมิที่กำหนด

สามารถแก้ไขได้ทันเวลา หรือสื่อสารได้ง่ายขึ้นนอกจากการโทรศัพท์เพียงอย่างเดียว I = Internet อินเทอร์เน็ต เบิกจ่ายผ่านไฟล์และส่งทางอินเทอร์เน็ต ทำให้เกิดความเร็ว ส่งผลให้การบริหารเวชภัณฑ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น



ภาพที่ 1 ภาพต้นแบบการดำเนินการบริหารเวชภัณฑ์ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี (MUANGMAI model)

อภิปรายผล

1. ระบบการกระจายยาและการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่าระบบบริหารเวชภัณฑ์ของอำเภอศรีเมืองใหม่เดิมถูกกำหนดแนวทางโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ และกำหนดเป็นแนวทางให้ รพ.สต.นำไปปฏิบัติ แต่ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ โดยบุคลากรในระบบการบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกับผู้วิจัยอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากการประชุมเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ร่วมกันหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ร่วมกันรับรู้ถึงผลจากการพัฒนา แล้วนำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาที่เกิดจากแนวความคิดของผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต.โดยตรง และมีการทดลองนำไปปฏิบัติในพื้นที่จน

นำมาสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ เคียงวงศ์⁹ ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนา ในการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต.ในเครือข่ายบริการสุขภาพม่วงสามสิบ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทน์ภัส พึ่งสุข และ อัสฎาค์ พลนอก¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของรพ.สต. อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสอดคล้องกับ ชรินทร์ ประยูรเสถียร และคณะ¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระบบเดิมยาโดยใช้แนวคิดสินในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยนาท สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ได้ และยังส่งผลต่อความร่วมมือของผู้วิจัยเพิ่มมากขึ้นด้วย

2. ผลการดำเนินการตามระบบการกระจายยาและการบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ พบว่า

อัตราคงคลังไม่เกิน 3 เดือน อัตราคงคลังยา ลดลงต่ำกว่า 3 เดือน จำนวนรายการยาขาดเท่ากับศูนย์ลดลง ร้อยละ ความคลาดเคลื่อนจำนวนยาคงคลังเทียบกับบัญชีคุม น้อยกว่าร้อยละ 30 ลดลง อัตรามูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพเท่ากับศูนย์ มูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทน์ภัส พึงสุข และ อัมภวนันท์ พลนวก⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. อำเภอบึงสามพัน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา พบว่าอัตราสำรองคลังเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ไม่เกิน 3 เดือน ยาสิ้นอายุลดลง จำนวนยาขาดลดลง และความคลาดเคลื่อนของจำนวนยาคงคลังไม่เกินกำหนด และคล้ายกับการศึกษาของนุชนาถ เคียงวงศ์⁹ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนา ใน การศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบริหารเวชภัณฑ์รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพม่วงสามสิบ อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าอัตราคงคลังพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติและมูลค่าเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพ หมดอายุลดลง นอกจากนี้ยังคล้ายคลึงกับการศึกษาของของมัตติกา ประพฤติดี¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. อำเภอพระพรหม จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่าหลังการพัฒนามูลค่ายาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ลดลง และยังคงคล้ายคลึงกับการศึกษาของ กษมา แก้วบำรุง และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาวิเคราะห์การบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ พบว่า มูลค่ายาหมดอายุ และอัตราสำรองยาตาม มาตรฐาน (ไม่เกิน 3 เดือน) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ แต่จำนวนรายการยาขาดคลังเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับ การศึกษาของชรัณ ประยูรเสถียร และคณะ¹¹ ที่ศึกษา เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระบบเติมยาโดยใช้แนวคิดลิ้น ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยนาท หลัง พัฒนาพบว่ามียาอัตราคงคลังอยู่ที่หนึ่งเดือนครึ่ง ไม่พบ รายการยาขาด และมูลค่ายาหมดอายุ/เสื่อมสภาพเท่ากับ ศูนย์ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวรวิมล สีหา และ สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล¹⁴ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการ เบิกจ่ายเวชภัณฑ์ใน รพ.สต.จากโรงพยาบาลกลมาไสย โดยประยุกต์ใช้การบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย ที่พบว่า อัตราคงคลังอยู่ที่ 3.4 เดือน

3. การประเมินการบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต. พบว่า หลังการพัฒนา รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินมากขึ้นจาก 9 แห่ง เป็น 14 แห่ง ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ หมวดที่ 1 สถานที่จัดเก็บยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิตา เพชรประยูร และรัตนภรณ์ อววิพันธ์¹⁵ ที่ศึกษาความ ท้าทายของเภสัชกรโรงพยาบาลในงานบริหารเวชภัณฑ์ใน

รพ.สต.ในจังหวัดนครสวรรค์ ที่พบว่า หัวข้อส่วนใหญ่ที่ทำให้ รพ.สต. ได้คะแนนระดับปรับปรุง คือ สถานที่เก็บยา และเวชภัณฑ์ (ข้อ 1 และ ข้อ 2) มากที่สุด (ร้อยละ 9.37) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาตามสถานที่เป็นจุดสำคัญใน การพัฒนาเพื่อการผ่านการประเมินการบริหารเวชภัณฑ์เป็น อันดับแรก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหาร เวชภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง ในเรื่องของการรายการยา อัตราคง คลัง รายการยาใหม่ มาตรฐานการเก็บรักษา และการ ป้องกันการเสื่อมสภาพของยา

1.2 ควรมีการพัฒนาเครือข่ายในการบริหาร เวชภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการกักจับคู่บัดดี้ บริหารเวชภัณฑ์และสำรองยา

1.3 สามารถนำรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายใน การบริหารเวชภัณฑ์ไปใช้กับอำเภออื่นได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนาระบบโรงพยาบาลเป็นคลังใหญ่ มีการเบิกจ่ายยาทุกสัปดาห์ จากข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย ในแต่ละสัปดาห์ จัดเก็บเฉพาะจุดบริการจ่ายยา ที่ได้จาก การประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาเวชภัณฑ์

2.2 ควรใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการวิจัยและ พัฒนาครั้งต่อไป เช่น ใช้โปรแกรมในการคำนวณการใช้ ยาที่สัมพันธ์กับการใช้ยา หรือ ใช้ application line alert ในการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น และ application google calendar ในการแจ้งเตือนวันหมดอายุ

2.3 ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการจัดทำ แผนงานด้านงบประมาณล่วงหน้าชัดเจนในการพัฒนา เนื่องจากต้องเป็นไปตามระเบียบราชการ ได้แก่ การ ปรับปรุงสถานที่ การจัดซื้ออุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือแนวทาง การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2563. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข;2563.
2. คณะทำงานจัดทำคู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ. คู่มือ สำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมใน หน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2560.
3. จิรภฎา เข้มสวัสดิ์. การประเมินคุณภาพระบบ บริหารจัดการในหน่วยปฐมภูมิอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทวิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรม

- หาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่ ; 2546.
4. วรรณพร อุดรพงศ์. ระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอเมืองลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2551.
 5. วนิดา ประเสริฐ, และ ฟาไฮ จันทจักรกรณ. การบริหารจัดการด้านยาใน รพ.สต. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา ; 2558, 13 (1), 55-6
 6. ยอดททัย หิรัญสาย, รุ่งทิวา หมื่นปา, และ ธนศักดิ์ เทียกทอง. การสำรวจหน้าที่ของเภสัชกรใน หน่วยบริการปฐมภูมิ. เวชสารแพทย์ทหารบก ; 2560, 70(3), 149-159.
 7. Kemmis S , & McTaggart R. The Action Research Planer (3 ed.). Victoria: Deakin University ; 1988.
 8. สุมัทนา กลางคาร และวรวจน์ พรหมสัตยพรต.หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่6. มหาสารคาม : สารคามการพิมพ์ – สารคามเปเปอร์ ; 2553
 9. นุชนาด เคียงวงศ์. การพัฒนาคุณภาพการบริหารเวชภัณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ; 2557, 7(2), 302-309.
 10. นันทน์ภัส พุ่มสุข, และ อัษฎางค์ พลนอก. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอ อุทัยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสาร มฉก. วิชาการ ; 2560, 21(41),109-122.
 11. ชรินทร์ ประยูรเสถียร, ภิญญดา นฤบุญญฤทธิ์, กิตติภักดิ์ เจิ้งฮั่ว. การพัฒนาคุณภาพระบบเดิมยาโดยใช้แนวคิดลีนในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยนาท. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2564.17(4)7587.
 12. มัตติกา ประพฤติดี. การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. ; 2563, 1(2), 16-29.
 13. กษมา แก้วบำรุง, วรินทร์มาศ เกษทองมา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล. วิเคราะห์การบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ; 2564,14(2), 95-102.
 14. วรุฒิ สีหา. การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากโรงพยาบาลกมลาไสยโดยประยุกต์ใช้การบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ; 2562
 15. ภาวิตา เพชรประยูร, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์. ความท้าทายของเภสัชกร โรงพยาบาลในงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ ; 2563, 13(2), 331-344.

Received: 9 Nov. 2022, Revised: 12 Dec. 2022

Accepted: 4 Jan. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็น การดูแลของญาติ
และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

สรวิทย์ วิจิตรกำเหนิดกุล¹

บทคัดย่อ

งานกิจกรรมบำบัดเป็นทีมฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยตาบอดและสายตาสั้นตาเลือนรางให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็น การดูแลของญาติ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) รวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยสายตาสั้นตาเลือนรางที่เข้ามารักษาที่งานกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จำนวน 38 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น (The Impact of Vision Impairment, IVI) แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแล (Zarit Burden Interview Short Form) และแบบสอบถามกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยสายตาสั้นตาเลือนราง วิเคราะห์ด้วยสถิติที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสั้นตาเลือนราง ($r = -.237$; $p=0.17$) ในขณะที่ผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลของญาติ ($r = .177$; $p=0.08$) และการดูแลของญาติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสั้นตาเลือนราง ($r = .050$; $p=0.10$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาดังกล่าว สามารถนำไปสู่การปรับระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นของผู้ป่วยสายตาสั้นตาเลือนราง เพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสั้นตาเลือนรางที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ อาทิเช่น 1) อ่านหนังสือ 2) การล้างผลไม้ หั่นผลไม้ และ 3) การปรุงอาหาร

คำสำคัญ: ผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็น, การดูแลของญาติ, ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

¹*โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ตำบลไร่ขิง อำเภอสสามพราน นครปฐม 73210

*Corresponding author E-mail: sorrave.wichit@gmail.com

Original Article

The relationship between Impact of Vision Impairment (IVI), Burden and Activity of Daily Living (ADL) in Low Vision Patients At Mettapracharak Hospital (Watraikhing)

Sorrave Wichitkamnerdkun¹

ABSTRACT

Occupational therapy work as a visual rehabilitation team Practice daily routine skills for blind and low-vision patients to be able to support themselves in their daily lives. Therefore, this article aimed to study the relationship between visual impairment effects, relative care burden and the level of ability to perform daily activities. The research design was a cross-sectional study collecting data in low vision patients to use medical services in Mettapracharak (Watraikhing) Hospital. The sample consisted of 38 persons. The purposive sampling method was used for data collection. Data were collected from June to December 2021 using the Impact of Vision Impairment (IVI), Zarit Burden Interview Short Form, and Activities of Daily Living questionnaire. Data were analyzed using Pearson Correlation.

Research findings revealed that the impact of vision impairment is not correlated positively with activities of daily living ($r = -.237$; $p=0.17$). While the impact of vision impairment correlated positively with burden among caregivers ($r = .177$; $p=0.08$), and burden among caregivers correlated positively with activities of daily living ($r = .050$; $p= 0.10$) but they are not statistically significant.

Therefore, many low vision patients should be studied to summarize the independent and dependent variables that have a linear relation to representing a good population setting the research study duration for observing the variable change. However, this study leads to improved vision rehabilitation services for support activities of daily living in low vision patients, such as 1) reading, 2) washing and cutting fruits, 3) cooking.

Keywords: The impact of vision Impairment, Burden among caregivers, Activities of Daily Living

¹*Mettapracharak Hospital (Watraikhing)

*Corresponding author E-mail: sorrave.wichit@gmail.com

บทนำ

การมองเห็นมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ปัจจุบันแม้ว่าจะมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาโรคทางจักษุวิทยาก้าวหน้ามากขึ้น ยังมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่แม้ได้รับการรักษาแต่ยังไม่สามารถกลับมามองเห็นได้ปกติ โดยรายงานการสำรวจคนพิการสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2560 มีผู้พิการตามลักษณะความบกพร่องทางการเห็นทั้งหมด มีจำนวนทั้งสิ้น 447,653 คน¹ หมายรวมผู้พิการทางการเห็นซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคน อาทิเช่น การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทาง การศึกษา การประกอบอาชีพ และสถานภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการทางการมองเห็นช่วยให้เขาสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หากผู้พิการทางการเห็นเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพก็จะกลายเป็นปัญหาเป็นภาระของครอบครัวและสังคมตามมา กลุ่มผู้พิการทางการเห็นเหล่านี้หากได้รับการดูแลช่วยเหลือพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วก็จะสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดภาระญาติ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นประกอบด้วย การฟื้นฟูด้านการแพทย์ การศึกษา สังคม และอาชีพ ประกอบกับทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันถือเป็นทักษะสำคัญขั้นตอนหนึ่งในการกระบวนการพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น โดยส่งเสริมให้ผู้พิการทางการเห็นสามารถช่วยเหลือตัวเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ²

จากสถิติผู้มารับบริการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ปี 2563 มีผู้พิการทางการมองเห็นจำนวน 112 ราย และที่ยังไม่เคยมีการนำข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์หาปัญหาด้านต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง และผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งงานกิจกรรมบำบัด ได้มีการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของโรงพยาบาล และเป็นหนึ่งในทีมฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยสายตาเลือนราง เพื่อให้ผู้ป่วยสายตาเลือนรางสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ผู้ป่วยจึง

สนใจศึกษาวิจัยในครั้งนี้นี้นำผลการวิจัยไปพัฒนาการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็นของผู้ป่วยที่มีสายตาเลือนรางให้กลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้เองต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็น ภาระการดูแลของญาติ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็นกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็นกับภาระการดูแลของญาติ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลของญาติกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง

ประชากรในการวิจัยได้แก่ผู้ป่วยสายตาเลือนรางที่เข้ามารักษาที่งานกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ระหว่างเดือน มิถุนายน 2564 ถึง กันยายน 2564 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 38 ราย โดยเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสายตาเลือนราง ที่มารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นที่งานกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถสื่อสารได้และปฏิบัติตามแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับเอกสารรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โครงการวิจัยเลขที่ 006/2564

การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น (The Impact of Vision Impairment, IVI)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาระการดูแล (Zarit Burden Interview Short Form) และ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยสายตาสีเข้มนาง ก่อนและหลังฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน 7 ด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ มีทั้งสองแบบ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สถิติที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ของผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็นกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสีเข้มนาง ผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็นกับการดูแลของญาติ การดูแลของญาติกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสีเข้มนางโดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation) และผู้วิจัยดำเนินการขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับเอกสารรับรองการวิจัย

จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โครงการวิจัยเลขที่ 006/2564

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจภายใต้การงานวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็น ภาวะการดูแลของญาติ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)” นำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n= 87)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง		Mean (SD)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ			
ชาย	15	39.50	
หญิง	23	60.50	
อายุ			58 (16.01)
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 18 – 40 ปี)	6	15.80	
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 41 – 60 ปี)	9	23.70	
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย/ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	23	60.50	
สถานภาพ			
โสด	7	18.40	
สมรส	29	76.30	
หม้าย/หย่า/แยก	2	5.30	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	23	60.50	
มัธยมศึกษา	10	26.30	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	2	5.30	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	5.30	
ปริญญาโท	1	2.60	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	52.60	
ค้าขาย	8	21.10	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง		Mean (SD)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
รับจ้าง	3	7.80	1.4 (0.54)
รับราชการ	2	5.30	
อื่นๆ	5	13.20	
โรคประจำตัว			
มี	21	55.30	
ความดันโลหิตสูง	14	36.80	
เบาหวาน	12	31.60	
ไขมันในเลือดสูง	6	15.80	
เลือดไหลดสมองตีบ	2	5.30	
มะเร็งเต้านม	1	2.60	
เนื้องอกในสมอง	1	2.60	
ไม่มี	17	44.70	
สิทธิการรักษา			
บัตรทอง / บัตรทองคนพิการ ท.74	27	71.10	
จ่ายตรง	6	15.80	
ประกันสังคม	3	7.80	
จ่ายเอง	2	5.30	
ระยะเวลาการเป็นโรคสายตาเลือนราง			
ไม่เกิน 5 ปี	25	65.80	
ระหว่าง 6 – 10 ปี	12	31.60	
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	1	2.60	
สาเหตุโรคสายตาเลือนราง			
เบาหวานขึ้นจอตา (Diabetic Retinopathy)	10	26.30	
ต้อหิน (Glaucoma)	7	18.40	
จอประสาทตาเสื่อม (Retinitis Pigmentosa)	7	18.40	
จุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age-related Macular Degeneration)	5	13.20	
อื่นๆ ได้แก่ จุดรับภาพชัดเสื่อม (Maculopathy) ต้อกระจก (Cataract) ขั้วประสาทตาฝ่อ (Optic atrophy)	9	23.70	
อาศัยอยู่กับ			
ครอบครัว	37	97.40	
คนเดียว	1	2.60	

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย 15 คน (ร้อยละ 39.50) เป็นเพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 60.50) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 58 ปี และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.60) กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.30) มี

สาเหตุโรคสายตาเลือนรางส่วนใหญ่ คือ เบาหวานขึ้นจอตา (Diabetic Retinopathy (ร้อยละ 26.30) แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้อาศัยอยู่กับครอบครัวมากถึงร้อยละ 97.4

ส่วนที่ 2 ผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น

ตารางที่ 2 ร้อยละของคะแนนผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็นจำแนกตามรายด้าน (n = 38)

ผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น	Score (%)	Mean±SD
ด้านการอ่านและเข้าถึงข้อมูล	52.24	14.10±6.15
ด้านการเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	73.29	19.78±6.41
ด้านสภาวะอารมณ์	40.26	12.07±6.38
Score (%) = 54.73, Mean±SD = 45.97±15.62		

ผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็น จากการเก็บรวบรวมในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น สูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนไหว และไม่ต้อง

พึ่งพาผู้อื่น 2) ด้านการอ่านและเข้าถึงข้อมูล และ 3) ด้าน สภาวะอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 73.29 , 52.24 และ 40.26 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ภาระการดูแลของญาติ

ตารางที่ 3 ร้อยละของคะแนนภาระการดูแลของญาติ (n = 38)

ผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น	Score (%)	Mean±SD
ความสัมพันธ์ของคุณกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแอ่ง	81.60	0.32±0.81
สูญเสียการควบคุมการจัดการชีวิตตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย	78.90	0.34±0.75
ควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น	77.90	0.24±0.49
Score (%) = 58.81, Mean±SD = 6.58±5.18		

จากการเก็บรวบรวมภาระการดูแลของญาติ พบว่า ภาระการดูแลของญาติ สูงสุด คือ ไม่มีเวลาเพียงพอ สำหรับตัวเองเลย เพราะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย คิด เป็นร้อยละ 13.2 ในขณะที่ภาระการดูแลของญาติที่น้อย ที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ของคุณกับสมาชิกใน

ครอบครัวหรือเพื่อนแอ่ง 2) สูญเสียการควบคุมการ จัดการชีวิตตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย และ 3) ควรจะได้รับ การดูแล จากญาติคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 81.6, 78.9 และ 7.9 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง

ตารางที่ 4 ร้อยละของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนรางจำแนกตามรายด้าน (n= 38)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	Score (%)	Mean±SD
การดูแลตัวเอง	82.46	9.89±1.84
การรับประทานอาหาร	74.34	5.94±1.68
การอาบน้ำ	77.96	6.23±1.97
การทำงานบ้าน	76.32	6.10±2.09
การทำอาหาร	65.79	7.89±4.22
การใช้เวลาว่างและสันทนาการ	51.32	4.10±2.12
การเข้าสังคม	65.46	5.23±1.75
Score (%) = 70.97, Mean±SD = 45.42±11.33		

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสายตาเลือนรางที่ทำได้ดี สูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ 1) การ

ดูแลตัวเอง 2) การอาบน้ำ และ 3) การทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 82.46, 77.96 และ 76.32 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็นกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสายตาเลือนราง

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็นกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสายตาเลือนราง (n = 38)

	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		ระดับความสัมพันธ์
	Pearson Correlation (r)	p-value (2-tailed)	
ผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น	-.24	.15	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านการอ่านและเข้าถึงข้อมูล	-.27	.11	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านการเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	-.19	.27	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านสภาวะอารมณ์	-.14	.41	ไม่มีความสัมพันธ์

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็นกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสายตาเลือนราง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation หรือค่า r) พบว่า ผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาสายตาเลือนราง (r = -.24) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการอ่านและเข้าถึงข้อมูล ด้านการเคลื่อนไหว และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และด้านสภาวะอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระการดูแลของญาติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ -.27, -.19 และ -.14 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบความผิดปกติในการมองเห็นกับภาระการดูแลของญาติ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็นกับภาระการดูแลของญาติ

	ภาระการดูแลของญาติ		ระดับความสัมพันธ์
	Pearson Correlation (r)	p-value (2-tailed)	
ผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น	.18	.29	มีความสัมพันธ์น้อย
ด้านการอ่านและเข้าถึงข้อมูล	.24	.14	มีความสัมพันธ์น้อย
ด้านการเคลื่อนไหวและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	.12	.47	มีความสัมพันธ์น้อย
ด้านสภาวะอารมณ์	.08	.64	มีความสัมพันธ์น้อย

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็นกับภาระการดูแลของญาติ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson

Correlation หรือค่า r) พบว่า ผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระการดูแลของญาติ (r = .18) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลของญาติกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
สายตาเลือนราง

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลของญาติกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือน
ราง (n = 38)

	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
	Pearson Correlation (r)	p-value (2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
ภาระการดูแลของญาติ	.05	.77	มีความสัมพันธ์น้อย
การดูแลตัวเอง	.23	.17	มีความสัมพันธ์น้อย
การรับประทานอาหาร	.19	.25	มีความสัมพันธ์น้อย
การรินน้ำ	.12	.47	มีความสัมพันธ์น้อย
การทำงานบ้าน	.04	.792	มีความสัมพันธ์น้อย
การทำอาหาร	.07	.67	มีความสัมพันธ์น้อย
การใช้เวลาว่างและสันทนาการ	-.26	.12	ไม่มีความสัมพันธ์
การเข้าสังคม	-.15	.37	ไม่มีความสัมพันธ์

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลของญาติกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation หรือค่า r) พบว่า ภาระการดูแลของญาติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง ($r = .050$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การดูแลตัวเอง การรับประทานอาหาร การรินน้ำ การทำงานบ้าน และการทำอาหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ .23, .19, .12, .04 และ .07 ตามลำดับ โดยค่าสังเกตมีไม่เพียงพอในระดับที่สรุปได้ว่าภาระการดูแลของญาติกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนรางมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ($p > .05$)

ในขณะที่ การใช้เวลาว่างและสันทนาการ และการเข้าสังคม ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ -.26 และ -.15 ตามลำดับ

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็น ภาระการดูแลของญาติ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง

ผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช สุจริตบรรณ และคณะ³ เช่นเดียวกับการศึกษาของแมนสิงห์ รัตนสุคนธ์ และคณะ⁴ พบว่า คนพิการทางการเห็นจากสาเหตุต้อหิน (Glaucoma) มีคะแนนผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น Mean $\pm$ SD = 28.40 $\pm$ 3.70 และคนพิการทางการเห็นจากสาเหตุจุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age-related Macular Degeneration) มีคะแนนผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น Mean $\pm$ SD = 33.70 $\pm$ 3.50 ซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น เป็นระดับคะแนนที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ภาระการดูแลของญาติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของภาวินี ลาโยธี และน้อมจิตต์ นวลเนตร⁵ ที่ศึกษาภาระการดูแลของญาติ คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของญาติในภาพรวม Mean $\pm$ SD = 7.30 $\pm$ 5.50 เมื่อดำเนินการแปลผลข้อมูลภาระการดูแลของญาติในกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่เป็นภาระ จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ

95.60 และเป็นภาระเพียง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ในขณะที่ การศึกษาของ Khare และคณะ ทำการศึกษาภาระการดูแลของญาติและภาวะซึมเศร้าใน ผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นในประเทศอินเดีย จำนวน 53 คน ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลภาระการดูแลของญาติในกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก คิด เป็นร้อยละ 65.30⁶

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง จากผลการศึกษา ดังกล่าว เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการศึกษาของสุกฤษฎี ใจ จานงค์ และคณะ ศึกษาสมรรถภาพทางการเห็น หรือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการ ทางการเห็น จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สายตาเลือนรางที่ทำได้ดี ได้แก่ 1) การเคลื่อนที่ไปในที่ต่าง ๆ (Mean±SD = 3.30±0.94) 2) การใช้การขนส่ง (Mean±SD = 2.90±1.37) และ 3) นันทนาการและ กิจกรรมยามว่าง (Mean±SD = 3.63±0.93) โดยเมื่อ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจากใช้ อุปกรณ์เครื่องช่วยทางการเห็นไปแล้ว 3 เดือน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่ การดูแล ตัวเอง (Mean±SD = 3.88±1.51) การเตรียมอาหาร (Mean±SD = 3.50±1.32) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ⁷

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบ ความผิดปกติทางการมองเห็นกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง

ผลกระทบความผิดปกติทางการมองเห็นกับ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือผลกระทบ ของความผิดปกติในการมองเห็น มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย⁸ ซึ่ง Hisnanick ได้อธิบายความรู้ในเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันจากการศึกษาระยะในระยะเวลาระหว่างปี ค.ศ. 1986 ถึง ค.ศ. 1992 (พ.ศ. 2529 ถึง พ.ศ. 2535) ไว้ว่า เมื่อบุคคลมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของ ร่างกาย การเกิดโรค หรือ กระบวนการสูงวัย (Aging Process) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสายตาเลือนรางมีระดับ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ⁹

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบ ความผิดปกติทางการมองเห็นกับภาระการดูแลของญาติ

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Raul และ คณะที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบความผิดปกติ ทางการมองเห็นกับภาระการดูแลของญาติ พบว่า ผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็น มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับภาระการดูแลของญาติ ($p < .001$) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ ในขณะที่ งานวิจัยนี้มีความ ความสัมพันธ์เชิงบวก แต่ค่าสังเกตมีไม่เพียงพอในระดับที่ สรุปได้ว่าผลกระทบของความผิดปกติในการมองเห็นกับ ภาระการดูแลของญาติมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ($p > .05$) สามารถอภิปรายได้ว่า การศึกษานี้มีข้อจำกัดของ จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ไม่สามารถเป็นตัวแทนของ ประชากรได้ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Raul และคณะ ที่ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากถึง 115 คน อาจพิจารณาเก็บ ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองเพื่อ เปรียบเทียบประสิทธิผลของการบริการเพิ่มเติม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ของญาติกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วยสายตาเลือนราง

จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาของพิชามณูช วัฒนานพวงษ์ ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลของญาติกับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วย จำนวน 52 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบส เปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า ภาระการดูแลของญาติ ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย¹¹

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. The Disabled Statistics 2017 [Internet]. 2017; [cited 20 September 2022]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_23project-th.htm2560
2. Nitiruangjarus K, Thanasombatskul N. Visual Rehabilitation in Patients with Visual

- Impairment Visiting a Low Vision Clinic. J Nurs Sci 2009;27(3):13-22.
3. Sutjaritban P, Kapol N. Health Utility of Neovascular Age-Related Macular Degeneration at Mettaphracharak (Wat Raikhing) Hospital. [Internet]. 2017; [cited 20 September 2022]. <http://thesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1182/1/58352312.pdf>
 4. Ratanasukon M, Tongsomboon J, Bhurayanontachai P, Jirattanasopa P. The Impact of Vision Impairment (IVI) Questionnaire; Validation of the Thai-Version and the Implementation on Vision-Related Quality of Life in Thai Rural Community. PLoS One 2016;11(5):e0155509.
 5. Layothee P, Nualnetr N. Caregiver Burden and Depression among Caregivers of Individuals with Visual Impairment. Srinagarind Med J 2019;34(4):354-60.
 6. Khare S, Rohatgi J, Bhatia MS, Dhaliwal U. Burden and depression in primary caregivers of persons with visual impairment. Indian J Ophthalmol 2016;64(8):572-7.
 7. Jaijumnong S, Nadee T, Kongkerd P. Outcomes on Functional Vision Performance Following ICF Corset and Users' Satisfaction Level on Low Vision Aids. JHS 2019;28(S2), S113-S121.
 8. Amini R, Haghani H, Masoomi M, Assari S. Activity of daily living and its associated factors in war survivors with no visual acuity. J Res Med Sci 2010;15(4):202-7.
 9. Hisnanick JJ. Forecasting the demand for inpatient services for specific chronic conditions. J Med Syst. 1994;18(1):9-21.
 10. Raul B, Bhattacharjee O, Ghosh A, Upadhyay P, Tembhare K, Singh A, Shaheen T. et al. Microscopic and Transcriptomic Analyses of Dalbergoid Legume Peanut Reveal a Divergent Evolution Leading to Nod-Factor-Dependent Epidermal Crack-Entry and Terminal Bacteroid Differentiation. Mol Plant Microbe Interact 2022;35(2):131-145.
 11. Khanittanuphong P, Leelasamran W. Assessing Caregiver Burden and Relationship between Caregiver Burden and Basic Activities of Daily Living in Stroke Patients with Spasticity. J Med Assoc Thai 2016;99:926-32.

Received: 22 Nov. 2022, Revised: 11 Dec. 2022

Accepted: 12 Dec. 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น จังหวัดยโสธร

ปัญหานันท์ ประญาคุปต์¹, จตุพร เหลืองอุบล², วรพจน์ พรหมสัตยพรต^{3*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (AIDS/STI) ในวัยรุ่นในสถานศึกษาจังหวัดยโสธร ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) การเตรียมการ 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาประสบการณ์วิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยอาชีวศึกษายโสธร 288 คน และกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 12 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ t-test ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.3 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 16 ปี ร้อยละ 47.36 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 53.68 ช่องทางการเข้าถึงความรู้ คือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 87.91 ความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ด้านบริบทการดำเนินงานปัจจุบันพบว่า การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งใน แนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติด แต่การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ยังไม่ชัดเจน ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย จากข้อมูลข้างต้นนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ขึ้น โดยกระบวนการมีส่วนร่วมมีอยู่ 5 กิจกรรม ได้แก่ (1) การเข้าถึง (2) การเข้าใจ (3) การโต้ถาม (4) การตัดสินใจ และ (5) การนำไปใช้ หลังการนำกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้และความตระหนักเกี่ยวกับ AIDS/STI เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้นักศึกษามีความรอบรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งนี้ ควรมีกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ขยายผลไปยังสถานศึกษาอื่นต่อไป

คำสำคัญ: เอชไอวี, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, วัยรุ่น, ยโสธร

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author E-mail : vorapoj@msu.ac.th

*Original Article***The Development of Health literacy Model for HIV and sexual transmitted infections among Adolescents, Yasothon Province**

Pincha Pratchayakhup¹, Jatuporn Luangubol²,
Vorapoj Promasatayapro^{3*}

ABSTRACT

The aim of this study was developing the health literacy model for HIV and sexual transmitted infections (STIs) among adolescents. Using action research, there are 4 phases: 1) Planning, 2) Action, 3) Observing, 4) Reflection. The sample were 288 students in Vocational Certificate 2, Yasothon Vocational College and 12 stakeholders.

The quantitative data used descriptive statistics and t-test, conducted from September, May 2021 to August 2022. The result found that most of the samples were male, 52.3%, had sex for the first time at 16 years old, 47.4 %, the first sex had sex with a boyfriend, 82.1%, did not use condoms, 53.7%, received the knowledge from electronic media, 87.9%. Thailand has set a goal to end the AIDS problem with the National Strategy to End AIDS Problems 2017-2030, however, the implementation to the local level there is no clear model, especially among adolescents in schools. So, the stakeholders have developed the health literacy model for HIV and sexual transmitted infections among adolescents in order to solve HIV and STIs problem. The format of activities for practicing skills to enhance knowledge are: (1) Access, (2) Understanding, (3) Inquiring, (4) Making decisions and (5) apply. After learning, the target group had knowledge and awareness about AIDS/STIs increasing significantly (p -value < 0.05), there was a high level of satisfaction with the developed model, which reflects the effectiveness of the developed model. As a result, the youth in the school knowledgeable and correct condom use behaviors. There should be ongoing activities to promote awareness of AIDS/STI among adolescents. And this developed model should be applied or extended to other educational institutions.

Keywords: HIV, Sexual Transmitted Infections, Adolescents, Health Literacy, Yasothon

¹ Graduate Student, Master of Public Health, Mahasarakham University

² Asst. Prof., Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author E-mail : vorapoj@msu.ac.th

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) รายงานสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2559 ทั่วโลกมีประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 37.9 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.8 ล้านคน และมีประชากรที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1 ล้านคน¹ สถานการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ 449,309 คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 12,863 คน และมีติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,471 คน เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าวัยรุ่นใหญ่มีการติดเชื้อเอชไอวี 36.2 ล้านคน เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 1.7 ล้านคน กรมควบคุมโรคคาดว่าปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 5,500 คน เฉลี่ยวันละ 15 คน มีชีวิตอยู่ประมาณ 467,600 คน สถานการณ์ 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2563 พบผู้ติดเชื้อ 2,370, 2,350, 2,330 2,312 และ 2,292 คน ตามลำดับ การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีนอกจากจะกระจุกตัวในประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยการฉีด และพนักงานบริการหญิงและชายแล้ว ยังขยายไปยังกลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มเยาวชน² สถานการณ์ในจังหวัดยโสธร ข้อมูล ณ วันที่ 7 เมษายน 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2,240 คน เสียชีวิตแล้ว 61 คน ยังมีชีวิตอยู่ 2,179 คน เพศหญิง 1,261 คน ร้อยละ 56.3 พบมากในกลุ่มอายุ 15-19 ปี รองลงมาคือ 20-24 ปี พบปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด ร้อยละ 80.4 รองลงมา คือ ยาเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 5.2 และติดเชื้อจากการดื่มน้ำ ร้อยละ 4.3 ด้านสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดยโสธร ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2564 มีอัตราป่วย 33.59 ต่อประชากรแสนคน พบมากในกลุ่มอายุ 15-24 ปี อัตราป่วยด้วยโรคหนองใน หูด และซิฟิลิส เท่ากับ 17.7, 8.6 และ 6.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ² จากสถานการณ์ที่ได้กล่าวมา บ่งชี้ว่าภาพรวมสถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มที่ลดลง แต่ในกลุ่มวัยรุ่นยังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บ่งชี้ว่าวัยรุ่นยังขาดความรู้และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 และได้ประกาศในแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2563-2573 โดยเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2573 ต้องการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้น้อยกว่า 1,000

รายต่อปี ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี รวมทั้งได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อลดการตายเนื่องจากเอดส์ให้ไม่เกิน 4,000 รายต่อปี ลดการรังเกียจกีดกันของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีลงให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5.8 โดยยุทธศาสตร์แห่งชาตินี้มีวิสัยทัศน์ว่า “การร่วมยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ที่คำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศ”³ ทั้งนี้ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว⁴ ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมเป้าหมายยังไม่เป็นไปตามที่มุ่งหวัง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงได้พัฒนาคู่มือสร้างเสริมความรู้ด้าน HIV/STI ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุผลสู่พฤติกรรมเป้าหมาย⁴ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมียุทธศาสตร์และแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้าน HIV/STI ที่ชัดเจน แต่ในการนำเอาแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้ในพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจ ขาดทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้าน HIV/STI^{5,6}

จากเหตุความสำคัญของปัญหาและเหตุผลดังกล่าว จึงต้องการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้าน AIDS/STI ในวัยรุ่นในสถานศึกษาจังหวัดยโสธร โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมขึ้น เพื่อหาแนวทางและรูปแบบในการนำกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้าน AIDS/STI เข้าไปสู่สถานศึกษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้าน AIDS/STI ในวัยรุ่นในสถานศึกษาจังหวัดยโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการวิจัยประยุกต์ใช้วงจร PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁷

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

1) การวางแผน (Planning) จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยในพื้นที่วิจัย สํารวจพฤติกรรมเสี่ยงและความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ในกลุ่มนักศึกษา (Pre-test) ศึกษาบริบทการดำเนินงานและข้อเสนอแนะในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI

2) การปฏิบัติ (Action) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันนำแผนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ไปทดลองใช้ในกลุ่มนักศึกษา

3) การสังเกต (Observing) ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยติดตามและประเมินผลการนำแผนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ไปทดลองใช้ และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ในกลุ่มนักศึกษา (Post-test) รวมทั้งประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

4) การสะท้อนผล (Reflection) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลถอดบทเรียนและรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำไปปรับปรุงกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ให้ดียิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ นักศึกษา ปวช. ชั้นปีที่ 1-3 และนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ชั้นปีที่ 1-2 วิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยโสธร ประจำปีการศึกษา 2565 จำนวน 1,153 คน

ตัวอย่าง (Sample) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มนักศึกษาเพื่อสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงและความรอบรู้ด้าน AIDS/STI และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ได้แก่ นักศึกษา ปวช. ปีที่ 2 ในวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยโสธร ซึ่งขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ใช้สูตรการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย⁸ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติที่ความเชื่อมั่น 95% ค่า $Z_{\alpha/2}$ เท่ากับ 1.96 สัดส่วนประชากรที่เป็นติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 50 และค่าความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ที่ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่าง 288 ตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาบริบทการทำงาน สภาพปัญหา และข้อเสนอแนะ เลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด 12 คน ได้แก่ (1) ผู้บริหารสถานศึกษา 1 คน (2) ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน 2 คน (3) ศึกษานิเทศก์ที่รับผิดชอบงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 คน (4) บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ 2 คน (5) ตัวแทนนักศึกษา 4 คน และ (6) ตัวแทนผู้ประกอบการ 2 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์หรือเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานในพื้นที่ เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือและการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2. กิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย สร้างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อศึกษาความคิดเห็น และรายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ในวัยรุ่น

2) แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง มี 7 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป (4 ข้อ) 2) ประสบการณ์การร่วมเพศ (12 ข้อ) 3) ประสบการณ์การใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (4 ข้อ) 4) ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ (6 ข้อ) 5) ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ด้าน AIDS/STI (2 ข้อ) 6) ความรอบรู้ด้าน AIDS/STI (มี 40) 7) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (10 ข้อ)

3) แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI (11 ข้อ) คำตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่ามี 5 อันดับ ประกอบด้วย ประเด็น ความเหมาะสม และประโยชน์ของกิจกรรม

4) กิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ในวัยรุ่น มี 5 ทักษะ ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึง 2) ทักษะความเข้าใจ 3) ทักษะการโต้ถาม 4) ทักษะการตัดสินใจ และ 5) ทักษะการนำไปใช้ ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 5 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ทักษะ

การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ

ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบประเมินความรู้ด้าน AIDS/STI และพฤติกรรมเสี่ยงไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) และในขั้นตอนการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา จะมีการขอคำแนะนำด้านความชัดเจนของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย ซึ่งผลจากการทดสอบแบบประเมินมีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1 โดยมีค่า CVI รวมเท่ากับ 0.95 จากนั้นนำไปประเมินคุณสมบัติด้านความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (Reliability) โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับนักศึกษา ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง 30 คน จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์แบบประเมินมีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือในการวิจัยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแล้วสรุปเป็นประเด็นตามหัวที่กำหนด

2) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้และพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการประเมินความรู้และความตระหนักรู้ด้าน AIDS/STI นำมารวมคะแนนและแบ่งกลุ่ม โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom⁹ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ด้านพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำมารวมคะแนนและแบ่งกลุ่มเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best⁽¹⁰⁾ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ด้าน AIDS/STI ก่อนและหลังการวิจัยด้วย t-test การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติที่นำเสนอข้างต้นโดยใช้โปรแกรม SPSS, version 18.0 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 225-172/2565 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย

1) การวางแผน

(1) ผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงด้าน AIDS/STI นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.3 มีอายุ 17 ปี ร้อยละ 75.8 มีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 31.9 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 16 ปี มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน/คนรัก ร้อยละ 82.1 และครั้งล่าสุดที่มีเพศสัมพันธ์คู่นอนไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 53.7 ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมามีอาการแสบขัดเมื่อปัสสาวะ ตกขาวสีเหลืองหรือสีเขียวออกจากอวัยวะเพศ, มีหนองขุ่นข้น ๆ สีเหลืองหรือของเหลวไหลออกมาจากท่อปัสสาวะ ร้อยละ 18.1 นักศึกษาเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่มีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.9 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.2 ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย คือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 87.91 ความรอบรู้ด้าน AIDS/STI พบว่าคะแนนของทั้ง 5 ทักษะมีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100 และกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 84.2 ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่า นักศึกษาจำนวนมากยังขาดความตระหนักในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา เช่น การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ด้าน AIDS/STI ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อวางแผนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้าน AIDS/STI ในขั้นตอนต่อไป

(2) ผลการศึกษาบริบทการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้าน AIDS/STI ปัจจุบันมีการให้ความรู้หลายช่องทาง ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งรู้จักโรคและการติดต่อมากขึ้น แต่กับมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกวัน และมาตรการสร้างเสริมความรู้ด้าน AIDS/STI ในวัยรุ่นยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดการประสานงานหรือบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งควรกำหนดแนวทางในการดำเนินงานให้ชัดเจน เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้าน AIDS/STI ในกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง และ

ควรให้ครูซึ่งเป็นบุคคลผู้มีอิทธิพลทางความคิดมีส่วนร่วมในการสร้างความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ในสถานศึกษา

(3) แผนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI จากข้อมูลข้างต้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันวางแผนเพื่อออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน AIDS/STI โดยนำรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI จากกองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทและสภาพปัญหาที่ได้จากนักศึกษา โดยเริ่มจากการสร้างเสริมความสามารถและทักษะ ประกอบด้วย ด้านเข้าถึง เข้าใจ ได้ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ รวมทั้งการพัฒนาทั้งนโยบายและสภาพแวดล้อมควบคู่ไปด้วย รายละเอียดแผนการจัดกิจกรรมมีอยู่ 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้โดยอาจารย์ในสถานศึกษา รายละเอียดดังต่อไปนี้

(3.1) กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความสามารถ และทักษะการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง

(3.2) กิจกรรมฝึกทักษะการสร้าง ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และความเข้าใจ สามารถจดจำ วิเคราะห์ข้ออธิบาย และเปรียบเทียบการเลือกและการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

(3.3) กิจกรรมฝึกทักษะการได้ถาม เพื่อให้ผู้เข้ากิจกรรมมีความสามารถในการวางแผน เตรียมคำถาม และประเมินคำถามเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

(3.4) กิจกรรมฝึกทักษะตัดสินใจ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความสามารถในการระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ต้องเลือกและใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง

(3.5) กิจกรรมฝึกทักษะการนำไปใช้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลือก และใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง

2) การปฏิบัติการ

หลังจากได้รูปแบบการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI แล้ว ได้มีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ เริ่มจากการเตรียมความพร้อมอาจารย์ การอบรมให้มีความรู้ในการนำกิจกรรมไปใช้ โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เป็นผู้ให้อบรมและเป็นครูพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ (Coaching) จากนั้นกำหนดวันและเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม โดยนำเข้าในตารางเรียน ซึ่งจะบูรณาการจัดกิจกรรมในคาบเรียนวิชาเพศวิถีซึ่งเป็นวิชาที่นักศึกษา ปวช.ชั้นปีที่ 2 ต้องเรียนทุกคน ในทุกวันจันทร์ เวลา 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ๑ ละ 1 ทักษะ ไปจนครบทั้ง 5 ทักษะ

3) การสังเกตการณ์

จากการสังเกต พูดคุยกับครูผู้สอนและนักศึกษา พบว่าการจัดกิจกรรมเป็นไปในทิศทางที่ดี นักศึกษาเองมีความคุ้นเคยกับครูผู้สอน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ตรงไปตรงมา กล่าวที่จะแสดงความคิดเห็น เป็นกิจกรรมที่ดีจากแต่ก่อน มีกิจกรรมฝึกทักษะมาตลอดแทรกทำให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างน่าสนใจ เกิดการตื่นตัวของผู้เรียน แล้วเกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทั้งครูและนักศึกษา ผลการประเมินในด้านต่าง ๆ รายละเอียดดังนี้

1) การประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าก่อนการเรียนรู้ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ของนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ย 3.25 คะแนน หลังการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ย 4.61 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

2) การประเมินความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ซึ่งหลังการเรียนรู้กลุ่มนักศึกษาคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้ง 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะความเข้าใจ ทักษะ การได้ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ (n = 298)

ความรอบรู้แต่ละด้าน	ก่อนการเรียนรู้		หลังการเรียนรู้		Mean difference	95%CI	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ทักษะการเข้าถึง	13.2	3.1	26.1	5.3	12.9	12.2, 13.6	< 0.001
ทักษะความเข้าใจ	12.1	3.5	28.3	6.2	16.2	15.4, 17.0	< 0.001
ทักษะการไต่ถาม	11.7	3.4	27.8	7.1	16.1	15.2, 17.0	< 0.001
ทักษะการตัดสินใจ	10.6	3.6	30.2	8.3	19.6	18.6, 20.6	< 0.001
ทักษะการนำไปใช้	10.8	3.2	27.5	10.7	16.7	15.4, 18.0	< 0.001

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ในระดับมากที่สุด โดยทั้ง 11 ข้อมี ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.2 – 4.7 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5) ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดกิจกรรม (การบรรยายให้ความรู้ / กิจกรรมกลุ่ม)

4) การสะท้อนผล ผลการคืนข้อมูลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ส่งผลให้นักศึกษามีความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ AIDS/STI สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้ในอนาคต รวมถึงนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอื่น ๆ ได้อีกด้วย ซึ่งควรมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และการติดตามผลในระยะยาว ทั้งนี้ ความสำเร็จในครั้งนี้ เกิดจากการได้รับความร่วมมือจากครู และผู้บริหารสถานศึกษา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งการอภิปรายออกเป็น 2 ส่วน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI จากงานวิจัยนี้ แตกต่างจากดำเนินงานที่ผ่านมาในประเด็นการสร้างโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งสะท้อนวงจรการพัฒนาที่ต่อเนื่องและมีผลต่อความยั่งยืนของงานดำเนินงาน สอดคล้องกับหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁷ กิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI ที่พัฒนาขึ้นมีอยู่หลายกิจกรรม และให้ครูเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญเลี้ยง หุมทอง⁽¹¹⁾ ที่พบว่าทำให้ครูใช้วิธีการสอนที่หลากหลายเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ครูในสถานศึกษาเป็นบุคคลผู้มีอิทธิพลทางความคิด (Key Person) และมี

คุณลักษณะที่จะสามารถเสริมพลังความร่วมมือในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI ในวัยรุ่น รวมทั้งการแก้ไขปัญหาท้องไม่พร้อมในสถานศึกษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิทยา เพ็ญศิริ¹² ที่พบว่าครูเป็นบุคคลสำคัญในการสอนเรื่องเพศศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมฝึกทักษะโดยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพลังอำนาจในการป้องกันติดเชื้อเอชไอวีในตนเองและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงกมล วัฒนา และคณะ¹³ การที่ครูในสถานศึกษามีส่วนร่วมในการพัฒนาและบรรจุหลักสูตรการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI เข้าไปในตารางเรียน สอดคล้องกับหลักการของกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นที่จะต้องมีนโยบายและสภาพแวดล้อมที่เอื้อและเหมาะสม^{12,14,15} การพัฒนาหลักสูตรการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI ในวัยรุ่นคำนึงถึงบริบท สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้กิจกรรมที่เหมาะสม มีอยู่ 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึง 2) ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการไต่ถาม 4) ทักษะตัดสินใจ และ 5) ทักษะการนำไปใช้ สอดคล้องกับแนวคิดกับหลักการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของขวัญเมือง แก้วคำเกิง และณฤมลตรี เพชรศรี^{16,17} ที่ต้องเน้นกลวิธีฝึกฝนความสามารถและทักษะ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ เป้าหมายสุดท้ายของการสร้างความรู้ด้านสุขภาพด้าน HIV/STI จะส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อการป้องกัน HIV/STI แล้ว ยังส่งผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์^{12,18} และปัญหาอื่น ๆ ในวัยรุ่นได้อีกด้วย เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์และการสูบบุหรี่⁽²⁰⁾ รวมทั้ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่น²¹ ทั้งนี้ รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ มี 6

องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย 2) การศึกษาบริบทการทำงาน สภาพปัญหาและความต้องการจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI 5 ทักษะโดยการมีส่วนร่วม 4) การจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้โดยครูในสถานศึกษา 5) การกำกับติดตามการจัดกิจกรรมแบบมีพี่เลี้ยง (Coaching) และ 6) การสรุปและประเมินผลการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI ซึ่งทั้ง 6 องค์ประกอบมีลักษณะที่เชื่อมโยงกัน และแตกต่างจากรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ของศิริพร ภิโยทัย และคณะ²² ในประเด็นสำคัญ คือ การกำกับติดตามการจัดกิจกรรมแบบมีพี่เลี้ยง (Coaching) รูปแบบนี้มีความชัดเจนในกระบวนการดำเนินงาน มากกว่าแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน AIDS/STI ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ให้เพียงแค่แนวทางกว้าง ๆ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสรุปได้ดังรูปที่ 1

2) ผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้และทักษะในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งความรู้ การเข้าถึง ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง บ่งชี้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ และมีความเหมาะสม สอดคล้องกับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ภิโยทัย และคณะ²² ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง HIV/STI ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง HIV/STI เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเมือง แก้วดำเกิง และณฤมลตรี เพชรศรีอุไร²³ และการศึกษาของนุชนารถ แก้วดำเกิง และคณะ²⁴ ที่ประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง HIV/STI ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายตามโมเดล Kirkpatrick ผลการประเมินกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น ระดับความรอบรู้ด้าน HIV/STI ที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของชินวัตร พลศักดิ์ขัว และคณะ²⁵ ที่พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคซิฟิลิสของนักเรียนชาย อย่างไรก็ตาม การนำ

รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI นี้ไปประยุกต์ใช้ในสถานศึกษาอื่น ๆ หรือวัยรุ่นกลุ่มอื่น ๆ ควรคำนึงถึงสภาพปัญหา และบริบทที่มีความแตกต่างกัน ระหว่างสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่วิจัยและสถานศึกษาที่จะนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ และการจัดกิจกรรมขอให้คำนึงถึงความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

(1) ควรนำแผนการจัดกิจกรรมฝึกทักษะเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI จากงานวิจัยนี้ที่มี 5 กิจกรรมไปปรับใช้ในสถานศึกษาอื่น ๆ ทั้งนี้ ต้องเลือกแต่ละกิจกรรมให้เหมาะสมกับเวลาและ บริบทพื้นที่

(2) ควรส่งเสริมให้ครูในสถานศึกษามีบทบาทการเป็นวิทยากรการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI ให้มากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลผู้มีอิทธิพลทางความคิด ซึ่งใกล้ชิดกับนักศึกษาที่เป็นวัยรุ่น และสามารถเสริมพลังความร่วมมือในการสร้างความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

2) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

(1) ควรมีการพัฒนารูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV/STI ในนักศึกษาระดับชั้นอื่น

(2) ควรมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อติดตามผลการพัฒนาความรอบรู้ด้าน HIV/STI ของวัยรุ่นในสถานศึกษา ควบคู่กับการเรียนวิชาเพศวิถีที่มีการเรียนการสอนในสถานศึกษาอยู่แล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Fact Sheet 2021 Global HIV Statistics. Ending the AIDS epidemic. 2021. p. 1–3.
2. กรมควบคุมโรค. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงจาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/aidsinfo.php>
3. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ 2560-2573. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด; 2560.

4. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. นนทบุรี: 2563.
5. เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2553-2562 ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(3):94-113.
6. อนุม นามวงศ์, สุกัญญา คำพัฒน์, ปัญญา ปรัชญกุล. อัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร. วารสารโรคเอดส์. 2562;31(3):116-24.
7. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University press; 1990.
8. Cochran WG. Sampling Techniques. New york; 1977. 428 p.
9. Bloom B. S., Hastings J. T. & MG. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
10. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
11. บุญเลี้ยง ทุมทอง. การพัฒนาวิธีการสอนของครู โดยความร่วมมือกันจัดการเรียนการสอนแบบ บูรณาการเรื่องเพศศึกษาและโรคเอดส์ใน โรงเรียนมัธยมศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัย และพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2557;11:89-99.
12. นิตยา เพ็ญศิริทิศา. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กับหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(3):1-16.
13. ดวงกมล วัตราดุลย และคณะ. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายแกนนำจิตอาสาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สำหรับเยาวชนในสถานศึกษาเขตเมือง. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2563;12(2):368-79.
14. วิไลวรรณ ปัตตา, ชนัญญา จิรพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(3):37-47.
15. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
16. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, นฤมลตรี เพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: นิเวศรรดาการพิมพ์; 2554.
17. ภรกรต สุฝน. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารโรคเอดส์. 2562;32(1):1-14.
18. ยุวดี งอมสงัด, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงวัยเรียนใน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัย บุรพา. 2562;14(2):37-51.
19. วิภา สุวรรณรัตน์, มาล เกตแก้ว, กันณวัฒน์ สกุลหรั่ง. การพัฒนาความเข้มแข็งทางใจในชุมชนในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;8(1):1-14.
20. สุกฤตา สวนแก้ว, ศิวพร อังวัฒนา. ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมมารุบหรี่ และการดื่มสุราของวัยรุ่น ตำบลยางน้ำ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2564;14(2):93-106.
21. สุกัญญา คณะวาปี, เกศินี สราญฤทธิชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับโรงเรียน รอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(2):105-18.
22. สิริพร ภัยโยทัย, นุชนารถ แก้วคำเกิง, จุฑามาศ มากบุญขร, ศิริกุล ชัยเจริญ, เบญจมาศ ใจงาม, เกศินี เขียนวาไร. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน. วารสารโรคเอดส์. 2564;33(3):111-22.
23. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล. การ

- เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้
สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
2558;9(2):1-8.
24. นุชนารถ แก้วดำเกิง, สิริพร ภิชัยทัฬห, จุฑามาศ
มากบุญขร, ศิริกุล ชัยเจริญ, เบญจมาศ ใจงาม,
เกศินี เขียนวารี. การประเมินผลการเรียนรู้ตาม
กระบวนการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน
สุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
ตามโมเดล Kirkpatrick. วารสารโรคเอดส์.
2563;32(3):114-31.
25. ชินวัตร พลศักดิ์ขัว, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์,
นาถอนงค์ หวานแท้, สุกัญญา มารสินธุ์. ความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมเสี่ยง ในการติดเชื้อโรคซิฟิลิสของ
นักเรียนชายโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย แห่ง
หนึ่งในอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสาร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.
2564;28(1):77-89.

Received: 29 Nov. 2022, Revised: 21 Dec. 2022

Accepted: 26 Dec. 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยาอภิสิทธิ์ ศรีรักษา¹, สมคิด จุฬว้า², ประจวบ แหลมหลัก^{3*}

บทคัดย่อ

บุคลากรของมหาวิทยาลัยต้องปฏิบัติงานใกล้ชิดกับนิสิตจำนวนมาก หากพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสมจะส่งเสริมให้เกิดการระบาดของโรคในสถานศึกษา ดังนั้นการวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยาจำนวน 353 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสายวิชาการ (ร้อยละ 50.7) เพศหญิง (ร้อยละ 62.3) อายุอยู่ระหว่าง 30 – 39 ปี (ร้อยละ 51.8) เงินเดือนเฉลี่ยระหว่าง 20,000–39,999 บาท (ร้อยละ 58.1) สถานภาพสมรส มีคู่ (ร้อยละ 60.9) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 32) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.4) ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพผ่านสื่อสังคม (ร้อยละ 93.5) เกี่ยวข้องกับบุคคลในพื้นที่เสี่ยงจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 50.1) ความฉลาดทางสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ความฉลาดทางสุขภาพด้านด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ดังนั้น มหาวิทยาลัยพะเยาควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพซึ่งจะช่วยพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, บุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author : drpj999@gmail.com

*Original Article***Behavioral Predicting Factors for Coronavirus 2019 Disease Prevention
of University of Phayao Staff**Aphisit Sriraksa¹, Somkid Juwa², Prachuab Lamluk^{3*}**ABSTRACT**

University personel work closely with many students. Their inappropriate disease prevention behaviors may cause outbreak of COVID-19. This descriptive research aimed to investigate behavioral predicting factors for COVID-19 prevention among Phayao University staff. Subjects were 353 University of Phayao staff. Data were collected by using questionnaire. Statisttics used for analyzing data were descriptive statistics; frequency, percentage, mean, standard deviation and inferencial statistics; correlation coefficient and multiple regression. The findings indicated that most of subjects were academic staffs (50.7%), female (62.3%), aged 30-39 year (51.8%), earned salary 20,000-39999 baht a month (58.1%), got married (60.9%), finished bacherlor degree (32%), no medical condition (88.4%), get health information from social media (93.5%) and involved with risk person (50.1%). The average score of health literacy in both separated and total were at high level. Factors predicted Coronavirus 2019 disease preventive behaviors were self-management skill, media literacy decision skill and access skill. The results revealed that University of Phayao ought to develop health literacy program for enhancing Coronavirus 2019 disease preventive behaviors.

Keywords: Health Literacy, Disease- preventive Behavior, Coronavirus Diseases 2019, University of Phayao staff

¹ Student in M.P.H, School of Medicine, University of Phayao.

² Assistance Professor, School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author: drpj999@gmail.com

มหาวิทยาลัยพะเยาเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีบทบาททางสังคมที่สำคัญในเขตภาคเหนือตอนบน ในปีหนึ่ง ๆ มีนิสิตใหม่เข้าศึกษามากกว่า 5,000 คน⁴ เมื่อพิจารณาด้านผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ในภาพรวมของจังหวัดพะเยา พบว่า การระบาดของโรคมีแนวโน้มรุนแรงมากยิ่งขึ้นกล่าวคือในเดือนเมษายน 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมระลอกใหม่ถึง 291 ราย ซึ่งเป็นการระบาดในพื้นที่ และผลกระทบจากผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดพะเยา ผ่านศูนย์ประสานงานรับคนพะเยากลับบ้าน

ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 4 ราย อุตรดิตถ์ 2 ราย นนทบุรี 1 ราย ปทุมธานี 1 ราย สมุทรสาคร 1 ราย และ ฉะเชิงเทรา 1 ราย วันนี้มีผู้ป่วยกลับบ้านเพิ่ม 1 ราย รวมกลับบ้านแล้ว 185 ราย ยังคงรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาล 105 รายและมีผู้เสียชีวิต 1 ราย⁵ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา,2564) ส่วนใน มหาวิทยาลัยพะเยามีนิสิตติดเชื้อเพิ่มขึ้นมากกว่า 50 ราย จนมหาวิทยาลัยต้องประกาศให้บุคลากร ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work From Home) มีการจัดการเรียนการสอนออนไลน์⁶

บุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยาแบ่งออกเป็น 2 สายคือ สายวิชาการกับสายสนับสนุน ซึ่งทั้งสองสายต่างมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการด้านการจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ ในการเสริมสร้างประสบการณ์เชิงสร้างสรรค์แก่นิสิตที่เดินทางมาจากหลากหลายพื้นที่ จึงนับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการป้องกันโรคที่เหมาะสมด้วยเหตุนี้จึงเป็นเหตุจูงใจในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันตัวเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1.พฤติกรรมป้องกันตัวเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา และ 2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันตัวเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ
ภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)
มีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรของมหาวิทยาลัยพะเยาทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุนจำนวน 1,936 คน⁷ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Krejcie and Morgan⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 คน และรวมกับการเพิ่มตามอัตราการสูญหายไปของกลุ่มตัวอย่าง (attrition rate) ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 353 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) ตามสายงานของบุคลากรคือ สายงานวิชาการและสายสนับสนุนแล้วดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) ตามบัญชีรายชื่อของบุคลากรแต่ละสายงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมข้อมูลลงในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยสายงานของบุคลากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด เงินเดือน โรคประจำตัว และความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อโควิด19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam⁹ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นคำถามแบบถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ (Rating scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) ด้านละ 10 ข้อ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ 3 ระดับ (0-2 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) มีลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ (Rating scale) 5 ระดับ (0-4 คะแนน) จำนวน 24 ข้อในการพรรณนาความฉลาดทางสุขภาพการประเมินการระดับความฉลาดทางสุขภาพจากค่าเฉลี่ยเป็นไปตามแนวคิดของ Best¹⁰ ตามสูตรดังนี้

พิสัยของช่วงคะแนน (I) =

$$\frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด}-\text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

จากเกณฑ์สามารถแบ่งระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเป็นระดับต่ำ (1-3.33) ระดับปานกลาง (3.34-6.67) ระดับสูง (6.68-10) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ แบ่งเป็นระดับต่ำ (1-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับสูง (3.68-5) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ แบ่งเป็นระดับต่ำ (0-0.66) ระดับปานกลาง (0.67-1.33) ระดับสูง (1.34-2.00)

ส่วนพฤติกรรมแบ่งเป็นระดับต่ำ (0-1.33) ระดับปานกลาง (1.34-2.67) ระดับสูง (2.68-4)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC)¹¹ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรของมหาวิทยาลัยพะเยาที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha)¹² ได้ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพเท่ากับ 0.70, 0.79, 0.80, 0.73, 0.81 และ 0.72 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยประสานงานกับตัวแทนแต่ละส่วนงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อเพื่อตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติอ้างอิง (Inferential statistics) การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา ได้แก่

Multiple linear regression ด้วยวิธี Stepwise Method

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา และได้รับการรับรองตามเอกสารเลขที่ UP-HEC 1.2/047/64 ลงวันที่ 10 ธันวาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสายวิชาการร้อยละ 50.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.3 มีอายุเฉลี่ย 38.01 (S.D.=6.68) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30 – 39 ปี (ร้อยละ 51.8) เงินเดือนเฉลี่ย 33880.81 (SD.=

13,079.44) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20,000–39,999 บาท (ร้อยละ 58.1) มีสถานภาพสมรส มีคู่ (ร้อยละ 60.9) กลุ่มที่มากที่สุดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 32) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.4) ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพผ่านสื่อสังคม (ร้อยละ 93.5) มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลในพื้นที่เสี่ยงจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 50.1)

2 ความฉลาดทางสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา

ผลการศึกษาพบว่าทั้งความฉลาดทางสุขภาพ ในภาพรวมทุกด้านได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา

ความฉลาดทางสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	9.30	0.81	สูง
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.05	0.45	สูง
3. การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	2.72	0.57	สูง
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	3.06	0.39	สูง
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ	2.88	0.62	สูง
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ	1.71	0.23	สูง

หมายเหตุ เกณฑ์ในการแบ่งระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความแตกต่างกัน

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา

ผลการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.32$, S.D.=0.39) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 9 หากอยู่ในที่ที่มีคนแออัด ท่านใส่หน้ากากอนามัย ($\bar{X}=3.61$, S.D.=0.51) รองลงมาคือ ค่าเฉลี่ยเท่ากัน 2 ข้อ คือข้อ 15 ท่านไม่ใช้ของใช้ร่วมกับ

ผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำ และหลอดดูดน้ำ เป็นต้น ($\bar{X}=3.59$, S.D.=0.60) ข้อ 21 เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน ($\bar{X}=3.59$, S.D.=0.62) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือข้อ 2 หากไม่มีกระดาษทิชชู เมื่อไอ จาม ท่านปิดปากจมูกโดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่งมาจับไหล่ตนเองผึ่งตรงข้าม ใช้มูมข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากปิดจมูก แทนการใช้ อู้งมือปิดปากจมูก ($\bar{X}=2.85$, S.D.=1.08) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส โควิด-19 (COVID-19) ของบุคลากร มหาวิทยาลัยพะเยา

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. เมื่อไอ จาม ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูก	3.28	0.64	สูง
2. หากไม่มีกระดาษทิชชู เมื่อไอ จาม ท่านปิดปากจมูกโดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่ง มาจับไหลตนเองฝั่งตรงข้าม ใช้มูมข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากปิดจมูก แทนการใช้มูมมือปิดปากจมูก	2.85	1.08	สูง
3. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วของคนอื่นในการไปนั่งรับประทานอาหารที่ร้านอาหาร	3.25	0.90	สูง
4. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร	3.04	0.74	สูง
5. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของรอบตัว เช่น ราวบันได ลูกบิดประตู เป็นต้น	3.07	0.79	สูง
6. ท่านล้างมือด้วยสบู่และให้น้ำไหลผ่านอย่างน้อย 20 วินาที	3.05	0.76	สูง
7. ท่านล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ	3.41	0.63	สูง
8. ท่านหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด	3.24	0.65	สูง
9. หากอยู่ในที่ที่มีคนแออัด ท่านใส่หน้ากากอนามัย	3.61	0.51	สูง
10. ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วย	3.55	0.63	สูง
11. ท่านทิ้งหน้ากากอนามัยเมื่อใช้แล้ว ใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถัง ขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	3.23	0.78	สูง
12. หลังทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ท่านทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำ และสบู่ทันที	3.23	0.75	สูง
13. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด หรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง	3.40	0.67	สูง
14. ท่านไม่สัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น	3.19	0.68	สูง
15. ท่านไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่นเช่นผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำ และหลอดดูดน้ำ เป็นต้น	3.59	0.60	สูง
16. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกที่ผ่านการให้ความร้อนเสมอ	3.54	0.60	สูง
17. ท่านใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร	3.34	0.64	สูง
18. ท่านไม่รับประทานอาหารดิบ และอาหารที่ไม่ผ่านความร้อน	3.37	0.71	สูง
19. ท่านงดเดินทางไปยังพื้นที่ ที่มีการรายงานเป็นพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด	3.42	0.63	สูง
20. เมื่อพบผู้มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด อาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่าน แนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน	3.27	0.84	สูง
21. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน	3.59	0.62	สูง
22. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านหยุดพักอยู่ที่บ้าน ไม่ออกไปนอกบ้าน ไม่เดินทาง ไปที่ชุมชน หรือที่สาธารณะ	3.44	0.61	สูง
23. เมื่อท่านเจ็บป่วยมีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านไปพบแพทย์ทันที	3.30	0.72	สูง
24. ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส โควิด-19 (COVID-19) ทาง โทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต/วิทยุ อย่างต่อเนื่อง	3.48	0.57	สูง
รวม	3.32	0.39	สูง

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โดยตัวแปรอิสระ ได้แก่ สายงานของบุคลากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด เงินเดือน โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสาร ความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อโควิด 19 และฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ

และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ามีความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 34 ($R^2=0.343$) ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t-value	p-value
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	0.314	0.325	5.460	<0.01
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ	0.165	0.270	4.979	<0.01
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ	-0.114	-0.114	-2.678	<0.01
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.090	0.108	2.053	0.04

หมายเหตุ : Constant (a) = 1.813, R = 0.586, R Square = 0.343, Adjusted R Square = 0.341

จากตารางผลการวิเคราะห์นำมาเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

$$Y' = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y' = คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

b_0 = ค่าคงที่ (Constant)

$b_1, b_2, \dots, b_n$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย (b)

$Y' = 1.813 + 0.314$ (การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ) + 0.165 (การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ) + (-0.114) (การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ) + 0.09 (การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรของมหาวิทยาลัยพะเยามีความรอบรู้ทั้ง 6 ด้าน และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากบริบทของการเป็นสถานศึกษาที่ประกอบไปด้วย ผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีระบบสารสนเทศและการสื่อสารผ่านหลายช่องทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิระภา ขำวิสุทธิ³ ที่พบว่านักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันตัวเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความฉลาดทางสุขภาพจำนวน 4 ด้านจากทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของนัตบีม (Nutbeam)⁶ ที่ได้กล่าว

ไว้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและการรักษาสุขภาพ รวมถึงความสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้นิยามความฉลาดทางสุขภาพว่าเป็นทักษะต่าง ๆ ทาง การรับรู้ และทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะสามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล ข่าวสาร ในรูปแบบวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี¹³ อย่างไรก็ตามมีความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ไม่สามารถทำนายได้สำหรับมิติด้านความรู้ความเข้าใจ อาจอธิบายได้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นองค์ประกอบเริ่มต้นของความฉลาดทางสุขภาพซึ่งบุคคลากรของมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่สามารถรับรู้จากการรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ และหลายช่องทางในระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรา หน่อแก้วและคณะ¹⁴ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ที่พบว่าปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้านคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ ในเชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) ในส่วนของความฉลาดทางสุขภาพด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ อาจอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานท่ามกลางการระบาดของโรคอุบัติใหม่ ยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามนโยบายของรัฐบาลและการสั่งการของมหาวิทยาลัยจึงส่งผลทำให้การสื่อสารยังไม่ชัดเจนและไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพและด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้ สะท้อนว่าบุคลากรของมหาวิทยาลัยซึ่งทำงานในบริบทของการศึกษาที่ต้องเรียนรู้ และติดตามข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาในภาพกว้างสื่อถึงความเท่าเทียมการจัดการภายในมหาวิทยาลัย ส่งผลทำให้การรับรู้ถึงสถานการณ์ของโรคและการปรับตัวแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สามารถทำนายพฤติกรรมได้ สะท้อนถึงการเกิดพฤติกรรมสุขภาพท่ามกลางการระบาดของโรคอุบัติใหม่ สะท้อนถึงความฉลาดทางสุขภาพที่มีพื้นฐานมาจากทักษะส่วนบุคคล เช่น การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพหรือการจัดการตนเอง การเข้าถึงสื่อและสารสนเทศ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ จะช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการป้องกันโรคได้ดีกว่า

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงกลุ่มบุคลากรของมหาวิทยาลัยเท่านั้น เพื่อให้สามารถควบคุม ป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่มคนในสถานศึกษาควรทำการศึกษาในนิสิตที่มีจำนวนมากสถานศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการส่งเสริม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยพบว่าความฉลาดทางสุขภาพที่มีพื้นฐานมาจากทักษะส่วนบุคคล ได้แก่ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สามารถทำนายสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันตัวเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยาได้ ดังนั้นหากมหาวิทยาลัยจะทำการรณรงค์ให้บุคลากรมีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างทั่วถึง ควรเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล เพื่อให้แต่ละคนนำจุดเนที่ตนเองมีมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2. ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่าความฉลาดทางสุขภาพด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการเท่านั้น ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันตัวเองต่อโรคติดต่อ

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยาได้ ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปควรเป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อหาโปรแกรมที่เหมาะสมในการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้แบบร่วมมือ เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพทางสุขภาพที่มีพื้นฐานจากทักษะส่วนบุคคลซึ่งทำนายพฤติกรรมได้ชัดเจนกว่า จะช่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เป็นไปอย่างสมดุลและเกิดระบบการป้องกันการระบาดของโรคอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สุรียา ฆามาณะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, สมณ มลย์ อุทัยกุล. “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19),” วารสารสถาบันบำราศนราดูร 14(2) : 124-33 ; พฤษภาคม-สิงหาคม, 2563.
2. ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของ นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ” วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 7(1) : 8-20 ; มกราคม-มิถุนายน, 2564.
3. จิระภา ขำพิสุทธิ์. “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น,” วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 7(4) : 17-28 ; ตุลาคม-ธันวาคม, 2564.
4. กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา. รายงานสถิติจำนวนนิสิตปัจจุบัน จำแนกตามคณะ, สาขาวิชา, หลักสูตร ออนไลน์ สืบค้นจาก http://reg.up.ac.th/app/rpt/rpt_std_present/preview/all , 2564
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, ออนไลน์ สืบค้นจาก <https://www.pyomoph.go.th/index.php?p=services>, 2564.
6. มหาวิทยาลัยพะเยา (2564) ประกาศมหาวิทยาลัยพะเยาเรื่องการปิดทำการชั่วคราวเนื่องด้วยดวยการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19) ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2564
7. กองการเจ้าหน้าที่ มหาวิทยาลัยพะเยา (2564) สรุปอัตรากำลัง บุคลากร ของมหาวิทยาลัยพะเยา ปี 2563 ออนไลน์ สืบค้นจาก https://personnel.up.ac.th/Report.aspx?fbclid=IwAR1bf7im70BauNB1x1_aZJL-LgOUlVYTDHUY7Uot_-nXXT4Mpch4YV1OxLrQ, 2564.
8. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. “Determining sample size for research activities”. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607–610, 1970.
9. Nutbeam, D., “Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.” Health Promotion International, 15(3), 259–267, 2000.
10. Best, J. W., Research in education. New jersey: Prentice-Hall, 1981.
11. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research, 2, 49-60.
12. Cronbach, L. J. Essentials of psychological testing. (5th ed). New York : Harper Collins Publishers. Pp.202-204, 1990.
13. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya, 2009.
14. วิจิตตรา หน่อแก้ว, ประจวบ แหลมหลัก และน้ำเงิน จันทรมณี. “ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา”. วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 10(1) : 1-20 ; มกราคม-มีนาคม, 2565.

Received: 5 Dec. 2022, Revised: 8 Jan. 2023

Accepted: 11 Jan. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษพรพรา เติบจันทิก¹ นครินทร์ อลิพงษ์^{2*}

บทคัดย่อ

โรคเรื้อรังเป็นโรคพบบ่อยและมีอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึง 14 ล้านคน และในจำนวนนี้มีบุคลากรทางสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) รวมอยู่ด้วย โดยอำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษมี อสม.ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 77.48 การวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ ยังไม่มีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่ม อสม.ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research And Development) ดำเนินการศึกษาริบทและพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาและทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และกลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ คือ เนื่องจากระยะเวลาของการจัดกิจกรรมของโปรแกรมนั้นเป็นการจัดกิจกรรมระยะยาว และต้องมีการจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ จึงทำให้การติดตามกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมกิจกรรมให้ครบตามโปรแกรมมีข้อจำกัด ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมในกลุ่มอื่นๆอาจจะต้องมีการปรับความถี่ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

คำสำคัญ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคเรื้อรัง

¹ งานสุขศึกษา โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

² งานอาชีวอนามัย โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

* corresponds author ; Email address : Nakarin21016@gmail.com

Original Article

Development of a Participatory Health Promotion Program for Village Health Volunteers with Chronic Non-communicable Diseases Mueang Sisaket District

Ponwara Terbjantuk¹ Nakarin Asiphong^{2*}

Abstract

Numerous patients are affected by chronic diseases, and the morbidity rate has been rising year over year. There are 14 million chronic disease patients in Thailand, including medical professionals and community health volunteers. Village health volunteers in Muang District, Sisaket Province, suffer chronic illnesses in up to 77.48% of cases. The majority of research on health promotion initiatives is focused on the elderly. Because there are no official health promotion studies in that group, the researcher conducted a study to design and evaluate the outcomes of a participatory health promotion program for village health volunteers with chronic non-communicable diseases in Muang Sisaket District. The study was designed for research and development by conducting a contextual study, developing a program, and testing it on a sample group of 30 people divided into an experimental and a comparison group. The results showed that the experimental group had statistically significantly different scores of knowledge and practice before and after the experiment. At the significance level of 0.05, the experimental group had statistically significantly more knowledge and practice than the comparison group. at a significance level of 0.05. Conclusion and recommendations Due to the duration of the program, it is a long-term event. And there must be an activity every week; it makes it a limitation for the follow-up sample group to participate in all activities according to the program. In applying the program to other groups, the frequency of activities may need to be adjusted in accordance with the needs of that target group so that they can participate in all activities of the program.

Keywords : health promotion program, village health volunteers, Chronic Disease

¹ Health Education Department Sisaket Hospital, Sisaket province

² Occupational health Safety Department Sisaket Hospital, Sisaket province

*corresponds author ; Email address : Nakarin21016@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มโรคเรื้อรัง หรือ Non – communicable diseases (NCDs) ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคที่พบมากและมีอัตราการป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชนน้อยลง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) โรคหัวใจ โรคไตวาย ส่งผลให้มีการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึงปีละ 38 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิต สำหรับประเทศไทยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง โดยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตปีละกว่า 320,000 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี¹

สำหรับจังหวัดศรีสะเกษพบว่ามียอดผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561-2565 พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ดังนี้ 4808.21, 5171.22, 5578.46, 5923.35 และ 6138.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้ 9381.36, 10125.61, 10930.54, 11778.28 และ 12315.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² นอกจากนี้หากพิจารณาจากผลการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้น พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ โรคเบาหวาน 57,372 คน (ร้อยละ 13.29) และโรคความดันโลหิตสูง 116,062 คน (ร้อยละ 28.39) ซึ่งรวมแล้วจังหวัดศรีสะเกษมีโอกาสมิที่จะมีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนับเฉพาะเบาหวานกับความดันโลหิตสูง เท่ากับ 173,434 คน³ และอาจนำมาซึ่งการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเพิ่มมากขึ้นต่อไป

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรจำเป็นต้องส่งเสริมการมีวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพที่เน้นเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากร โดยจำเป็นต้องคำนึงถึงการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ได้บริบทที่มีข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ มาตรการสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้เป้าหมายดังกล่าวบรรลุ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย และมีการทำงานร่วมกับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข⁴ ได้ระบุว่า คุณลักษณะของ อสม. จะต้องมีความรู้ด้านโรคเรื้อรัง และสมรรถนะในการบริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้มีสมรรถนะในการบริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนสูง แต่ในความเป็นจริงแล้วในจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด พบว่า มีบางส่วนเป็น อสม. ด้วย โดยในพื้นที่เขตอำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน อสม. ทั้งหมด 2,278 คน ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 30.1 และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 47.4 และป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.3³ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ในบทบาทที่เป็นอาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขเองก็ยังมีปัญหา ด้านสุขภาพเช่นเดียวกันกับผู้ป่วย ดังนั้น จึงทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานหรือการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเรื้อรังอาจไม่สามารถเข้าถึงหรือสื่อสารได้ดีเท่าที่ควร เนื่องด้วยการที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในการมีสุขภาพที่ดีได้จึงทำให้ประชาชนขาดความมั่นใจและเชื่อมั่นที่จะรับฟังและปฏิบัติตามข้อแนะนำต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ดำเนินการในพื้นที่ที่ไม่ใช่เขตเมือง การกำหนดรูปแบบและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำโดยผู้วิจัย และมีการประเมินผลของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพ กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพบางอย่าง^{5,6} และที่ผ่านมา ในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ ยังไม่มีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่ม อสม. ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเมืองศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อใช้ข้อมูลผลการพัฒนาโปรแกรมนี้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เกิดประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research And Development) โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ(observational) และ กึ่งทดลอง(Quasi-Experimental)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ และป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ อสม. ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ อสม. ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนอกเขตเทศบาล

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁷ โดยอ้างอิงค่าสถิติจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ย(Mean) เท่ากับ 7.4 (SD=1.11) และกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 8.45 (SD=1.28)⁸ สามารถแทนค่าได้ดังนี้

$$n_1 = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$n_1 = \frac{(1.96+0.84)^2 \left[1.11^2 + \frac{1.28^2}{1} \right]}{(7.4-8.45)^2}$$

$$= 20.41 \text{ หรือกลุ่มละ } 21 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเป็น 60 คน

การสุ่มตัวอย่าง(Sampling technique) ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) โดยทำฉลากจากรายชื่อ อสม. กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา บริบทและความต้องการของชุมชน ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อสม. ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้แบบสอบถาม(pilot study) รวมไปถึงศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(R1)

2) ออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในขั้นแรก มาออกแบบโปรแกรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของกลุ่มตัวอย่าง(D1)

3) ทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ออกแบบข้างต้นในกลุ่ม อสม. ของ รพสต. จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้แบบสอบถามความรู้แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการประเมินเพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง (R2)

4) ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยเพิ่มเติมรายละเอียดที่สอดคล้องและเหมาะสม(D2) โดยกำหนดระยะเวลาและความถี่ของการจัดกิจกรรมที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

5) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่มีการออกแบบพัฒนาไว้(R3) และทำการประเมินผลตามแผนการดำเนินการของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม. โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจ

กลุ่มเปรียบเทียบ

ได้รับการบริการตามปกติของสถานบริการ โดยจะทำการประเมินความรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ในระหว่างนั้นจะไม่ได้รับโปรแกรมใดๆนอกจากการบริการปกติของสถานบริการสุขภาพเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

- โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม. ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมดทั้งสิ้น 1 เดือน

- สื่อประกอบการบรรยาย ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ความรู้โรคเรื้อรัง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การรับประทานอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล

แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป, ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมทางภาษา โดยวิธีการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-objective congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง 2

ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา 1 ท่าน รวมจำนวนทั้งหมด 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม จนได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.67 ทั้ง 4 ส่วนของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานอกเขตอำเภอเมือง จำนวน 30 คน นำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.64 จึงทำการปรับปรุงข้อคำถามแล้วนำไปทดลองใช้อีกครั้ง(ไม่ซ้ำกับกลุ่มเดิม) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.7

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percent), ความถี่ (Frequency) ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นตัวแปรแจกแจงนับและตัวแปรต่อเนื่องที่มีการจัดกลุ่ม และ

ค่ามัธยฐาน(Median), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มแบบอิสระต่อกัน โดยหาค่า ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสระต่อกัน โดยใช้สถิติ Independent t-test

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยหาค่า ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกันโดยใช้สถิติ

Pair sample t-test

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2022-015

ผลการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

ที่พัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้เป็นโปรแกรมที่มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนซึ่งมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยระยะเวลาของโปรแกรมทั้งหมดใช้เวลา 1 เดือน แบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชม. รูปแบบกิจกรรมจะจัดเป็นการอบรมให้ความรู้และจับกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิด และเน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมตามกระบวนการ AIC มีทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติในครั้งที่ 1-4 (ในระยะเวลา 2 สัปดาห์) จากนั้นจะเว้นระยะห่างอีก 2 สัปดาห์เพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมในครั้งที่ 5 โดยเนื้อหาความรู้ประกอบไปด้วย ครั้งที่ 1 การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การรับประทานอาหารและยา, ครั้งที่ 2 การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง, ครั้งที่ 3 การจัดการความเครียด ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีการทบทวนความรู้และการปฏิบัติของครั้งก่อนหน้า และในครั้งที่ 4 เป็นการทบทวนความรู้ทั้งหมด

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกันโดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 56.1(S.D. 9.14) ปี กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ที่ 54.1(S.D. 9.12) ปี น้ำหนักเฉลี่ยมีค่าใกล้เคียงกัน โดยน้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 63.1(S.D. 9.88) กิโลกรัม กลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 64.36(S.D. 7.99) กิโลกรัม ส่วนสูงมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีส่วนสูงเฉลี่ย 155.4(S.D. 7.4) เซนติเมตร กลุ่มเปรียบเทียบมีส่วนสูงเฉลี่ย 153.4(S.D. 6.6) เซนติเมตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่

6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้าง และเป็นแม่บ้าน รายได้ต่อเดือนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5666.7(S.D. 4369.4) และกลุ่มเปรียบเทียบรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5983.3(S.D. 4153.3) กลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา มีบางส่วนที่ดื่มสุรา 2 ครั้งต่อสัปดาห์

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากที่ได้ทำการทดลองเสร็จสิ้น พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.40(S.D. 1.50) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.43(S.D. 1.48) กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยค่าความต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.97 คะแนน(95%CI อยู่ระหว่าง 5.19-6.14)

การเปรียบเทียบการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้เวลา และการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 77.0(S.D. 5.29) คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 53.97(S.D. 6.78) คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 23.03 คะแนน (95%CI อยู่ระหว่าง 19.89-26.17)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

	Mean(S.D.)	Mean Difference	Std. Err.	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	15.40(1.50)	5.97	0.38	5.19-6.14	15.52	<0.0001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.43(1.48)					
การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	77.0(5.29)	23.03	1.57	19.89-26.17	14.67	<0.0001
กลุ่มเปรียบเทียบ	53.97(6.78)					

การเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 7.6(S.D. 0.97) คะแนน หลังทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 15.37(S.D. 1.49) คะแนน ค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลองเท่ากับ 7.77 คะแนน (95%CI อยู่ระหว่าง 7.09-8.44)

การเปรียบเทียบการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย พบว่า ก่อนทดลองมีค่าคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 54.97(S.D. 6.69) คะแนน และหลังทดลองมีค่าคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 77.0(S.D. 6.29) คะแนน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการปฏิบัติแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.03 (95%CI เท่ากับ 18.66-25.41)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

		Mean(S.D.)	Mean Difference	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ					
	หลังทดลอง	15.37(1.49)	7.77	7.09-8.44	23.71	<0.0001
	ก่อนทดลอง	7.6(0.97)				
	การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย					
กลุ่มเปรียบเทียบ	หลังทดลอง	77.0(6.29)	22.03	18.66-25.41	13.36	<0.0001
	ก่อนทดลอง	54.97(6.69)				
	ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ					
	หลังทดลอง	9.43(1.48)	0.06	-0.03-0.16	1.43	0.16
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	9.36(1.51)				
	การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย					
	หลังทดลอง	53.97(6.78)	-0.06	-0.23-0.1	-0.81	0.42
	ก่อนทดลอง	54.03(6.76)				

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

สรุป การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาในครั้งนี้ทำให้ได้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และลดปัญหาเรื่องกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าร่วมกิจกรรมจนครบระยะเวลา ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งนี้สามารถช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น และมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมไปถึงการปฏิบัติตน เช่น การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การใช้ยาและการออกกำลังกายที่ดีขึ้น และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำเป็นจะต้องมีการจัดกิจกรรมในลักษณะที่เป็นกิจกรรมระยะยาวและต่อเนื่อง โดยให้ระยะเวลาห่างกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความสนใจ และการทบทวนเพื่อให้เกิดการจดจำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ แอทคินสันและเชฟฟริน(Atkinson & Shiffrin)⁹ ที่ได้มีการพัฒนาโมเดลที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรักษาข้อมูลชื่อว่า โมดอล โมเดล ออฟเมมโมรี (The Modal Model of Memory) ซึ่งได้มีการอธิบายไว้ว่าข้อมูลจะเข้าสู่ความจำจากการรับสัมผัส ทางประสาทสัมผัส บางส่วนจะเสื่อมสลายไป แต่บางส่วนที่บุคคลให้ความสนใจจะเข้าสู่ความจำระยะสั้น และถ้ามีการทวนซ้ำบ่อยๆข้อมูลจะเข้าสู่ความจำระยะยาวทำให้บุคคลสามารถจดจำข้อมูลได้เป็นเวลานานหรือบางครั้งอาจจะตลอดชีวิต⁹ การมีกิจกรรมในลักษณะที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมช่วยให้กระบวนการเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับหลักการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่เป็นกระบวนการสร้างความรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ก่อให้เกิดความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง ผู้เรียนสามารถกำหนดหลักการที่ได้จากการปฏิบัติและสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีหลักการได้อย่างถูกต้อง¹⁰ ผลการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุลแก้ว ทองบุญ และคณะ¹¹ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งมีลักษณะกิจกรรมในโปรแกรมคล้ายคลึงกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรค

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากระยะเวลาของการจัดกิจกรรมของโปรแกรมนั้นเป็นการจัดกิจกรรมระยะยาว และต้องมีการจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ จึงทำให้การติดตามกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมกิจกรรมให้ครบตามโปรแกรมมีข้อจำกัด ผู้วิจัยจึงต้องใช้วิธีการโทรนัดทุกครั้งก่อนถึงวันที่จะจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ รวมถึงให้ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านช่วยสมาชิกให้มาตามวันนัดของกิจกรรม ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมในกลุ่มอื่นๆจะต้องมีการปรับความถี่ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยรัตน์ ชูมี และจิราพร อุดมกิจพิพัฒน์. ความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2564;4:277-293.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต].2566

- [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก
https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานประจำปี 2562[อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2565]. เข้าถึงจาก
<http://www.ssko.moph.go.th>
 4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ;2559.
 5. อุษา ทศนวิน, ธีรณัฐ ห่านิธิศัย และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. ผลของการเข้าค่ายเบาหวานกลางวันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล* 2553;1:53-66.
 6. ดวงสมร นิลตานนท์ และ จุฬารัตน์ โสตะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. *วารสารวิจัย มข. (บศ.)* 2553; 3:51-60.
 7. Bernard, R. Fundamentals of biostatistics (5th ed.). Duxbery : Thomson Learning;2000.
 8. ประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปรานประวิตร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์* 2558;1:15-24.
 9. Goldstein EB. Cognitive Psychology:Connecting Mind, Research, and Everyday Experience. 2nd ed. U.S.A.:Thomson Wadsworth; 2008.
 10. พิสุทธิ อาธิราษฎร์. ผลการจัดการเรียนรู้เน้นผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์บนเครือข่ายคอมพิวเตอร์. มหาสารคาม : คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม;2553.
 11. พิกุลแก้ว ทองบุ, ชื่นจิตร โพธิ์พิสุทธิ์ และสมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลเหล่าหลวง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาล* 2562;4:1-10.

Received: 1 Nov 2022, Revised: 19 Dec. 2022

Accepted: 4 Jan 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
 อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ธนศักดิ์ ธงศรี^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการ พชอ. อำเภอม่วงสามสิบ 21 คน ตัวอย่างในการประเมินผลฯ เป็น พชอ. พชต. และภาคีเครือข่าย 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม แบบประเมินเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พชอ. อำเภอม่วงสามสิบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) กำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) พัฒนาทักษะองค์ความรู้ 4) ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 5) ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง 6) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พชอ. อำเภอม่วงสามสิบ พบว่า มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน มีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การรับฟังและรวบรวมความคิดเห็นของประชาชน มีแผนการพัฒนาศูนย์กลาง มีการสร้างนวัตกรรมโครงการหมู่บ้านสีฟ้า ผลลัพธ์การดำเนินการพบว่าบรรลุเป้าหมาย คือ 1) ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ได้รับการรักษา ร้อยละ 100 3) ชุมชนมีกฎ กติกา ในการปฏิบัติร่วมกันทุกหมู่บ้าน (ธรรมนูญตำบล) 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างยั่งยืน ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84, S.D.=0.69$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ Muangsamsip การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สามัคคี เป็นเอกภาพ วิเคราะห์ข้อมูลต่อสม่าเสมอ เครือข่ายเข้มแข็ง มีต้นแบบที่ดี กลยุทธ์เข้มแข็ง Application ที่ทันสมัย งบประมาณ การสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

^{1*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ

* Corresponding Author: thanasakthongsri2022@gmail.com

*Original Article***The Prevention of the Spreading of Coronavirus Infection Disease (COVID - 19) Model of the Operations District Health Board (DHB), Muangsamsip District, Ubon Ratchathani Province**Thanasak Thongsri ^{1*}**Abstract**

The objectives of the research were to study the prevention of the spreading of coronavirus infection disease (COVID - 19) model of the Operations District Health Board (DHB), Muangsamsip district, Ubon Ratchathani province. The samples, which were 21 DHB, the sample group in the evaluation were 50 member of the DHB, THB and networks. The research tool were a focus group discussion, the form of public sector management quality award (PMQA) and questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and content Analysis.

The research findings were as follows: The prevention of the spreading of Coronavirus infection disease (COVID - 19) model of the Operations District Health Board (DHB), Muangsamsip district which consists of 6 activities; 1) situation analysis 2) determine measures to prevent the spread of the coronavirus disease 2019 3) develop cognitive skills 4) implementation 5) follow up to empower 6) learning exchange platform. The results of driving operations to the prevention of the spreading of Coronavirus infection disease 2019 model of the Operations District Health Board (DHB), Muangsamsip district, found that : a common goal was created, strategic planning. listening and collecting public opinion, human resource development plan, an innovative blue village project. Action results found that the goal was achieved : 1) People are vaccinated against COVID-19. covered according to the specified criteria 2) 100% of people with COVID-19 receive treatment 3) The community has rules and regulations to practice together in every village. 3) Local government organizations can prevent and control the spread of COVID-19 sustainably (Sub-District Communicable Disease Control Center) The overall satisfaction of service recipients and stakeholders was at a high level. ($\bar{X} = 4.05, S.D. = 0.37$) The success factor is Muangsamsip : Management, Unity, Analysis, Network, Good Practice, Strategy, Application, Money, Social support, Improvement and Participation

Keywords : Coronavirus Infection Disease (COVID - 19), Operations District Health Board (DHB)

^{1*}Public Health Technical Officer Muangsamsip District Public Health Office

* Corresponding Author: thanasakthongsri2022@gmail.com

บทนำ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญที่ถูกคาดหวังให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน โดยยึดหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ส่งเสริมให้คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน และนำไปสู่การเป็นสังคมไทยใส่ใจดูแลกัน โดยมีบทบาทหน้าที่ต้องดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่ โดยอาศัยภาวะการนำร่วม (Collective Leadership) ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการกำหนดความต้องการของพื้นที่แปลง นโยบายสู่การปฏิบัติ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของพื้นที่อย่างใกล้ชิด จริงจังและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่ตามแนวคิด “คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” (Thailand Caring and Sharing Society)¹ อำเภอม่วงสามสิบ ได้เริ่มดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปี 2560 โดยคณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ผู้แทนส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชนรวมกำหนดปัญหาสำคัญ และจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยในปี 2565 มีนโยบายเน้นหนัก 4 เรื่อง ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)²

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางสังคม และส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมาก และทำให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาด้านสุขภาพจิต คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน ภายใต้ชื่อ “ธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบ” และขยายผลลงไปสู่ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน เกิดเป็น “ธรรมนูญตำบลสู้โควิด-19” ครบทั้ง 14 ตำบล โดยความร่วมมือของนายอำเภอม่วงสามสิบ ปกครองอำเภอม่วงสามสิบ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโค

โรนา 2019 เริ่มจากการสำรวจปัญหา ประชาคมหมู่บ้าน เพื่อรับฟังปัญหาและความต้องการของประชาชน จัดทำคำสั่งคณะกรรมการสำนักธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบ เพื่อประสานงาน ติดตามประเมินผลการขับเคลื่อน รายงานผลการดำเนินงาน ออกข้อบังคับ ระเบียบ และประชุมทบทวนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทำให้การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กรอบแนวคิดการให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ปฏิญญาแอสตานา³ และการประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานของ พชอ. มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ขอบเขตการวิจัย

เนื้อหา ศึกษาแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเมินผลการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยแห่งความสำเร็จใน

การดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

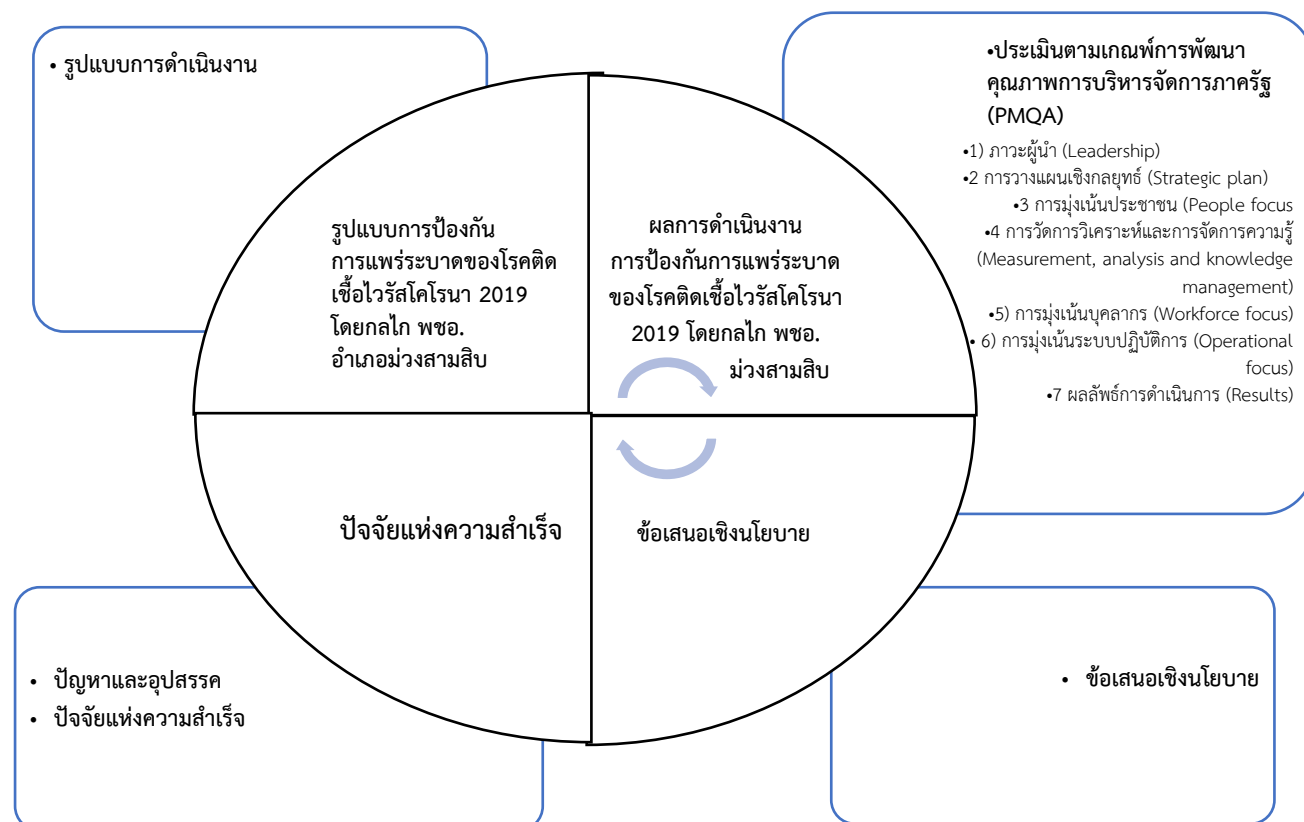
พื้นที่ดำเนินการ ดำเนินการในเขตพื้นที่อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากร ในการศึกษาแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ คณะกรรมการ พชอ. อำเภอม่วงสามสิบ จำนวน 21 คน ประชากรในการประเมินผลรูปแบบ เป็นเป็น พชอ. พชต. และภาคีเครือข่าย 50 คน

ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2565 ถึง ธันวาคม 2565

การวิจัยรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวทางการให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ปัญญาอนามัย (WHO, 2018) และการประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) กรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษารูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี 1) การศึกษารูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวังสามสี กลุ่มเป้าหมาย คือ พชอ.อำเภอวังสามสี จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) 2) ศึกษากระบวนการดำเนินการขับเคลื่อนการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พชอ. อำเภอวังสามสี กลุ่มเป้าหมายคือ พชอ.อำเภอวังสามสี จำนวน 21 คน และตัวแทน พชต. จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการวิจัยโดย 1) สนทนากลุ่ม พชอ./พชต. อำเภอวังสามสี 2) จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ 3) ดำเนินการตามรูปแบบ 3.1) ประชุมวางแผนการปฏิบัติงาน 3.2) ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 3.3) กำหนดแนวทางปฏิบัติและข้อสั่งการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3.4) กำหนด “ธรรมนูญตำบล คนวังสามสี” เป็นวาระอำเภอ โดยมีกระบวนการสำคัญ คือ 1) ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างนายอำเภอวังสามสีและภาคีเครือข่าย 2) การจัดเวทีประชาคม 3) จัดทำกฎ กติกา ข้อตกลง สำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาในอนาคต 4) ประกาศธรรมนูญตำบล ภายใต้ปรัชญาและแนวคิดสำคัญที่ว่า “ม่วงสามสี ถิ่นคนดี เมืองน่าอยู่ ดูแลกัน” 5) พิจารณาร่างธรรมนูญอำเภอวังสามสี 6) ประกาศใช้ธรรมนูญอำเภอวังสามสี (สร้างฝันให้ชุมชนมีสุขภาพดี อยู่เย็นเป็นสุข คนม่วงสามสีไม่ทอดทิ้งกัน) 3.5) จัดงานมหกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และขับเคลื่อนการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3.6) ติดตามการ

ดำเนินงาน ปฏิบัติการลูก ปลุก เปลี่ยน 4 ตอน ธรรมนูญโควิด-19...รวมพลังหมู่เฮาชาวอุบล "เขาหนีร้อนมาพึ่งเย็น แล้วเขาจะไปไหนนอกจากกลับมาบ้านของตัวเอง" เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พชอ. อำเภอวังสามสี กลุ่มเป้าหมาย คือ พชอ.อำเภอวังสามสี และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 50 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ พชอ.ม่วงสามสี จำนวน 10 คน ตัวแทน พชต. จำนวน 20 คน และตัวแทนประชาชน จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้คือ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินงานรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พชอ. อำเภอวังสามสี

บริบท พชอ. อำเภอวังสามสี ได้ร่วมกันกำหนด “ธรรมนูญตำบล คนวังสามสี” เป็นวาระอำเภอ โดยมีกระบวนการสำคัญ คือ แต่ละตำบลได้มีการจัดทำ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างนายอำเภอวังสามสีและภาคีเครือข่าย เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2562 เพื่อให้เกิดการบูรณาการสนับสนุนชุมชนเข้มแข็ง สร้างตำบลน่าอยู่ โดยได้มอบร่างธรรมนูญอำเภอให้ตำบลใช้เป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อน จากนั้นแต่ละตำบลได้มีการจัดเวทีประชาคม เพื่อรวบรวมประเด็นปัญหาต่างๆ และความคิดเห็นของประชาชนเพื่อนำมาทำเป็นกฎ กติกา ข้อตกลง สำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาในอนาคต จนในที่สุดทุกตำบลได้ประกาศธรรมนูญตำบลภายใต้ปรัชญาและแนวคิดสำคัญที่ว่า “ม่วงสามสี ถิ่นคนดี เมืองน่าอยู่ ดูแลกัน” พชอ. มีมติเห็นชอบ

พิจารณาร่างธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบ ในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563 และมีมติที่ประชุมคณะกรรมการสำนักธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบเมื่อวันที่ 22 เมษายน 2563 ให้ประกาศใช้ธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบ เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้นำธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบไปเป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จนกระทั่งประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน (สร้างฝันให้ชุมชนมีสุขภาพดี อยู่เย็นเป็นสุข คนม่วงสามสิบไม่ทอดทิ้งกัน) และได้ประกาศสำนักธรรมนูญ อำเภอม่วงสามสิบ ฉบับที่ 11 / 2563 เรื่อง มาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รูปแบบการดำเนินงานรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พขอ. อำเภอม่วงสามสิบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนด 1.1 กลยุทธ์เชิงรุก ได้แก่ 1.1.1) กระตุ้นการเข้าถึงบริการวัคซีนและการรักษาด้วยการรณรงค์เคาะประตูบ้าน โดยคณะกรรมการ พขอ.พชต. ผู้นำชุมชน และองค์กรเอกชน 1.1.2) อบรมแกนนำคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและอบรมให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1.2 กลยุทธ์เชิงแก้ไข ได้แก่ 1.2.1 ประชุม พขอ. พชต. และภาคีเครือข่ายเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1.2.2 กระตุ้นการรับรู้ ประชาชน ด้วยการให้ความรู้การป้องกันโควิด-19 ผ่านสื่อบุคคล สื่อออนไลน์ หอกระจายข่าวในชุมชน 1.2.3 แนะนำการใช้แอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อการเข้าถึงบริการ 1.2.4 พัฒนาแอปพลิเคชัน “รู้ทันปันสุข” เพื่อสร้างความรู้รอบรู้ด้านการป้องกันโรคแก่ประชาชน 1.3 กลยุทธ์เชิงป้องกัน ได้แก่ 1.3.1) การจัดประชุมคณะกรรมการ พขอ. ทุก 2 เดือน 1.3.2) ประชุมสัณจร เยี่ยมเสริมพลัง อบต. ชุมชน 1.3.3) มหกรรม พขอ. ปีละ 1 ครั้ง 4) กำหนดพื้นที่ต้นแบบ 1.4 กลยุทธ์เชิงรับ ได้แก่ จัดหาวัสดุวัสดุสนับสนุนการดำเนินงานโดยบูรณาการงบประมาณจาก ภาครัฐ, อปท., ภาคเอกชน

2. กำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้ 1) มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน การคัดกรองผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง 2) มาตรการ

เฝ้าระวังโรคติดต่อภายในหมู่บ้าน/ชุมชน 3) การป้องกันและเฝ้าระวังกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้าน/ชุมชน 4) มาตรการกักตัว 5) การนำส่งกลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) หรือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง 6) ให้ถือปฏิบัติตามคำสั่งประกาศของผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี และข้อกำหนดตาม พรก.ฉุกเฉิน โดยงดงานเลี้ยง สักระกิจงานรื่นเริง และงดการแสดงมหรสพ 7) จัดทำคำสั่ง/ติดป้ายประกาศแจ้งประชาสัมพันธ์การรวมคนเป็นกลุ่มก้อนในพื้นที่ 8) การปฏิบัติตามประกาศสำนักธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบ ฉบับที่ 11/2563 เรื่อง มาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. พัฒนาทักษะองค์ความรู้ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนาศักยภาพ พขอ. แกนนำชุมชน และเสริมสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. ดำเนินการขับเคลื่อนการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พขอ. อำเภอม่วงสามสิบ โดย 1) สนทนากลุ่ม พขอ./พชต. อำเภอม่วงสามสิบ 2) จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ 3) ดำเนินการตามรูปแบบ 3.1) ประชุมวางแผนการปฏิบัติงาน 3.2) ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 3.3) กำหนดแนวทางปฏิบัติและข้อสั่งการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3.4) กำหนด “ธรรมนูญตำบล คนม่วงสามสิบ” เป็นวาระอำเภอ โดยมีกระบวนการสำคัญ คือ (1) ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างนายอำเภอม่วงสามสิบและภาคีเครือข่าย (2) การจัดเวทีประชาคม (3) จัดทำกฎ กติกา ข้อตกลง สำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาในอนาคต (4) ประกาศธรรมนูญตำบลภายใต้ปรัชญาและแนวคิดสำคัญที่ว่า “ม่วงสามสิบ ถิ่นคนดี เมืองน่าอยู่ ดุแลกัน” อำเภอม่วงสามสิบ (5) พิจารณาร่างธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบ (6) ประกาศใช้ธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบ (สร้างฝันให้ชุมชนมีสุขภาพดีอยู่เย็นเป็นสุข คนม่วงสามสิบไม่ทอดทิ้งกัน) (7) กำหนดแนวทางปฏิบัติและข้อสั่งการ

5. ติดตามการดำเนินงาน ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง

6. จัดงานมหกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6.1) ปฏิบัติการ

ลูก ปลุก เปลี่ยน 4 ตอน ธรรมนูญโควิด-19...รวมพลัง หมู่เฮาชาวอุบล "เขาหนีร้อนมาพึ่งเย็น แล้วเขาจะไปไหนนอกจากกลับมาบ้านของตัวเอง" 6.2) ตำบลธรรมนูญสู้โควิด-19 6.3) หมู่บ้านธงฟ้า

ผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พขอ. อำเภอม่วงสามสิบ ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) 6 หมวด มีดังนี้

หมวด 1 ภาวะผู้นำ (Leadership) 1)

การสร้างเป้าหมายร่วมกัน โดยวิธีการที่เป็นระบบและใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน พขอ. ได้มีการปรับและเห็นชอบเป้าหมาย ร่วมกันดังนี้ 1.1) ประชาชนมีความรอบรู้ เรื่องโรคโควิด -19 1.2) ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 ครบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด 1.3) ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการรักษา และเยียวยา ร้อยละ 100 1.4) ชุมชนมีกฎ กติกา ในการปฏิบัติ ร่วมกันทุกหมู่บ้าน (ธรรมนูญตำบล) 1.5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถ ป้องกัน ควบคุม การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างยั่งยืน โดยการสื่อสารถ่ายทอดเป้าหมายที่กำหนด สู่บุคลากร ภาคีเครือข่าย ประชาชน อย่างทั่วถึง ผ่านทาง LINE Group หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน วิทยุกระจายเสียงชุมชน มีการทบทวนแนวทางที่ใช้ในการสร้างเป้าหมายร่วมกัน บูรณาการเชื่อมโยงเป้าหมายกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก 2) การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management) โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคคลภายในและภายนอกพื้นที่และประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงงานที่นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ การบูรณาการของเครือข่ายในการดำเนินการเสริมพลังสนับสนุนขับเคลื่อนโครงการจนบรรลุเป้าหมาย เครือข่ายหน่วยงานในระดับตำบล และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม ครบ 5 ระดับคือ การให้ข้อมูลข่าวสาร การปรึกษาหารือ การเข้ามามีบทบาท ความร่วมมือ และการเสริมอำนาจ

หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic plan) มีแผนปฏิบัติการของโครงการที่ขับเคลื่อนลงไปทุกภาคส่วน โดยผ่านเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก พขอ. อำเภอม่วงสามสิบ ได้ประชุมวางแผนการปฏิบัติงาน และมีมติจัดทำ

แผนปฏิบัติการของโครงการบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการบูรณาการแผนงานลงสู่พื้นที่ทุกตำบลขับเคลื่อนการดำเนินงาน มอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในระดับอำเภอ และตำบลโดยผ่าน พขอ.และ พชด. จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center : EOC) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและภัยสุขภาพ จัดการประชุมเตรียมการเพื่อตอบโต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนดแนวทางปฏิบัติและข้อสั่งการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ อำเภอม่วงสามสิบ มีแนวทางการติดตามผลการดำเนินงานของโครงการฯ อย่างเป็นระบบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดย 1) การติดตามเยี่ยมเสริมพลังฯ 2) ติดตามการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) 3) รวบรวมสรุปผลการติดตามเยี่ยมฯ 4) ติดตามการดำเนินงานปฏิบัติการลูก ปลุก เปลี่ยน 4 ตอน ธรรมนูญโควิด-19...รวมพลังหมู่เฮาชาวอุบล "เขาหนีร้อนมาพึ่งเย็น แล้วเขาจะไปไหนนอกจากกลับมาบ้านของตัวเอง" 5) ติดตามบูรณาการ ร่วมกับโครงการหมู่บ้านชุมชนเข้มแข็งตามแนวทาง “แผ่นดินธรรม แผ่นดินทอง” วันที่ 7-17 มีนาคม 2565 โดยมีเป้าหมายจัดประชุมประชาคมขับเคลื่อนโครงการฯในพื้นที่ หมู่บ้านเป้าหมายจำนวน 14 หมู่บ้าน (ตำบลละ 1 หมู่บ้าน) 6) มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานโดยบูรณาการร่วมกับเครือข่าย เพื่อปรับกลยุทธ์ในเชิงรุกให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงาน ค้นข้อมูล ระดมสมอง กับติดตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีกระบวนการธรรมนูญตำบลคนม่วงสามสิบ กับการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปรับรูปแบบพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง 7) ประกาศใช้ธรรมนูญตำบลมาตรการเฝ้าระวังและควบคุมการ

ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกตำบล โดยนำร่องที่ตำบลยางโยภาพ ตำบลชุมใหญ่ ตำบลเหล่าบก และตำบลยางสักกระโหล่ม

หมวด 3 การมุ่งเน้นประชาชน (People Focus) 1) การรับฟังและรวบรวมความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มผู้รับบริการ ผ่านช่องทางติดต่อโดยตรง ประชุมเยี่ยมเยียน/สำรวจจดหมายผู้รับความคิดเห็นโทรศัพท์ Fax E-Mail Website/ Facebook Line กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านช่องทาง ประชุม/สัมมนา โทรศัพท์/ โทรสาร สอบถาม การตรวจเยี่ยม สัมภาษณ์เชิงลึก เว็บไซต์ สื่อออนไลน์ 2) การวางแผนปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศในงานดังกล่าว ด้านการบริการประชาชนที่ทันสมัย รวดเร็วและเข้าถึงในทุกระดับ มีการจัดประชุมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 โดยข้อมูล สถิติ สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้จากฐานข้อมูลในระบบ M-base ของโรงพยาบาลม่วงสามสิบ และฐานข้อมูลการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะได้จากฐานข้อมูล MOPHIC ซึ่งมีข้อมูลหลากหลายตามประเภทกลุ่มเป้าหมายช่วงวัย วันที่เข้ารับบริการ ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์จัดทำเป็นสารสนเทศ 3) การปรับปรุงบริการประชาชนด้วยนวัตกรรมที่ทันสมัย รวดเร็วมากยิ่งขึ้น และมีประชาชนเข้าถึงเพิ่มมากขึ้นในทุกระดับ การสื่อสารผ่าน Social Network ต่างๆ เช่น Line, Facebook, ช่องทางสายด่วน COVID-19 การติดตั้ง QR code แอปพลิเคชัน “ฮักอุบล HugUbon” ไว้ตามจุดคัดกรองผู้เดินทางเข้าพื้นที่ทุกหมู่บ้าน และ รพ.สต.ทุกแห่ง ให้ความรู้ประชาชนผ่านรายการวิทยุชุมชน คลื่นดีบ้านเฮา 94.75 MHz อำเภอม่วงสามสิบ รายการสามหมอบประชาชน และมีการถ่ายทอดสดทาง Facebook Live

หมวด 4 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis and Knowledge Management) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มโดยใช้วิธีการ SWOT Analysis ประกอบด้วย จุดแข็ง (Strengths) ด้านจุดแข็งคือมีธรรมนูญอำเภอ ธรรมนูญตำบล และข้อกำหนดท้องถิ่น ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อใน

พื้นที่ : มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ระดับตำบล และภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ทั้งในรพ.และ รพ.สต. มีช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ง่ายต่อการเข้าถึง ด้านจุดอ่อนคือ ประชาชนขาดความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ที่พักคอยในชุมชนและที่บ้านไม่ได้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แขนงในชุมชนขาดความรู้เรื่องวิธีการสื่อสารป้องกันตนเองเมื่อเกิดโรคระบาดในชุมชน โดยสรุป กลยุทธ์เชิงรุก ได้แก่ 1) กระตุ้นการเข้าถึงบริการวัคซีนและการรักษาด้วยการรณรงค์เคาะประตูบ้านโดยคณะกรรมการ พชอ.พชต. ผู้นำชุมชน และองค์กรเอกชน 2) อบรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลยุทธ์เชิงแก้ไข ได้แก่ 1) ประชุม พชอ. พชต.และภาคีเครือข่าย เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค 2) กระตุ้นการรับรู้ประชาชน ให้ความรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านสื่อบุคคล สื่อออนไลน์ หอกระจายข่าวในชุมชน 3) แนะนำการใช้แอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อการเข้าถึงบริการ 4) พัฒนาแอปพลิเคชัน “รู้ทันปันสุข” เพื่อสร้างความรู้ความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคแก่ประชาชน กลยุทธ์เชิงป้องกัน ได้แก่ 1) การจัดประชุมคณะกรรมการ พชอ. ทุก 2 เดือน 2) ประชุมสัณจร เยี่ยมเสริมพลัง อบต. ชุมชน 3) มหกรรม พชอ. ปีละ 1 ครั้ง 4) กำหนดพื้นที่ต้นแบบกลยุทธ์เชิงรับ ได้แก่ 1) จัดหาวัสดุสวดสนับสนุนการดำเนินงานโดยบูรณาการงบประมาณจาก ภาครัฐ, อปท., ภาคเอกชน การจัดการความรู้ และการสร้างองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหา มีแผนการรวบรวมความรู้ ซึ่งเป็นประเด็นความรู้เกี่ยวกับทักษะการวิเคราะห์และค้นข้อมูลเพื่อการปฏิบัติงานผู้บริหาร แผนการถ่ายทอดความรู้ และแบ่งปันความรู้ พร้อมทั้งมอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละแผน และดำเนินการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติและดำเนินการตามแผนที่วางไว้

หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร (Workforce Focus) 1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากร ผู้การเป็นนักควบคุมโรคอย่างมืออาชีพ 1) พัฒนาทักษะองค์ความรู้ 2) ความสามารถด้านความสัมพันธ์ส่วนบุคคล องค์กร 3) ความสามารถแต่ละหน่วยงาน /องค์กรชุมชนมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2. พัฒนา

โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน ด้านการ ประสานงาน

หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ (Operational Focus) มีแนวทางการวิเคราะห์ ขั้นตอนของกระบวนการทำงาน โดยวิเคราะห์เชื่อมโยง ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ระดับอำเภอ ระดับ ตำบล ระดับหมู่บ้าน มีการสร้างนวัตกรรมในการปรับปรุงผลผลิตกระบวนการ และการบริการ ดำเนินการขับเคลื่อน โครงการหมู่บ้านสีฟ้า หมู่บ้านนี้ ไม่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกหมู่บ้าน โดยการมอบธงฟ้า จากผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (Results) ผลงานบรรลุเป้าหมายตามที่ พชอ./พชช. กำหนด ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด 1) ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการรักษา และเยียวยา ร้อยละ 100 2) ชุมชนมีกฎ กติกา ในการปฏิบัติร่วมกันทุกหมู่บ้าน(ธรรมนูญตำบล) 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างยั่งยืน (ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ

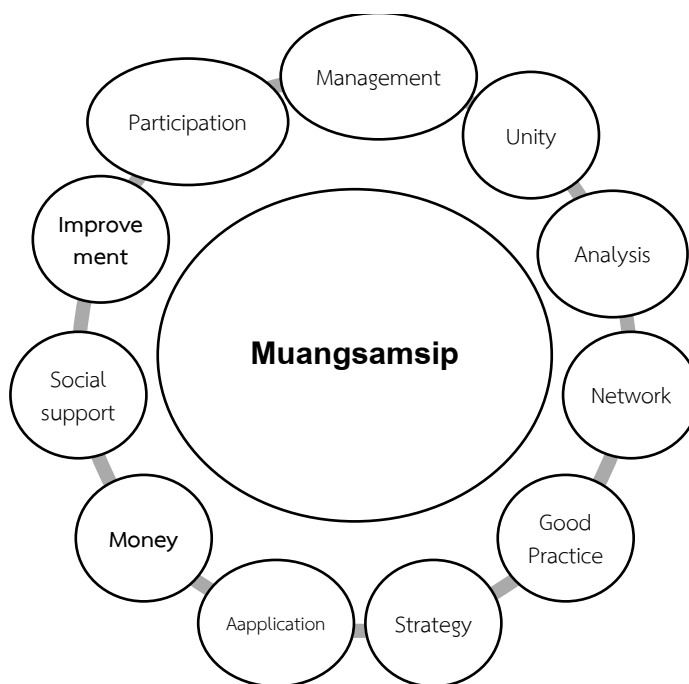
ประจำตำบล) ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.05$, S.D.=0.07) (ดังตารางที่ 1)

3. ปัญหาและอุปสรรค ที่สำคัญคือความรู้ความเข้าใจของคณะกรรมการ พชอ.และ ประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคยังมีไม่มาก

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ Muangsamsip ประกอบด้วย Management การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ Unity ความสามัคคี เป็นเอกภาพ Analysis การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ Network เครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง Good Practice การมีต้นแบบที่ดี Strategy กลยุทธ์ที่เข้มแข็ง Application ที่ทันสมัย ทักษะการ Money งบประมาณและการระดมทุน Social Support การสนับสนุนทางสังคม Improvement การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และ Participation การมีส่วนร่วมของชุมชน ดังภาพที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อรูปแบบฯ (n=50)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ท่านพอใจในกระบวนการ และขั้นตอนการดำเนินงานตามรูปแบบฯ	4.24	0.68	มาก
2. ท่านพึงพอใจในระบบข้อมูล และสารสนเทศของรูปแบบ ฯ	3.82	0.71	มาก
3. ท่านพึงพอใจในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.02	0.65	มาก
4. ท่านพอใจในการกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค	3.88	0.52	มาก
5. ท่านพึงพอใจในการพัฒนาทักษะองค์ความรู้ในการป้องกันโรค	4.14	0.41	มาก
6. ท่านพึงพอใจในการดำเนินการขับเคลื่อนการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค	4.18	0.77	มาก
7. ท่านพึงพอใจการติดตามการดำเนินงาน ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง	3.97	0.60	มาก
8. ท่านพึงพอใจในการจัดงานมหกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	4.20	0.75	มาก
รวม	4.05	0.37	มาก



ภาพที่ 1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ Muangsamsip

สรุปผลการวิจัย

1. บริบท : อำเภอม่วงสามสิบได้ร่วมกันกำหนด “ธรรมนูญตำบล คนม่วงสามสิบ” เป็นวาระอำเภอดำเนินการโดยมีกระบวนการสำคัญ คือ แต่ละตำบลได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างนายอำเภอม่วงสามสิบและภาคีเครือข่าย เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 256 ทุกตำบลได้ประกาศธรรมนูญตำบล ภายใต้ปรัชญาและแนวคิดสำคัญที่ว่า “ม่วงสามสิบ ถิ่นคนดี เมืองน่าอยู่ ดูแลกัน” พหุ.ม่วงสามสิบ ตามประกาศสำนักธรรมนูญ อำเภอม่วงสามสิบ ฉบับที่ 11/2563 เรื่อง มาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. รูปแบบการดำเนินงานรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พหุ. อำเภอม่วงสามสิบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) กำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) พัฒนาทักษะองค์ความรู้ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนาศักยภาพ พหุ. แกนนำชุมชน และเสริมสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมการ

ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) ดำเนินการขับเคลื่อนการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 5) ติดตามการดำเนินงาน/เยี่ยมเสริมพลัง 6) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6.1) ปฏิบัติการลูก ปลุก เปลี่ยน 4 ตอน ธรรมนูญโควิด-19 รวมพลังหมู่เฮาชาวอุบล "เขาหนีร้อนมาพึ่งเย็น แล้วเขาจะไปไหนนอกจากกลับบ้านของตัวเอง" 6.2) ตำบลธรรมนูญสู้โควิด-19 6.3) หมู่บ้านธงฟ้า

3. ผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พหุ. อำเภอม่วงสามสิบ ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

หมวด 1 ภาวะผู้นำ (Leadership) มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ดังนี้ 1.1) ประชาชนมีความรอบรู้เรื่องโรคโควิด -19 1.2) ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 ครบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด 1.3) ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ได้รับการรักษา และเยียวยา ร้อยละ 100 1.4) ชุมชนมีกฎ กติกา ในการปฏิบัติร่วมกันทุกหมู่บ้าน (ธรรมนูญตำบล) 1.5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถ ป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อย่างยั่งยืน การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคคลภายในและภายนอกพื้นที่และประชาชน มีส่วนร่วม ครบ 5 ระดับ การให้ข้อมูลข่าวสาร การปรึกษาหารือ การเข้ามามีบทบาท ความร่วมมือ และการเสริมอำนาจ

หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Plan) มีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ กำหนดแนวทางปฏิบัติและข้อสั่งการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ อำเภอม่วงสามสิบ มีแนวทางการติดตามผลการดำเนินงานของโครงการฯ อย่างเป็นระบบเทียบกับเป้าหมาย

หมวด 3 การมุ่งเน้นประชาชน (People Focus) 1) การรับฟังและรวบรวมความคิดเห็นของประชาชน 2) การวางแผนปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศ 3) การปรับปรุงบริการประชาชนด้วยนวัตกรรมที่ทันสมัย เช่น Line, Facebook, ช่องทางสายด่วน COVID-19 อำเภอม่วงสามสิบ มีการใช้แอปพลิเคชัน “ฮักอุบล HugUbon” มีวิทยุชุมชนคลื่นดีบ้านเฮา 94.75 MHz รายการ สามหมอบพบประชาชน Facebook หมวด 4 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis and Knowledge Management) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มโดยใช้วิธีการ SWOT Analysis จุดแข็ง (Strengths) ด้านจุดแข็งคือมีธรรมนูญอำเภอ ธรรมนูญตำบล และข้อกำหนดท้องถิ่น ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ : มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ระดับตำบล และภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ทั้งในโรงพยาบาลม่วงสามสิบ และ รพ.สต. มีช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ง่ายต่อการเข้าถึง ด้ายจุดอ่อนคือ ประชาชนขาดความรู้เรื่องโควิด-19

หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร (Workforce Focus) มีแนวทาง/ วิธีการ/ แผนการพัฒนาศักยภาพทีมงานเครือข่ายตามบริบท 1) พัฒนาทักษะองค์ความรู้ 2) ความสามารถด้านความสัมพันธ์ส่วนบุคคลองค์กร 3) ความสามารถแต่ละหน่วยงาน /องค์กร

หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ (Operational Focus) มีแนวทางการวิเคราะห์ขั้นตอนของกระบวนการทำงาน โดยวิเคราะห์เชื่อมโยงตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฝ้า

ระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน มีการสร้างนวัตกรรมในการปรับปรุงผลผลิตกระบวนการ และการบริการ ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการหมู่บ้านสีฟ้า หมู่บ้านนี้ไม่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกหมู่บ้าน โดยการมอบธงฟ้า จากผู้ว่าราชการจังหวัด

หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (Results) ผลงานบรรลุเป้าหมายตามที่พขอ./พชช. กำหนด ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด 1) ประชาชนที่ป่วย ได้รับการรักษาและเยียวยา ร้อยละ 100 2) ชุมชนมีกฎ กติกา ในการปฏิบัติร่วมกันทุกหมู่บ้าน(ธรรมนูญตำบล) 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างยั่งยืน (ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อประจำตำบล) ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05, S.D.=0.37$) ปัญหาและอุปสรรค ที่สำคัญคือความรู้ ความเข้าใจของคณะกรรมการ พขอ.และ ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ Muangsamsip การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สามัคคี เป็นเอกภาพ วิเคราะห์ข้อมูลต่อสม่าเสมอ เครือข่ายเข้มแข็ง มีต้นแบบที่ดี กลยุทธ์เข้มแข็ง Application ที่ทันสมัย งบประมาณ การสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อค้นพบหลักคือ เกิดธรรมนูญตำบลสู้โควิด-19 และนวัตกรรมหมู่บ้านธงฟ้า หมู่บ้านนี้ไม่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกหมู่บ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พขอ. อำเภอม่วงสามสิบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) กำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 3) พัฒนาศักยภาพความรู้ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนาศักยภาพ พขอ. แกนนำชุมชน และเสริมสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) ดำเนินการขับเคลื่อนการป้องกันการ

แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 5) ติดตามการดำเนินงาน/เยี่ยมเสริมพลัง 6) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อธิบายได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้ชื่อ “ธรรมนูญอำเภอม่วงสามสิบ” และขยายผลลงไปสู่ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน เกิดเป็น “ธรรมนูญตำบลสู้โควิด-19”² เป็นการนำปณิธานนโยบายสาธารณะไปใช้เพื่อแก้ปัญหาสาธารณะ ที่มุ่งสนองตอบหรือแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตของพลเมืองในรัฐให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น⁴ การดำเนินงานขับเคลื่อนงานป้องกันโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไก พชอ. เป็นความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย พร้อมด้วยหน่วยงานต่างๆ เพื่อการพัฒนาและขับเคลื่อนการดูแลชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ทั้งสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนซึ่งประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา ในปี พ.ศ.2561 โดยประเด็นปัญหาการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นนโยบายเน้นหนัก ในปี 2565 เนื่องจากส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กานตซ์พิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และ ศิวาไลษ วรรณวิจิตร⁵ ที่สรุปว่าภายใต้การทำงานแบบเครือข่ายเพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่ส่งผล กระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนในพื้นที่เพื่อผลลัพธ์ คือประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

การพัฒนาทักษะองค์ความรู้ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนาศักยภาพ พชอ. แก่นนำชุมชน และเสริมสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์ชนะสอน สำโรงพล, สุไวยรินทร์ ศรีชัย และภัทรพล โพนไพรสันต์⁶ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผาะ อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

ความรู้ในระดับดี อาจเป็นเพราะว่า ผลจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หรือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พชอ. อำเภอม่วงสามสิบ ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พบว่า 1) ภาวะผู้นำ มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ดังนี้ 1.1) ประชาชนมีความรอบรู้เรื่องโรคโควิด -19 1.2) ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด 1.3) ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการรักษา และเสียयर้อยละ 100 1.4) ชุมชนมีกฎ กติกา ในการปฏิบัติร่วมกันทุกหมู่บ้าน (ธรรมนูญตำบล) 1.5) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถ ป้องกัน ควบคุม การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างยั่งยืน การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคคลภายในและภายนอกพื้นที่และประชาชนมีส่วนร่วม ครบ 5 ระดับ การให้ข้อมูลข่าวสาร การปรึกษาหารือ การเข้ามามีบทบาท ความร่วมมือ และการเสริมอำนาจ 2) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการติดตามผลของการบรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ 3) การมุ่งเน้นประชาชน โดย 3.1) การรับฟังและรวบรวมความคิดเห็นของประชาชน 3.2) การวางแผนปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศ 3.3) การปรับปรุงบริการประชาชนด้วยนวัตกรรมที่ทันสมัย 4) การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มโดยใช้วิธีการ SWOT Analysis ประกอบด้วย จุดแข็ง คือมีธรรมนูญอำเภอ ธรรมนูญตำบล และข้อกำหนดท้องถิ่น ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ : มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ระดับตำบล และภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพประสิทธิภาพ ทั้งในรพ.และ รพ.สต. มีช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ง่ายต่อการเข้าถึง จุดอ่อนคือ ประชาชนขาดความรู้เรื่องโรคโควิด-19 5) การมุ่งเน้นบุคลากร มี แผนการพัฒนาบุคลากร 5.1) พัฒนาทักษะองค์ความรู้ 5.2) ความสามารถด้านความสัมพันธ์ส่วนบุคคล องค์กร 5.3) ความสามารถแต่ละหน่วยงาน /องค์กร 6) การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ มีแนวทางการวิเคราะห์ขั้นตอนของกระบวนการ

ทำงาน จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อ ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน มีการสร้างนวัตกรรม โครงการหมู่บ้านสีฟ้า หมู่บ้านนี้ไม่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกหมู่บ้าน โดยการมอบธงฟ้า จากผู้ว่าราชการจังหวัด 7) ผลลัพธ์การ ดำเนินการ (Results) ผลงานบรรลุเป้าหมายตามที่ พขอ./พช. กำหนด ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโคโรนา-19 ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด 1) ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ได้รับการรักษา ร้อยละ 100 2) ชุมชนมีกฎ กติกา ในการปฏิบัติร่วมกันทุกหมู่บ้าน (ธรรมนูญตำบล) 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างยั่งยืน (ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ ประจำตำบล) ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84, S.D. = 0.69$) ปัญหาและอุปสรรค ที่สำคัญคือ ความรู้ความเข้าใจของคณะกรรมการ พขอ.และ ประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่า กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “เฝ้าระวัง ควบคุมและ ป้องกัน” การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นการทำงานเชิงรุกสกัดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประชาชนในพื้นที่ รวมถึงหน่วยงานท้องถิ่นให้ความร่วมมือ เป็นกระบวนการทำงานที่มี “นายอำเภอ” ทำหน้าที่ประธาน พขอ. ของแต่ละพื้นที่ โดยมีการ ระดมสรรพกำลังและทรัพยากรจากทุกภาคส่วน มาร่วมแรงร่วมใจเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนประสบความสำเร็จ และสามารถสร้างสุขภาวะให้ชุมชนมีภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็ง⁷

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ Muangsamsip ประกอบด้วย M คือ Management การบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ U คือ Unity ความสามัคคี เป็น เอกภาพ A คือ Analysis การวิเคราะห์ข้อมูลอย่าง สม่าเสมอ N คือ Network เครือข่ายการดำเนินงานที่ เข้มแข็ง G คือ Good Practice การมีต้นแบบที่ดี S คือ Strategy กลยุทธ์ที่เข้มแข็ง A คือ Application ที่ ทันสมัย ทันการณ์ M คือ Money งบประมาณและการ ระดมทุน S คือ Social Support การสนับสนุนทาง สังคม I คือ Improvement การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

และ P คือ Participation การมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ⁸ ศึกษา การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) พบว่า ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน การทำงานในช่วงการระบาดของเชื้อ COVID - 19 ต้องมีการดึงประชาชนและชุมชนและเข้ามามีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังป้องกันโรค และสอดคล้องกับผล การศึกษาของฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ⁹ ศึกษา การนำนโยบายการเฝ้าระวังฯ สู่การการปฏิบัติในพื้นที่ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จมาจากการทำงานร่วมกัน ของภาคีเครือข่ายและความร่วมมือของชุมชน สิ่ง สนับสนุน และการกำกับติดตามการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบฯ ไปใช้ดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

1.2 สามารถนำกระบวนการตามรูปแบบฯ ไปใช้ในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข และการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตประชาชนด้วยกลไก พขอ.

1.3 สามารถนำกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พขอ. ไปใช้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และงานสาธารณสุขอื่น ๆ ได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการ มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2 ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนใน การเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสารอ้างอิง

1. ภูติท เตชาดิวัฒน์ และคณะ. การสังเคราะห์ ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. นครปฐม : สถาบันพัฒนา สุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

2. สำนักงานเลขานุการ พชอ. อำเภอม่วงสามสิบ.
รายงาน พชอ. อำเภอม่วงสามสิบ ปี 2565.
อุบลราชธานี :ม่วงสามสิบ; 2565.
3. WHO. (2018). Declaration of Astana: global conference on primary health care. Retrieve from: gcphc-declaration.pdf (who.int).
4. สัญญา เคนาภูมิและคณะ. (2562). ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น; 2562: 3(1), 95-115.
5. กานตซ์พิสิฐ คงเสถียรพงษ์, ศิวีไลช วนรัตน์จิตร. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทาย และการพัฒนา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดิดถ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565]; 13(2):275-86.จาก: <https://he01.tcithaijo.org>
- 6.จันทร์ชนะสอน สำโรงพล, สุไวยรินทร์ ศรีชัย และภัทรพล โพนไพรสันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม; 2565; 8 (4), 85-105.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. บทบาท พชอ.อำเภอชนิกพลังชุมชน ลงพื้นที่ให้ความรู้สกัดโควิด-19 อยู่หมัด[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2565]. จาก: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th>
8. อีระพงษ์ ทศวัฒน์ และ ปิยะกมล มหิวรรณ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19). วารสารมหาจุฬานาครพรรณ์; 2563 : 7(9), 40-55.
9. การวิจัยการวิจัยถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ;2564.

Received: 25 Dec. 2022, Revised: 9 Jan. 2023

Accepted: 15 Jan. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบอบิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิทยา ศรีแก้ว^{1*}, รพจน์ พรหมสัจยพต², เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบอบิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2565 – มกราคม 2566 กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและประชาชน 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ 403 คน (2) พัฒนารูปแบบ 39 คน และ (3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ 65 คน สุ่มตัวอย่างแบบ Systematic sampling เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ Mean, S.D., Paired T-test, One Sample T-test และ Content analysis ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบ มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทพื้นที่และสภาพปัญหาชุมชน (2) วางแผนร่วมกับชุมชน (3) ดำเนินการตามแผน (4) สังเกตและติดตามผลร่วมกับชุมชน และ (5) สะท้อนผลและถอดบทเรียนจากชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 10 มิติ (CHANG KLANG: ช้างกลาง) ได้แก่ (1) Community participation การมีส่วนร่วมของชุมชน (2) Health information technology ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ (3) Active response and management ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา และดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (4) New normal ดำเนินงานภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (5) Governance การอบิบาลระบบสุขภาพที่ดี มีความเป็นธรรม (6) Knowledge management and innovation จัดการความรู้ส่งเสริมการผลิตนวัตกรรม (7) Literacy มีความรอบรู้ทางสุขภาพ (8) Active ONE HEALTH พร้อมและครอบคลุมทั้งสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม (9) Network and team เครือข่ายและทีมที่เข้มแข็ง และ (10) Goal เป้าหมายชัดเจน หลังการพัฒนารูปแบบ ผลการประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน ผ่านการประเมินในระดับ Special ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกลุ่มประชาชน มีพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ คะแนนอยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนไม่ต่ำกว่าเป้าหมาย ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน มีผู้นำที่เข้มแข็งและมีธรรมาภิบาล มีระบบการเงินการคลังที่ดี ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ ระบบบริการของอำเภอลำปางให้ดีขึ้น กำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อระบบให้บริการประชาชน ซึ่งเป็นเป้าหมายปลายทางขององค์ประกอบทั้งหมด ผลจากการศึกษานี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบให้มากขึ้น และติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบ

คำสำคัญ: แบบอบิบาลระบบสุขภาพ, การป้องกันควบคุมโรค, โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ, วิถีชีวิตใหม่

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author: 64011481026@msu.ac.th

*Original Article***Development of Health System Governance Model for Emerging and Re-emerging Diseases Prevention and Control, in the New Normal Life, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province****Wittaya Sornkaew^{1*}, Vorapoj Promasatayaprot², Terdsak Promarak³****Abstract**

The objective of this action research was to develop a model of health system governance for emerging and re-emerging diseases prevention and control, in the new normal life, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. The study was conducted between July 2022 and January 2023. Three groups of target samples, including: (1) 403 participants of people and healthcare workers for situation analysis, (2) 39 participants for model development process, and (3) 65 participants for evaluation process were recruited. Systematic sampling method of participant recruitment was performed. Data collection was completed by focus group discussions, observations, and in-depth interviews. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Paired t-test, and One Sample t-test. The study results revealed that model development process was included; (1) community situational analysis, (2) planning, (3) action, (4) observation, and (5) reflection, and lesson learned of community. The 10 main dimensions of the developed model were presented as follow: CHANG KLANG; (1) Community participation, (2) Health information technology, (3) Active response and management, (4) New normal, (5) Governance, (6) Knowledge management and innovation, (7) Literacy, (8) Active ONE HEALTH, (9) Network and team, and (10) Goal. After model development, the results showed significant improvements in the overall scores on competencies, behaviors, and community participation in the health care worker group ($p < 0.05$) as well as significant improvements in the overall scores on behaviors and community participation in the people participant group ($p < 0.05$). In addition, mean scores of all variables were not lower than the target values. Key Success factors for model development in this study were; strong community, effective health system governance, strong leadership, good financial system, workforce, information, medical product, vaccine and technology. These elements support effective service delivery which is the goal for emerging and re-emerging diseases prevention and control in Chang Klang community. This model can be applied to other setting areas. For further study, to confirm the effectiveness of the model development, evaluation phase extension and long-term study are needed to concern.

Keywords: Health System Governance, Emerging and Re-emerging Diseases, Prevention and Control, New Normal Life

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

²Associate professor, Faculty of Public health, Mahasarakham University

³Lecturer, Faculty of Public health, Mahasarakham University

*Corresponding author: 64011481026@msu.ac.th

บทนำ

การเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากสภาพแวดล้อมและภูมิอากาศของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป เชื้อโรคก่อตัวและเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ตลอดเวลา การแพร่ระบาดของโรคและเกิดขึ้นในวงกว้าง เกิดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายรุนแรงด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับประเทศและทั่วโลกได้¹ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายอย่าง ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การดื้อต่อยาปฏิชีวนะ การเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ชีวิตและพฤติกรรม การดำรงชีวิตของมนุษย์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การรบกวนธรรมชาติและระบบนิเวศ การเดินทางที่สะดวกขึ้น ทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้เร็วขึ้น ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง² พบการระบาดของเชื้อ COVID-19 ระบาดไปทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก พบการแพร่ระบาดแบบฟอยละออง ร่วมกับการสัมผัส และล่าสุดพบการระบาดของโรคฝีดาษลิงซึ่งเป็นการแพร่จากสัตว์สู่คน³

สถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ได้แก่ สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลก จากข้อมูล ณ วันที่ 7 มกราคม 2565 มีจำนวน 11,244,199 ราย เฉลี่ยพบผู้ติดเชื้อ วันละ 1,874,033 ราย มีจำนวนประเทศที่มีรายงานพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน จำนวน 141 ประเทศไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อรวม 495,630 ราย โดยจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลก เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยสะสม 2,245,250 ราย เสียชีวิต 21,780 ราย จังหวัดที่มีการพบผู้ติดเชื้อเชื้อโควิด 19 สูงสุด 10 จังหวัดแรก ซึ่งได้แก่ ชลบุรี กรุงเทพมหานคร อุบลราชธานี สมุทรปราการ ภูเก็ต เชียงใหม่ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช อุดรธานี และระยอง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อ 3,391, 3,037, 1,909, 1,345, 1,086, 954, 934, 780, 626 และ 464 ราย ตามลำดับ ข้อมูล ณ วันที่ 7 มกราคม 2565⁴

จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็น 1 ใน 10 จังหวัดในประเทศไทย ที่พบผู้ป่วยติดเชื้ออุบัติใหม่สูงสุด ข้อมูล ณ วันที่ 7 มกราคม 2565 (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2565) ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง แนวโน้มการเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมี

แนวโน้มสูงขึ้นในทุกปี พบผู้ติดเชื้อ COVID-19 สะสมตั้งแต่ปี 2563-2565 มีจำนวน 5,557 ราย เสียชีวิต 8 ราย (ข้อมูล ณ 30 กรกฎาคม 2565) โรคไข้สมองอักเสบ ในอำเภอช้างกลาง พบผู้ป่วย ในปี 2561 จำนวน 4 ราย พบผู้ป่วยอีกครั้งปี 2564 และ 2565 จำนวน 3 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ ส่วนโรคหัด ในเด็ก 0-5 ปี พบผู้ป่วยในปี 2561 และ 2562 ในแต่ละปีจำนวน 8 ราย ในช่วงปี 2564 – 2565 พบการระบาดของโรคติดต่อ COVID-19 อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 3,253.33 และ 5,303.57 ตามลำดับ ในปีช่วงปี 2560 – 2564 พบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 295.82, 324.12, 335.34, 299.74 และ 346.76 ตามลำดับ โรคไข้เลือดออก เท่ากับ 582.40, 667.36, 830.15, 282.30 และ 163.23 ตามลำดับ และโรคฉี่หนู เท่ากับ 17.85, 28.57, 32.14, 7.14 และ 10.71 ตามลำดับ⁵

การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการอภิบาลระบบสุขภาพที่ได้ที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และที่สำคัญคือภาคประชาชน² นโยบายสาธารณะของพื้นที่ชัดเจนการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายการอภิบาลที่เข้มแข็ง การพัฒนาธรรมาภิบาลในองค์กร และการพัฒนากระบวนการและกลวิธีที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน (วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2552) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงาน สังเกตผล และสะท้อนผล เป็นอีกปัจจัยที่ช่วยประโยชน์ต่อชุมชนอย่างแท้จริง (Kemmis, & McTaggart, 1988; Cohen, J. M., & Uphoff, N.T., 1980) ความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การให้บริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ การบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง และภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (WHO, 2007)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำตามแนวทางมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ตามที่กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่รูปแบบเดิมที่ใช้อยู่ ก็ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน กล่าวคือ รูปแบบเดิมยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้

อย่างเต็มประสิทธิภาพ สมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินยังต้องการพัฒนาให้ดีกว่าเดิม วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงานที่มีคุณภาพยังไม่เพียงพอ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสารต่างๆ ยังซับซ้อน ใช้งานไม่สะดวก ยังไม่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง อีกทั้งขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเต็มที่ การบัญชาการเหตุการณ์ และแผนการปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่นๆ ในหลายครั้งเกิดความล่าช้า ไม่ทันต่อการแก้ไขปัญหา ดังนั้น ในบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบใหม่ให้มีคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ทำงานในพื้นที่ จึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายสาธารณะและการอภิบาลระบบสุขภาพมาใช้ในการศึกษานี้ และอาศัยการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานควบคุมและป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3) เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ประกอบด้วยร่วมกันวางแผน (Planning) ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ร่วมกันสังเกตผล (Observation) และร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2565 - มกราคม 2566 ซึ่งการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ (2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบ และ (3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

ประชากร ทั้งหมด จำนวน 10,654 คน ได้แก่ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลาง กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่ม 1 ศึกษาบริบทสถานการณ์ ได้แก่ ตัวแทนจาก ภาคประชาชน 368 คน และภาคส่วนหน่วยงานต่างๆ 35 คน รวมเป็น 403 คน (2) กลุ่ม 2 พัฒนารูปแบบ ได้แก่ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ 39 คน และ (3) กลุ่ม 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ 35 คน และภาคประชาชน 30 คน รวมเป็น 65 คน สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บจากตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมจำนวน 12 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างภาคประชาชน ในกลุ่ม 1 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Daniel (1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 368 คน สำหรับกลุ่ม 3 คำนวณโดยใช้สูตร Cohen (1988) Effect Size= 0.80 ค่าความเชื่อมั่น = 95% และ Power Analysis = 0.80

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ในการศึกษาครั้งนี้ คือใช้กลุ่มประชาชนพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านเฉลิมพระเกียรติ วัดสวนขัน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ การขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ประชาชนที่อ่านหนังสือออก และสามารถเขียนภาษาไทยได้ ที่อาศัยในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การ คัดออก ได้แก่ มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย และป่วยจาก โรคติดต่อติดเชื้อที่เป็นอันตราย ในระหว่างการดำเนิน โครงการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ทรงคุณวุฒิที่มีผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ ด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ค่า CVI = 0.99 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือ วิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพื้นที่อำเภอฉวาง จังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น ค่า Cronbach's alpha Coefficient ของแบบประเมิน สมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีค่าเท่ากับ 0.93, 0.79 และ 0.93 ตามลำดับ ค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมิน สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีค่าอยู่ ในช่วง 0.27-0.81 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติ ใหม่อุบัติซ้ำ มีค่าอยู่ในช่วง 0.21-0.67 และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีค่าอยู่ในช่วง 0.54 -0.85

การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใน การศึกษาครั้งนี้ โดยนำรูปแบบไปตรวจสอบคุณภาพ โดย ให้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ด้าน ความเป็นประโยชน์ ด้านความถูกต้องครอบคลุม เนื้อหา ในกิจกรรมตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำมา ปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ได้จากทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับแนวคิดในการป้องกัน ควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การอภิบาลระบบสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ซึ่ง เนื้อหา ประกอบด้วย 8 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวนทั้งหมด 8 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิดให้ เลือกตอบ และปลายเปิดให้เติมคำสั้นๆ ประกอบไป ด้วยประเด็นเนื้อหา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการเป็นโรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ตอนที่ 2 แบบประเมินมาตรฐานการ ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จำนวน ทั้งหมด 25 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตรฐานของสำนัก โรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค (2563) ลักษณะข้อ คำถามให้เลือกตอบ ผ่าน และไม่ผ่าน เกณฑ์ คือ ต้อง ผ่านระดับ Basic requirement ทุกข้อ

ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการป้องกัน ควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ การแปลผลระดับคะแนนแบ่ง 5 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ คะแนนสมรรถนะสูงมาก (4.20-5.00 คะแนน) สมรรถสูง (3.40-4.19) ปานกลาง (2.60-3.39) ต่ำ (1.80-2.59) ต่ำมาก(1.00-1.79)

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามเป็น แบบ Rating Scale ซึ่งมีระดับการวัด 4 ระดับ คือ ปฏิบัติ เป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย บางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย การแปลผลระดับคะแนน แบ่ง 5 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ คะแนนพฤติกรรมระดับสูงมาก (3.40-4.00) สูง (2.80-3.39) ปานกลาง (2.20-2.79) ต่ำ (1.60-2.19) ต่ำ มาก (1.00-1.59)

ตอนที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมใน การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ การ แปลผลระดับคะแนนแบ่ง 5 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ คะแนนสมรรถนะสูงมาก (4.20-5.00 คะแนน) สมรรถสูง (3.40-4.19) ปานกลาง (2.60-3.39) ต่ำ (1.80-2.59) ต่ำ มาก (1.00-1.79)

ตอนที่ 6 แบบบันทึกเหตุการณ์โรคอุบัติ ใหม่อุบัติซ้ำ เป็นลักษณะเติมข้อความแบบสั้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประวัติการ สัมผัสผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ประวัติการเดินทางมา จากพื้นที่ระบาด ประวัติการได้รับวัคซีน³

ตอนที่ 7 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการ พัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกัน

ควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks ประกอบด้วยข้อคำถาม ลักษณะปลายเปิด 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การให้บริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศ 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ 5) การบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง และ 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

ตอนที่ 8 แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ปัญหาอุปสรรค 2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ 3) ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบอภิบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยประยุกต์แนวคำถามจากแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ ของกรมอนามัย (กรมอนามัย, 2562) ลักษณะข้อคำถามปลายเปิด

เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ มาตรฐานการปฏิบัติงาน สมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อคน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลา 45-60 นาที ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ใช้วิธีการสังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม พร้อมทั้งศึกษาเอกสารประกอบ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดย (1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ ด้วยสถิติ Paired T-test (3) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หลังพัฒนารูปแบบ กับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้วยสถิติ One Sample T-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ Content analysis

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่อนุมัติ 380-

348/2565) และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง (เลขที่อนุมัติ P068/2565) ข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น และเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

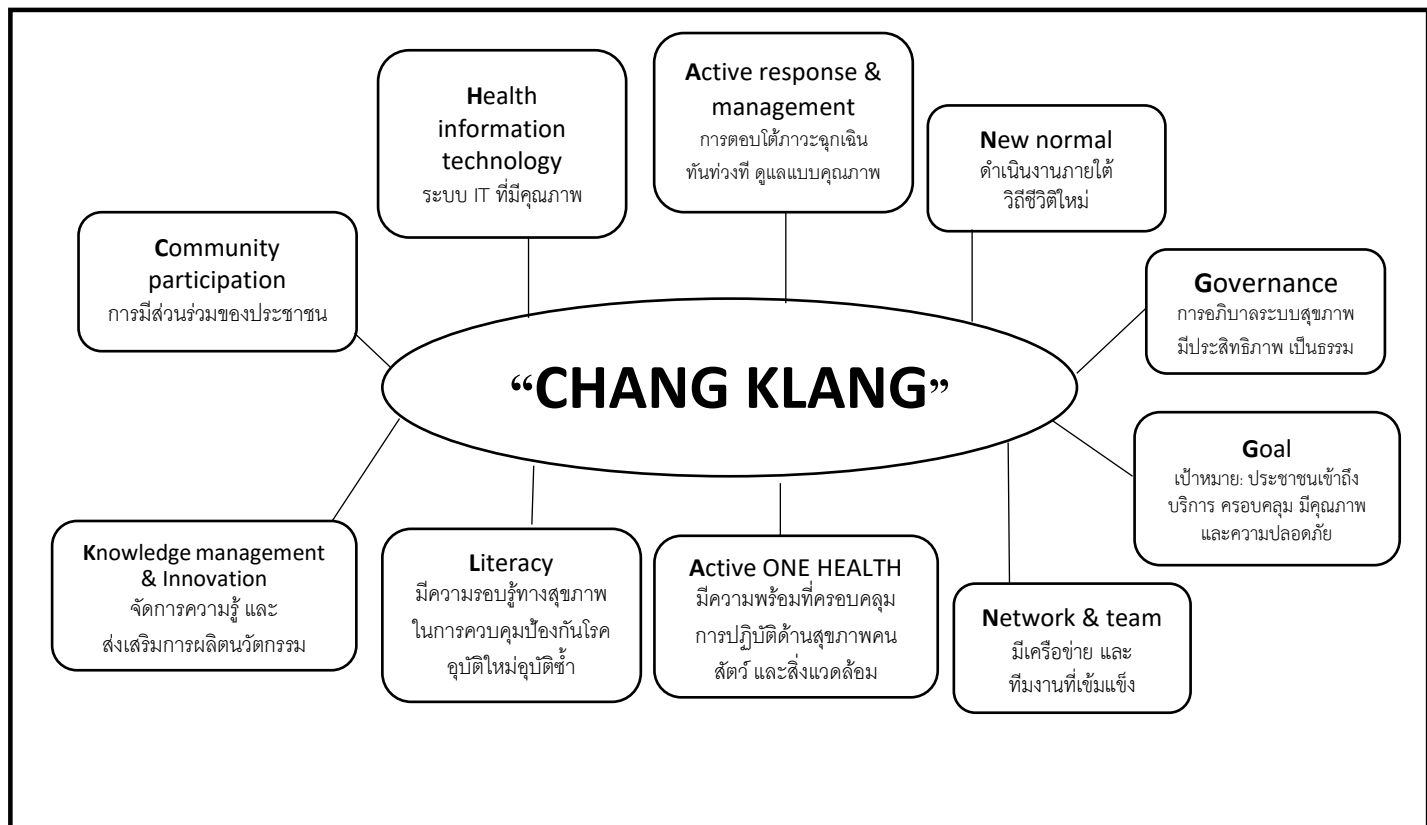
ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.65 มีอายุเฉลี่ย 51.41 ± 11.59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 77.67 การศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี ร้อยละ 27.30 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.94 ในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่และบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนใหญ่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 31.70 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 85.49 ในกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.22 โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อ COVID-19

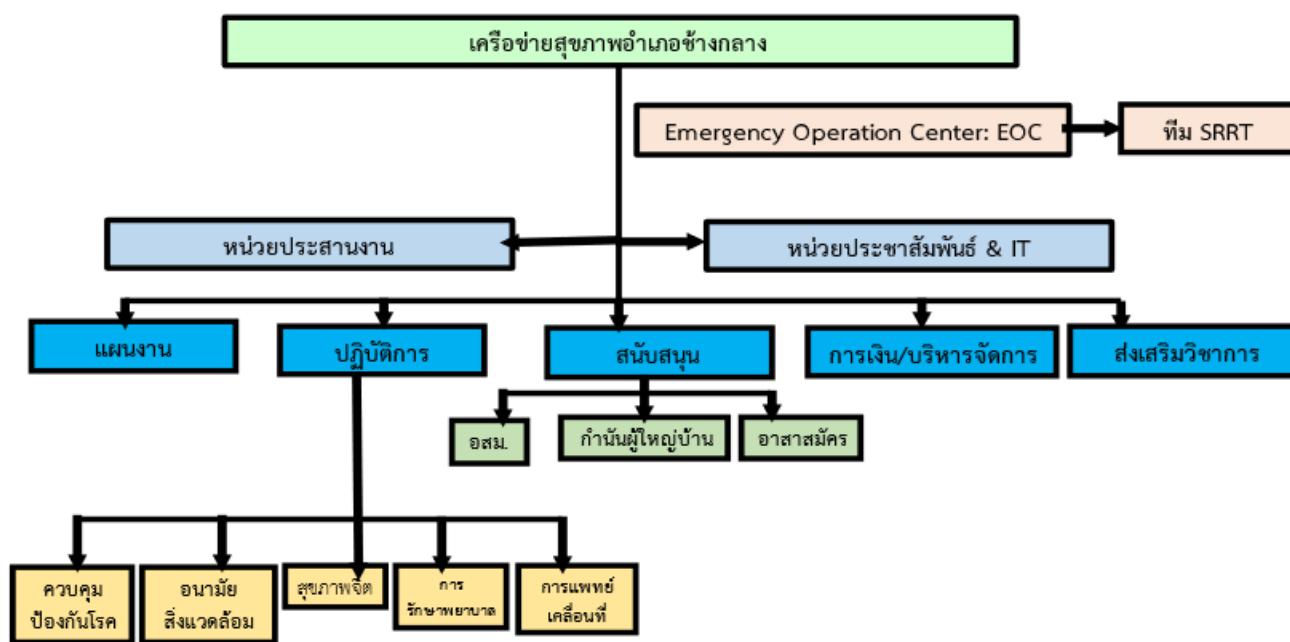
สถานการณ์ ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่า โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่พบในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ H1N1 (2009) โรคมือเท้าปาก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย โรคฉี่หนู โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู และโรคติดเชื้อ COVID-19 สถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบปัญหาในการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการและทรัพยากร ด้านการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง ปัญหาการตอบสนองต่อการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และปัญหาด้านการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัยที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว ประชาชนได้รับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ยังไม่ทั่วถึง วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่รวดเร็วที่ถูกต้อง ทันสถานการณ์ต่างๆ มีความซับซ้อน ใช้งานไม่สะดวก การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่เต็มที่ การบัญชาการเหตุการณ์และแผนการปฏิบัติตอบสนองต่อสถานการณ์ รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่นๆ มีความล่าช้า

กระบวนการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาชุมชน (2) วางแผนร่วมกับชุมชน (3) ดำเนินการตามแผน

(4) สังเกตและติดตามผลร่วมกับชุมชน (5) สะท้อนผล
ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลสู่ชุมชน



รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่



กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ออกแบบและพัฒนาขึ้นเพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ใน การศึกษานี้ ประกอบด้วย 11 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) นักสืบแห่งชุมชนช้างกลาง (2) สสอ.เคาะประตูบ้าน (3) Fit and Firm สุขภาพดีที่ช้างกลาง (4) สัญญาใจกับพ่อ ทานคล้ายาจากสิทธิ (5) 1 รพ.สต. 1 นวัตกรรม (6) จัด อาสาพัฒนาชุมชนให้พ้นจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (7) เวที ชาวบ้าน (8) ฟังเสียงจากป่าช้างบ้าน (9) ประกวด Tik Tok ชาวช้างกลางห่างไกลโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (10) ประกวด Chang Klang Idol ด้านการควบคุมป้องกันโรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และ (11) คีนข้อมูลสู่ชุมชน

ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการพัฒนา รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติ ใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัด นครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.80 ± 0.41) ด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ความเหมาะสม และความ

เป็นประโยชน์ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (5.00 ± 0.00) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ความเป็นไปได้ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (4.40 ± 0.49)

รูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกัน ควบคุม โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอ ช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นใหม่จาก การศึกษานี้ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ “CHANG KLANG” ได้แก่ (1) Community participation การมี ส่วนของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (2) Health information technology ระบบเทคโนโลยี และสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ (3) Active response and management ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา และ ควบคุมป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (4) New normal ดำเนินงานภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (5) Governance การอภิบาลระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ีความเป็นธรรม (6) Knowledge management and

innovation จัดการความรู้ ส่งเสริมการผลิตนวัตกรรม (7) Literacy เจ้าหน้าที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (8) Active ONE HEALTH มีความพร้อมในการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม (9) Network and

team เครือข่ายและทีมที่เข้มแข็ง และ (10) Goal เป้าหมาย คือประชาชนเข้าถึงบริการ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ให้บริการที่มีคุณภาพ และความปลอดภัย ดังภาพที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และประชาชน

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนารูปแบบ		p*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
เจ้าหน้าที่ (n=35)					
สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	4.07	0.59	4.52	0.15	<0.001
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.28	0.21	3.41	0.14	0.009
การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	4.04	0.64	4.31	0.22	0.006
ประชาชน (n=30)					
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.24	0.50	3.50	0.32	0.011
การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.88	0.82	4.19	0.36	0.021

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, *Paired t-test

หลังการพัฒนาแบบ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าก่อนพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p<0.001$, $p=0.009$ และ $p=0.006$ ตามลำดับ) ในกลุ่มประชาชน

หลังการพัฒนาแบบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าก่อนพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p=0.011$ และ $p=0.021$ ตามลำดับ) ดังตาราง 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กับค่าเป้าหมาย ของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และกลุ่มประชาชนหลังพัฒนารูปแบบ

ตัวแปร	คะแนนหลัง พัฒนารูปแบบ		ค่า เป้าหมาย	p*
	Mean	S.D.		
เจ้าหน้าที่ (n=35)				
สมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	4.52	0.15	4.20	<0.001
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.41	0.14	3.40	0.313
การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	4.31	0.22	4.20	0.003
ประชาชน (n=30)				
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	3.50	0.32	3.40	0.003
การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	4.19	0.36	4.20	0.470

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, *One sample t-test

หลังพัฒนารูปแบบ กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p < 0.001$ และ $p = 0.003$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ไม่แตกต่างจากค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p = 0.313$) ในกลุ่มประชาชน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p = 0.003$) การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ไม่แตกต่างจากค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p = 0.470$) ดังตารางที่ 2

ผลการพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ตามกรอบ Six Building Blocks พบว่า (1) ด้านการให้บริการ มีระบบการบริการจัดการในการให้บริการดีขึ้น พัฒนาระบบการให้บริการที่รวดเร็วขึ้น ทั้งในรพ.และรพ.สต. มีการพัฒนานวัตกรรมเฉลิมแพ เป็นระบบการจองคิว และเตือนการนัดหมายการรักษา (2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด มีการพัฒนาสม.ให้มีความรู้ความสามารถเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการจัดการโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อสม.เข้ามามีบทบาทในการช่วยเจ้าหน้าที่ได้อย่างมากทั้งในการส่งยาถึงบ้าน หรือ อสม.สามารถเข้าส่งข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว (3) ด้านระบบสารสนเทศ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารด้านสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีอุบัติซ้ำ และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ บันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ JHCIS ระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบให้คำปรึกษาทางไกล มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน มีการพัฒนาแอปพลิเคชัน ChangKlang Epi Scan ที่ช่วยในงานสืบสวนโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีช่องทางติดต่อสื่อสารงานด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติอุบัติซ้ำ ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง Line account, Facebook, และ website ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 7 แห่ง (4) ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ด้านสาธารณสุขอย่างเป็นระบบมากขึ้น (5) ด้านการบริหาร

จัดการงบประมาณ การเงินการคลัง มีระบบการขออนุมัติที่รวดเร็วขึ้นให้สามารถจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ทันทีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินรวมถึงการสำรวจความจำเป็นต่างๆที่หน่วยให้บริการที่ยังขาดแคลน มีการจัดซื้อจัดหา และเป็นมาตรฐานเดียวกันทุกหน่วยบริการ และ (6) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ มีผู้นำที่เข้มแข็ง ผู้นำองค์กรเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพในการป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ โดยออกคำสั่งในการทำงานที่ชัดเจน ควบคุม กำกับ และดูแล รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม หัวหน้าส่วนราชการของเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางมีภาวะผู้นำสูงมาก

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบ อภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พิจารณาตามกรอบ Six Building Blocks จากการศึกษา เริ่มต้นจากภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์ประกอบอื่นๆ ของ Six Building Blocks อีก 5 องค์ประกอบ ให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น มีระบบการเงินการคลังที่ดีที่สนับสนุนให้ อีก 4 องค์ประกอบอื่น ใน Six Building Blocks ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคน เทคโนโลยีสารสนเทศ และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ให้ทำหน้าที่ได้สมบูรณ์แบบ สำหรับกำลังคน ระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมการทำหน้าที่ของระบบบริการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำให้องค์ประกอบอื่นๆให้ดีขึ้น โดยที่ กำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่งผลโดยตรงต่อระบบให้บริการประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมายปลายทางขององค์ประกอบอื่นๆ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ใน Six Building Blocks ให้ประชาชนในอำเภอช้างกลางปลอดภัยจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาในการศึกษานี้ คะแนนประเมินคุณภาพรูปแบบ ด้านความถูกต้อง ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเป็นประโยชน์

และคุณภาพโดยรวม ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ อยู่ในระดับสูงมาก เป็นการชี้ให้เห็นว่ารูปแบบมีองค์ประกอบทั้ง 10 มิติ มีคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงความน่าเชื่อถือ มีสาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและชุมชนข้างกลางอย่างแท้จริง รูปแบบนี้เหมาะสมและคำนึงถึงผู้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการประเมินและประชาชนในพื้นที่ข้างกลางผลกระทบจากการประเมิน มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และสภาพความเป็นจริงของชุมชนอำเภอข้างกลางมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และเป็นประโยชน์ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานผู้ใช้รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่ข้างกลางให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายและเผยแพร่ต่อสาธารณสุขต่อไปได้ อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการประเมินและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนาพรหมณี ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด และ ปณิธาน กระสังข์ (2560), อีรพร สิริธรรมา และ คณะ (2564) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานี้ สามารถปรับให้เข้ากับการอภิบาลสุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉินของการเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยกลไกด้านการตัดสินใจ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านดำเนินการในทางปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการแนวคิดของ Gao & Yu (2020) อีกทั้งรูปแบบที่พัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน คือ ออกแบบและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ออกแบบและพัฒนาขึ้นมาจากฐานคิดของทฤษฎีและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข และแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ มีระบบงานและกลไกที่ชัดเจนวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พิจารณาตามกรอบ Six Building Blocks จากการศึกษา สะท้อนให้เห็นถึง ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอข้างกลางเป็นจุดเริ่มต้นขององค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงาน

ควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้องค์ประกอบอื่นๆ อีก 5 องค์ประกอบ ให้สามารถทำหน้าที่ได้ราบรื่นและดีขึ้น ส่วนระบบการเงินการคลัง ก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนให้องค์ประกอบ อีก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบบริการกำลังคน เทคโนโลยีสารสนเทศ และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ให้ทำหน้าที่ได้สมบูรณ์แบบ สำหรับกำลังคน ระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ ก็ล้วนแล้วแต่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมการทำหน้าที่ของระบบบริการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำให้ดีขึ้น โดยที่ กำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่งผลโดยตรงต่อระบบให้บริการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ดี เป็นเป้าหมายปลายทางขององค์ประกอบอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล

ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ มีผู้นำที่เข้มแข็งและมีธรรมาภิบาลในการทำงาน ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งและมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลาง ผู้นำองค์กรเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลาง ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ อภิบาลระบบสุขภาพในการป้องกันการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเป็นอย่างมาก มีการออกคำสั่งในการทำงาน ควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ชัดเจน ใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย อย่างจริงจัง และมีประโยชน์และสร้างความเข้าใจได้เป็นอย่างดีให้กับประชาชน ทำให้การควบคุม กำกับ และดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สัญญา ยีอราน และ คณะ

ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง หลังพัฒนารูปแบบ ถึงแม้ว่ามีระบบการขออนุมัติที่รวดเร็วขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม งบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในบางรายการก็ยังไม่เพียงพอ ค่าตอบแทนบุคลากรในบุคลากรบางกลุ่มยังน้อยอยู่ ชุดปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมืออุปกรณ์ในการลงพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ ขาดในบางช่วงอาจส่งผลต่อเจ้าหน้าที่อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล

ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ หลังพัฒนารูปแบบ มีการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ด้านสาธารณสุขสำหรับใช้ในงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีระบบสำรองอุปกรณ์ที่จำเป็นได้อย่างครบถ้วน สะท้อนให้เห็น

ถึงประสิทธิผลของพัฒนารูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุลและคณะ

ด้านระบบสารสนเทศ หลังพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างกลางให้มีความสำคัญกับระบบสารสนเทศเป็นอย่างมาก ซึ่งเห็นได้จาก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง นอกจากใช้ระบบ JHCIS ที่มีการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นปัจจุบันแล้ว ยังมีระบบให้คำปรึกษาเรื่องการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำแบบทางไกล ในการศึกษานี้ได้พัฒนาแอปพลิเคชัน ChangKlang Epi Scan สามารถช่วยในงานสืบสวนโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำได้เป็นอย่างมาก ทำให้ลดขั้นตอนการทำงานลง การรายงานผลง่ายขึ้น และรวดเร็วขึ้น ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างกลางได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงที่ประชาชนคุ้นเคย ใช้งานง่าย เข้าถึงได้สะดวก ผ่านระบบไลน์ Facebook, website ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 7 แห่ง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกบางกลุ่มที่ยังต้องพัฒนาความรู้และทักษะทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันตามยุควิถีชีวิตใหม่ที่เปลี่ยนไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บดินทร์ ชาดะเวที และ มะลิวัลย์ เรือนคำ และคณะ

ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ให้ความร่วมมือในการทำงานช่วยเหลือกันอีกในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีมุมมองที่ดีในการทำงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เข้าใจหน้าที่ของตนเองมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจากเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อระบบราชการมีการโยกย้าย การดำเนินการบางประการจึงขาดความต่อเนื่อง ผู้รับผิดชอบงานจึงต้องมีความชัดเจนและสามารถสื่อสารให้ผู้นำเข้าใจและสนใจในงาน เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องครอบคลุม เมื่ออปท.ทั้ง 3 แห่งของอำเภอช้างกลาง มีเสถียรภาพมากขึ้น การดำเนินการและความร่วมมือจึงทำได้ดีขึ้น เห็นได้จาก โครงการด้านสาธารณสุขที่ถูกนำเข้าสู่เสนอ พิจารณา และอยู่ระหว่างดำเนินการหลายโครงการที่ใช้งบประมาณของ อปท. ถึงแม้ว่า

เจ้าหน้าที่ที่ทำงานควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลางมีจำนวนจำกัด เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง จัดอบรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้สามารถช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ

ด้านการให้บริการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในศึกษานี้ ถือว่าประสบความสำเร็จในด้านนี้ เนื่องจากหลังพัฒนารูปแบบ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง ได้พัฒนาระบบการบริการจัดการในการให้บริการประชาชนให้มีคุณภาพดีขึ้น บริการที่รวดเร็วขึ้น เข้าถึงบริการ ครอบคลุมทุกพื้นที่ เจ้าหน้าที่ให้บริการที่มีคุณภาพ และประชาชนมีความรู้สึกความปลอดภัย ทั้งในรพ.และรพ.สต.ซึ่งพึงเสียงจากสะท้อนจากประชาชนส่วนใหญ่สะท้อนว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจิตบริการที่ดี ดูแลผู้ป่วยเสมือนคนไข้เหมือนญาติหรือคนในครอบครัวของตัวเอง รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมา เป็นรูปแบบที่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีการติดตามอาการของผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนของอำเภอช้างกลาง ที่ทำได้ง่ายและเร็วกว่าเดิม โดยมีกระบวนการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล และคณะ

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ สามารถนำรูปแบบอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ ใน 10 มิติ: CHANG KLANG ที่พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ และเป็นแนวทางในการจัดบริการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ แบบเชิงรุก ของพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช หรือจังหวัดใกล้เคียง พื้นที่ภาคใต้ โดยสามารถประยุกต์และปรับให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างของศาสนาและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ ซึ่งเกิดผลในทางที่ดีกับประชาชน คือประชาชนได้รับบริการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเป็นที่ที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลการพัฒนามากกว่านี้ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของประเมินประสิทธิผลของรูปแบบให้มากยิ่งขึ้น สำหรับการศึกษาด้านการพัฒนารูปแบบ อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการศึกษานี้ให้มากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็น

การยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบ ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และขยายผลเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มเด็กและเยาวชนให้มากขึ้น เพื่อให้การควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชนที่ยั่งยืนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. คู่มือการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำทางเดินหายใจ พ.ศ.2564. สำนักพิมพ์ บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร.2564
2. World Health Organization.The WHO strategic framework for prevention and control of emerging and epidemic-prone diseases. 2021
3. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2563 กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน. สืบค้น 25 มีนาคม 2565. จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2277120220127085658.pdf>.2564
4. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 731 วันที่ 7 มกราคม 2565. สืบค้น 29 พฤษภาคม 2565. จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no731-070165.pdf>
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง. รายงานไตรมาส 2565. รายงานการเกิดโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในอำเภอช้างกลางจังหวัดนครศรีธรรมราช. 2565
6. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.สืบค้น 25 มีนาคม 2565 จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5625?locale-attribute=th>
7. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, รัตนดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ, และ ดิษฐพล ใจชื่อ.การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข).107-09.2564
8. ชีพร สิริอังกูร, ศิริมา สีสวงค์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณิชภา ยนจอหอ, กนกพร แจ่มสมบูรณ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(2):320-33.2564
9. บดินทร์ ชาดะเวที.พฤติกรรมกับชีวิตวิถีใหม่: New Normal. บทความทั่วไป. สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565, จาก <http://www.ttmed.psu.ac.th/blog.php?p=258.2563>
10. พัฒนา พรหมณี ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด และ ปณิธาน กระสังข์. แนวคิดการสร้างและพัฒนา รูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข สำหรับนักสาธารณสุข. 6(2):เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2560
11. มนุ ศกุลสกุล และคณะ. การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี: การถอดบทเรียน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(2), 235–244. 2565
12. มะลิวัลย์ เรือนคำ พรเพ็ญ ศิริสตัยวงศ์ ศุภลักษณ์ เข็มทอง วัฒนารี อัมมวรรณ และ พรทิพย์พา ธิมา ยอม. ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการทํากิจกรรมการดำเนินชีวิตและรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองต่อยุคชีวิตวิถีใหม่.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้น 25 มีนาคม 2565 จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5533?show=full&locale-attribute=th>
13. เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์ .ซึ่งศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 4(1)44-58.2564
14. สมถวิล อัมพรอารี, สมรักษ์ ศิริเชตรกรณ์, อัญชลีพร อมาตยกุล . รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ

- อันตราย โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ สถาบันบำราศนราดูร. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 16(1), 1–12. 2565
15. สัญญา ยีอราน และ อาจินต์ สงทับ.รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.2562
16. สำนักงานสาธารณสุขนครศรีธรรมราช.รายงานประจำปี 2564. รายงานการระบอดโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในจังหวัดนครศรีธรรมราช. 2565
17. Best, & John, W. (1977). Research in Education. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall, Inc. Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1980). Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments.
18. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.1988
19. Daniel, W.W. (1999) Biostatistics A foundation for analysis in the health sciences. 7th Edition, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
20. Gao, X., & Yu, J. Public governance mechanism in the prevention and control of the COVID-19: information, decision-making and execution. Journal of Chinese Governance, 5(2), 178-197. doi:10.1080/23812346.2020.1744922.2020
21. Kemmis, & McTaggart, R. The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia.1988
22. World Health Organization. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization.2007

Received: 9 Jan 2023, Revised: 17 Feb 2023

Accepted: 13 Feb 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตของประชาชนจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กรณีศึกษา: จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อัญชนา โสภณ^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิต ของประชาชนจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม รายอำเภอ กรณีศึกษา: จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำการประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL 26 ข้อ จากกลุ่มตัวอย่าง 4,750 คน วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ One way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านองค์ประกอบ แยกตามระดับของ พขอ. ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,750 ราย มีคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 57.6 รองลงมา มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 40.4 คะแนนเฉลี่ย 91.0 (SD 14.7) คะแนนต่ำสุด 38 และคะแนนสูงสุด 129 โดยเกือบครึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านจิตใจ ร้อยละ 46.4 รองลงมา ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 35.4 สำหรับผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตรายด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวม ของแต่ละพื้นที่รายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างอำเภอ ได้แก่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ อำเภอเกาะสมุย อำเภอพระแสง และอำเภอไชยา ($p\text{-value}<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของแต่ละพื้นที่ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของพื้นที่ปานกลางจะมากที่สุด ทั้งนี้หากจัดเรียงคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจากคะแนนมาก-น้อย 5 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ ไชยา (Mean 90.0; SD 14.2) พระแสง (Mean 88.8; SD 15.1) เกาะสมุย (Mean 88.6; SD 12.7) ชัยบุรี (Mean 88.0; SD 14.5) และคีรีรัฐนิคม (Mean 87.9; SD 16.8) โดยอำเภอที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ พุนพิน (Mean 83.8; SD 15.1) ทั้งนี้ ระดับจังหวัดควรพัฒนาระบบและเครื่องมือประเมินการทำงานของ พขอ. ที่สอดคล้องกับศักยภาพจำนวนและความยากง่ายของประเด็นการทำงานของ พขอ.

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, พขอ.

^{1*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

* Corresponding author Email; annsophon@gmail.com

Original Article

People's Quality of Life of Strengthening District Committee on
Improving Quality of Life (District Health Board):
A Case Study of Surat Thani Province.

Anchana Sopon ^{1*}

Abstract

This cross-sectional research aimed to evaluate the people's quality of life of strengthening District Committee on improving quality of life and compare the average score of quality of life, a Case Study of Surat Thani Province. The 4,750 samples were responded the WHOQOL 26 questionnaire. Descriptive statistics including frequency percentage, mean, minimum, maximum and standard deviation were used to analyze the data. One way ANOVA were used to analyze the differential. Findings revealed that subjects were middle quality of life (57.6%) and good quality of life (40.4%) with average score 91.0 (SD 14.7; min-max 38-129). Almost half were good quality of physical domain and environment (46.4% and 35.4% respectively). The differential between District quality of life were Kanchandit District, Ko-Samui District, Phrasaeng District and Chaiya District (p -value<0.05). The overall quality of life score of District were moderate implement levels with rating in five level were Chaiya District (90.0, S.D. 14.2), Phrasaeng District (Mean 88.8; SD 15.1) Ko-Samui District (Mean 88.6; SD 12.7) Chai Buri District (Mean 88.0; SD 14.5) and Khiri Rat Nikhom District (Mean 87.9; SD 16.8) respectively. Phunphin District were lowest score (Mean 83.8; SD 15.1). Thus the Provincial Health level should be improvement of system and tools to support District Health Board needs to align with capacity, amount, difficulties, and strategic issues of each District Health Board.

Keywords: Quality of life, DHB

^{1*}Public Health Technical Officer (Professional Level) Suratthani Provincial Health Office.

* Corresponding author Email; annsopon@gmail.com

บทนำ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เกิดจากการผสมผสานระหว่างพัฒนาการที่เกิดจากความร่วมมือโดยรวมของภาคส่วนต่างๆ ที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ภายในระบบสุขภาพอำเภอ กับการลงนามเพื่อบันทึกความร่วมมือระหว่าง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การบันทึกความร่วมมือดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการดำเนินการบนพื้นฐานของ “การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทุกองค์ประกอบจากภาคประชาชน กับทุกภาคส่วนในภาครัฐ (ประชารัฐ)” ขับเคลื่อนให้ระบบสุขภาพ มีคุณลักษณะของ “การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อ “สุขภาวะ (Well-being: อยู่กับปัจจุบันได้ดี)” ของประชาชนทุกคน โดยมี พชอ. เป็นยุทธศาสตร์หลักของวาระการปฏิรูปให้ครอบคลุม 878

อำเภอ เพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ และสุขภาพของประชาชน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นผู้ขับเคลื่อนด้วยการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของภูมิภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน นับเป็นมิติใหม่ของการปฏิรูปที่มีความเชื่อมโยง ผสมผสานการดูแลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่สร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความเป็นอยู่ทางสังคม มีสุขภาวะทางกาย จิตที่ดี เกิดความยั่งยืนสืบไป ภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วย “การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2561¹

จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 10 มีนาคม 2561 พบว่า ผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างมีส่วนร่วมของ พชอ. 878 อำเภอ อย่างน้อย 2 ประเด็น (2,706 โครงการ) พบว่า สัดส่วนของประเด็นที่ขับเคลื่อน 5 อันดับแรก คือ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 63.0 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.1 อุบัติเหตุ ร้อยละ 54.5 อาหารปลอดภัย ร้อยละ 30.1 และแม่และเด็กวัยรุ่น ร้อยละ 26.4² ทั้งนี้ เพื่อประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานของ พชอ. ในภาคสาธารณสุขจึงได้ใช้เกณฑ์ตามแนวทาง UCCARE (Unity team, Customer focus, Community participation, Appreciation, Resource sharing & human development และ Essential care) ประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งผลลัพธ์ของการประเมิน UCCARE จะแบ่งพื้นที่ดำเนินการออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพื้นที่ที่ดำเนินการได้ดี กลุ่มพื้นที่ดำเนินการปานกลาง และกลุ่มพื้นที่ริเริ่มดำเนินการ⁽³⁾ โดยใช้เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับอำเภอ ซึ่งประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ⁴

ผลการดำเนินงาน พชอ. ตามเกณฑ์ UCCARE ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า มีอำเภอระดับดี ปาน

กลาง และริเริ่มดำเนินการ ร้อยละ 42.1 26.3 และ 31.6 ตามลำดับ⁵ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดำเนินงาน พชอ. ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการดำเนินการระดับดีเพียงเกือบครึ่งของ พชอ.ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามผลการประเมิน UCCARE อาจสะท้อนให้เห็นว่าอำเภอที่อยู่ในขั้นพัฒนาการระดับต่างๆ นั้นมีความเข้มแข็งมากน้อยเพียงใด แต่ระดับการประเมินตาม UCCARE อาจไม่สะท้อนประสิทธิภาพการทำงานที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีศึกษา: จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาหนุนเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เกิดจากความร่วมมือของหลายภาคส่วน มีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ช่วยเหลืออื่น อันนำไปสู่การมีสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิต ของประชาชนจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม ของประชาชนจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัด สุราษฎร์ธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ทำการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2565 รวม 1,072,464 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างของประชากรจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้สูตรคำนวณ

ขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดประชากร⁶ คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 246 คน เพื่อป้องกันการให้ความร่วมมือที่ไม่ครบตามจำนวนที่กำหนด จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็นอำเภอละ 250 ราย x 19 อำเภอ = 4,750 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 6 เดือน ขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ อายุต่ำกว่า 15 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี น้อยกว่า 6 เดือน และไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิในการรักษา โรคประจำตัว การทราบว่าในพื้นที่ มีการดำเนินงาน พขอ. และประเด็นที่มีการดำเนินงานในพื้นที่โดย พขอ.

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ จำนวน 26 ข้อ⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

โดยคำถาม ข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

ข้อคำถาม ที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมาย ทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26–130 คะแนน ดังนี้

คะแนน 26–60 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61–95 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ

คะแนน 96–130 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย REC 65-0048 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานความร่วมมือในการศึกษาวิจัยถึงประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสอบถามถึงระดับคุณภาพชีวิต ของประชาชน ตามแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้จัดประชุมวิธีการเก็บข้อมูลกับผู้ประสานและผู้ช่วยวิจัย ในพื้นที่ และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ตลอดจนระยะเวลาการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล และระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ One way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบในแต่ละพื้นที่ พขอ. และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านองค์ประกอบ แยกตามระดับของ พขอ. (ระดับดี ระดับปานกลาง ระดับเริ่มดำเนินการ)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.0 อายุเฉลี่ย 46.6 ปี (SD 13.3) มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 53.7 รองลงมา อายุ 30-44 ปี ร้อยละ 20.8 มากกว่าครึ่งสมรสแล้ว ร้อยละ 61.3 รองลงมา โสด ร้อยละ 20.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.3 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.3 เกือบครึ่งประกอบ

อาชีพทำสวน ร้อยละ 48.6 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 13.8 มีรายได้เฉลี่ย 16,578.0 บาท (SD 1,7661.7) เกือบครึ่งมีรายได้ 700-10,000 บาท ร้อยละ 48.3 รองลงมา 10,001-27,000 บาท ร้อยละ 36.8 ด้านสวัสดิการในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ มีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 77.7 รองลงมา บัตรประกันสังคม ร้อยละ 10.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 29.9 มากกว่าครึ่งเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 52.3 รองลงมา อื่นๆ ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด ภูมิแพ้ กระเพาะ ร้อยละ 44.9 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อย

ละ 39.7 มากกว่าครึ่งทราบว่าในพื้นที่ มีการดำเนินงาน พขอ. ร้อยละ 56.7 โดยส่วนใหญ่มีการดำเนินงาน พขอ. ในประเด็นการเฝ้าระวังป้องกันโรค โควิด-19 ร้อยละ 88.0 รองลงมาการดูแลกลุ่มเปราะบาง ร้อยละ 74.1

2. ระดับคุณภาพชีวิต ของประชาชนจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n=4,750)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี		คุณภาพชีวิตกลางๆ		คุณภาพชีวิตที่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพกาย	24	0.5	3,250	68.4	1,476	31.1
ด้านจิตใจ	94	2.0	2,452	51.6	2,204	46.4
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	526	11.1	2,827	59.5	1,397	29.4
ด้านสิ่งแวดล้อม	217	4.6	2,842	59.8	1,691	35.6
คุณภาพชีวิตโดยรวม	97	2.0	2,737	57.6	1,916	40.4
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			91.0		(14.7)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-สูงสุด)			91.0		(38-129)	

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 57.6 รองลงมา มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 40.4 Mean 91.0 (SD 14.7) คะแนนต่ำสุด 38 และคะแนนสูงสุด 129 โดยมากกว่าครึ่งมี

คุณภาพชีวิตกลางๆ ด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 68.4 รองลงมา มีคุณภาพชีวิตกลางๆ ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 59.7 เกือบครึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านจิตใจ ร้อยละ 46.4 รองลงมา ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 35.4

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมรายอำเภอ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม รายอำเภอ (n=4,750)

อำเภอ	สถิติ	ด้าน สุขภาพกาย	ด้านจิตใจ	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ด้านสิ่งแวดล้อม	คุณภาพชีวิตโดยรวม
กาญจนดิษฐ์	Mean	24.1	21.5	9.9	26.9	85.4
	SD	3.2	3.2	2.2	5.4	13.6
	p-value*	<0.001	<0.001	0.01	0.05	0.01
เกาะสมุย	Mean	25.5	22.6	10.2	27.8	88.6
	SD	3.6	3.2	2.0	5.0	12.7
	p-value*	<0.001	<0.001	0.01	0.05	0.01
เกาะพะงัน	Mean	25.1	22.2	10.4	27.1	87.2
	SD	3.8	3.6	2.0	5.3	14.7
	p-value*	0.00	0.04	0.01	0.64	0.17

อำเภอ	สถิติ	ด้าน สุขภาพ กาย	ด้านจิตใจ	ด้าน สัมพันธภาพ ทางสังคม	ด้าน สิ่งแวดล้อม	คุณภาพ ชีวิต โดยรวม
พนม	Mean	24.4	21.5	10.3	27.1	87.1
	SD	3.5	3.5	2.2	5.1	14.6
	p-value*	0.46	0.89	0.02	0.62	0.20
เคียนซา	Mean	24.5	21.6	10.3	27.1	87.0
	SD	3.7	3.7	2.3	5.4	15.0
	p-value*	0.29	0.80	0.03	0.77	0.21
พระแสง	Mean	25.3	22.0	10.5	27.6	88.8
	SD	3.8	3.7	2.1	4.8	13.5
	p-value*	0.00	0.01	0.00	0.01	0.01
พุนพิน	Mean	23.7	21.2	9.4	26.0	83.8
	SD	3.6	3.7	2.1	5.3	15.1
	p-value*	0.17	0.33	0.01	0.06	0.23
วิภาวดี	Mean	24.6	21.8	9.9	27.1	86.0
	SD	3.4	3.8	2.3	5.6	15.1
	p-value*	0.10	0.31	0.75	0.68	0.62
เมือง สุราษฎร์ธานี	Mean	24.5	21.8	9.9	26.9	86.2
	SD	3.4	3.4	2.0	4.8	13.6
	p-value*	0.18	0.35	0.89	0.93	0.55
ไชยา	Mean	25.8	23.3	10.4	28.5	90.0
	SD	3.5	3.6	2.2	5.4	14.2
	p-value*	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00
คีรีรัฐนิคม	Mean	24.9	22.1	10.2	28.0	87.9
	SD	3.9	4.1	2.2	5.8	16.8
	p-value*	0.01	0.10	0.09	0.02	0.06
บ้านตาขุน	Mean	24.7	21.7	10.3	27.3	87.6
	SD	3.8	3.9	2.3	5.4	14.8
	p-value*	0.05	0.51	0.02	0.44	0.09
บ้านนาสาร	Mean	24.6	21.9	9.8	26.9	84.7
	SD	3.9	4.2	2.3	5.4	15.5
	p-value*	0.16	0.28	0.65	0.95	0.61
ดอนสัก	Mean	24.6	22.0	9.9	27.0	85.3
	SD	3.8	4.3	2.3	5.4	15.1
	p-value*	0.17	0.15	0.92	0.87	0.94
ท่าชนะ	Mean	24.6	21.9	10.0	27.7	86.8
	SD	4.0	4.2	2.4	6.0	17.2
	p-value*	0.14	0.21	0.42	0.10	0.29
ท่าฉาง	Mean	24.7	22.1	10.1	27.4	87.0
	SD	3.8	3.8	2.3	5.5	14.8
	p-value*	0.06	0.01	0.20	0.34	0.21

อำเภอ	สถิติ	ด้าน สุขภาพ กาย	ด้านจิตใจ	ด้าน สัมพันธภาพ ทางสังคม	ด้าน สิ่งแวดล้อม	คุณภาพ ชีวิต โดยรวม
บ้านนาเดิม	Mean	24.8	22.1	10.2	27.5	87.0
	SD	3.6	3.7	2.2	5.6	14.5
	p-value*	0.05	0.08	0.16	0.25	0.21
เวียงสระ	Mean	24.8	22.2	10.0	28.1	87.6
	SD	3.7	3.9	2.0	5.2	14.3
	p-value*	0.04	0.04	0.53	0.02	0.09
ชัยบุรี	Mean	24.9	22.2	10.2	27.6	88.0
	SD	3.8	3.8	2.2	5.7	14.5
	p-value*	0.02	0.05	0.11	0.13	0.05

*p-value <0.05 by One way ANOVA

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตรายด้าน (ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ของแต่ละพื้นที่รายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างอำเภอ ได้แก่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ อำเภอเกาะสมุย อำเภอพระแสง และอำเภอไชยา (p-value<0.05) อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละพื้นที่ของอำเภออื่นๆ

เมื่อพิจารณาถึงระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ทุกอำเภอมียกระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน 61-95) ทั้งนี้หากจัดเรียงคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจากคะแนนมาก-น้อย 5 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ ไชยา (Mean 90.0; SD 14.2) พระแสง (Mean 88.8; SD 15.1) เกาะสมุย (Mean 88.6; SD 12.7) ชัยบุรี (Mean 88.0; SD 14.5) และคีรีรัฐนิคม (Mean 87.9; SD 16.8) โดยอำเภอที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ พุนพิน (Mean 83.8; SD 15.1)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามพื้นที่ พชอ. (ริเริ่ม ปานกลาง ดี) (n=4,750)

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	ระดับพื้นที่ พชอ.							
	ริเริ่ม		ปานกลาง		ดี		รวม	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
ด้านสุขภาพกาย	24.6	3.6	24.9	3.7	24.7	3.8	24.7	3.7
ด้านจิตใจ*	21.8	3.6	22.2	3.9	22.1	3.9	22.0	3.8
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.1	2.2	10.1	2.2	10.1	2.2	10.1	2.2
ด้านสิ่งแวดล้อม*	27.1	5.3	27.5	5.4	27.5	5.6	27.3	5.4
คุณภาพชีวิตโดยรวม	86.7	14.4	87.3	15.1	87.0	15.1	86.9	14.8

*p-value <0.05 by One way ANOVA

จากตารางที่ 3 พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ระหว่างพื้นที่ (p-value <0.05 by One way ANOVA) แต่ไม่พบความแตกต่าง

ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของแต่ละพื้นที่พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของพื้นที่ปานกลางจะมากที่สุด (Mean 87.3)

เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นๆ และคะแนนองค์ประกอบรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ของคุณภาพชีวิตมีแนวโน้มที่จะมีค่าคะแนนที่มากกว่าพื้นที่อื่นเช่นกัน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม ที่ค่าคะแนนของแต่ละพื้นที่มีค่าคะแนนเท่ากัน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 57.6) รองลงมา มีคุณภาพชีวิตกลางๆ (ร้อยละ 40.4) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านจิตใจเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ตามลำดับ โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากที่สุดในประเด็น “ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข สงบ มีความหวัง)” (ร้อยละ 34.0) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับมาก ในประเด็น “ความพอใจกับสุขภาพของตนเองในขณะนี้” (ร้อยละ 42.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวัฒน์ ชันโท⁹ พบว่า คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่หน่วยบริการชุมชน คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีคุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของปรางทิพย์ ภักดีศรีไพรวัลย์⁹ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตระดับดีและคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดีเช่นกัน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตรายด้าน (ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม) และคุณภาพชีวิตโดยรวมของแต่ละพื้นที่รายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างอำเภอ ได้แก่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ อำเภอเกาะสมุย อำเภอพระแสง และอำเภอไชยา ($p\text{-value}<0.05$) อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละพื้นที่ของอำเภออื่นๆ จะเห็นได้ว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของ

กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันใน แต่ละอำเภอ ทั้งนี้เนื่องจาก พหอ. เป็นกลไกสำคัญที่จะก่อให้เกิดการบูรณาการองค์กรหลากหลายภาคส่วนในการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น ทั้งการได้รับบริการ ดูแล รักษาสุขภาพ ร่วมกับบริการทางสังคม และเศรษฐกิจ ไม่มากนักน้อยตามความแตกต่างทั้งในเชิงของศักยภาพและพื้นที่ของ พหอ. แต่ละระดับทั้งระดับริเริ่มดำเนินการ ระดับปานกลาง และระดับดีก็ต่างมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งประเด็นสุขภาพ จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีส่วนกระตุ้น ผลักดัน และสนับสนุนการดำเนินงานโดยอาศัยเครื่องมือวัดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRES-THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ¹⁰ พร้อมกันนี้หากเป็นไปได้ก็จะสามารถยกระดับไปสู่การบรรลุ “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals:SDGs)” ที่ไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะ เพียงเป้าหมายข้อที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good health and well-being) เท่านั้น แต่สามารถบรรลุครอบคลุมเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้คน ประเด็นทางเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ จนถึงเป้าหมายที่ 17 ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Partnerships to achieve the Goal) อีกด้วย

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ระหว่างพื้นที่ ($p\text{-value}<0.05$ by One way ANOVA) แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของแต่ละพื้นที่พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของพื้นที่ปานกลางจะมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นๆ และคะแนนองค์ประกอบรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ของคุณภาพชีวิตมีแนวโน้มที่จะมีค่าคะแนนที่มากกว่าพื้นที่อื่นเช่นกันยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม ที่ค่าคะแนนของแต่ละพื้นที่มีค่าคะแนนเท่ากัน ทั้งนี้เนื่องจากในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พหอ. ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้ง พหอ. ในระดับดี ระดับปานกลาง และระดับริเริ่มดำเนินการเป็น

การแบ่งระดับการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE จากผลการประเมินตนเองผ่านโปรแกรม Collective Learning UCCARE ซึ่งผลของการประเมินตนเองขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแต่ละบุคคลไม่ได้เป็นการประเมินโดยคณะกรรมการหรือผู้ประเมินที่มีการประเมินที่มีความเที่ยงตรงกว่า แต่อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พขอ. เป็นรูปแบบของการดำเนินงานที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและชุมชนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่เน้นให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคร่วมกับปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ตลอดจนสามารถเสริมพลังประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง อันจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้นได้ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนต่างๆ ที่จะเอื้อต่อการดำเนินงานของ พขอ. แต่ละระดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของภูติพ เทชาดิวัฒน์ และคณะ¹¹ พบว่า พขอ. แต่ละระดับมีรูปแบบการดำเนินงานในลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและความรู้สึกในการเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมขับเคลื่อนประเด็นที่ พขอ. กำหนด และมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตนอกเหนือจากปัญหาสุขภาพโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มของการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มากขึ้นแต่ประชาชนมีการรับรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างจำกัด

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1. พัฒนากลไกหนุนเสริมการดำเนินงานของ พขอ. เนื่องจากยังไม่มีแนวทางในการประเมินตนเองว่าต้องการการหนุนเสริมใด เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พขจ.) เพื่อเป็นกลไกในการหนุนเสริม การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับจังหวัด
2. พัฒนาเครื่องมือในการทำงานที่จะช่วยส่งเสริมศักยภาพการดำเนินงานของ พขอ. เช่น เครื่องมือในการระบุประเด็นปัญหา เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือในการสร้างส่วนร่วมในประชุม หรือ เครื่องมือในการถอดบทเรียน เป็นต้น

3. ระดับจังหวัดควรหนุนเสริมการทำงานของ พขอ. โดยประยุกต์ใช้ทีมประเมินผลให้มีบทบาทหน้าที่ เป็นทีมประเมินเพื่อการพัฒนา มีหน้าที่ นอกเหนือจากการประเมินผลลัพธ์ คือ การสะท้อนประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานของ พขอ.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการประเมินสุขภาพตนเองของประชาชน เพื่อวัดระดับภาวะสุขภาพตามความคิดเห็นของตนเอง และทำการเปรียบเทียบระดับภาวะสุขภาพก่อนและหลังการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
2. ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนากลไกหนุนเสริมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ รวมทั้งนักวิชาการสาธารณสุข ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยให้แล้วเสร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561.
2. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. รายงานสรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปี 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2563.
3. ณภัทร สิทธิศักดิ์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) การนำ UCCARE ไปใช้ในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพ ที่ 8. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8, 2564.
4. เสรี ราชโรจน์. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. เอกสารการสอน

- ชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3.
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช: นนทบุรี. 2537.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี.
รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามโปรแกรม UCCARE 2565. สุราษฎร์ธานี: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ, 2565.
 6. อรุณ จีรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
 7. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health, 1994.
 8. ณัฐวัฒน์ ชันโท. คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่หน่วยบริการชุมชน คลินิกศูนย์ แพทย์พัฒนาปัญหาพิเศษหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารทั่วไป. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556.
 9. ปรางทิพย์ ภักดีศรีไพรวัลย์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ หมู่ 11 ตำบลท่าผา อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง. สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม. ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.
 10. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารกรมสุขภาพจิต, 2540.
 11. ภูติเทพ เตชาติวัฒน์ และคณะ. รายงานโครงการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564.

Received: 21 Jan 2023, Revised: 5 Feb. 2023

Accepted: 6 Feb. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม
เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

วิวัฒน์ สุดเพาะ^{1*}, นฤมล ลินสุพรรณ², ชนะพล ศรีฤชา³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2565 เลือกมาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) (จำนวน 60 คน จาก 2 โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ 30 คน (กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วย การชมคลิปวีดีโอ คู่มือการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จัดบอร์ดให้ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัยในการให้ความรู้ กระตุ้นเตือนโดย เพื่อนครูและผู้ปกครอง กลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษาตามปกติในโรงเรียนระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ลักษณะทางประชากรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนและค่าเฉลี่ยความแตกต่าง ของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิด ต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุป โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงได้

คำสำคัญ : การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์,ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน,การสนับสนุนทางสังคม,นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

^{2,3} รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

* Corresponding author E-mail : tou30529@gmail.com

Original Article

The Effectiveness of Alcohol Drinking Prevention Program by Application of The Theory of Planned Behavior with Social Support on Alcohol Drinking Preventive behaviors among High School Students

Wittawat Sudpror¹, Narumon Sinsupan²,
Chanaphol Sriruecha³

Abstract

This Quasi-Experimental research aimed to study the effects of alcohol drinking prevention program by applying of the Plan Behavior theory together with Social support in high school. The samples were 60 high school students who were studying in mattayomsuksa 4 at the secondary school in Nam Phong District Khon Kaen Province, academic year 2022, then divided into 2 groups (experimental group and control group), each group was 30 students. The experimental group received alcohol prevention program which consists of watching video clips, alcohol prevention guideline handbook, organized a forum to discussion and exchange of experience about alcohol through receiving social support from researchers, teachers, friends and parents. The control group received normal health education about alcohol prevention in school. The experimental was conducted for 12 weeks. Data were collected by using questionnaires, and demographic characteristics were analyzed using descriptive statistics. Comparative mean score difference by Paired t-test and Independent t-test at a significance level of 0.05.

The results showed that after the experiment, the experimental group had the mean score and the mean score difference of alcohol knowledge, attitudes toward perceived benefits of not drinking alcohol, cognitive behavior control in preventing alcohol use and intention to prevent drinking alcohol were significantly higher than before the experiment (p - value < 0.001) and significantly higher than the Control group (p - value < 0.001). And the score of the problems from drinking alcohol was less than the control group at the statistical significance level of 0.05. In conclusion, this program was effective for alcohol prevention among students, it should be applied to an others high school which similar context.

Keywords: Alcohol Drinking Prevention, Planed behavior theory, Social support, High school student

¹ Master of Public Health student Leadership and Innovation in Health Management Faculty of Science and Technology College of Asian scholars.

^{2,3} Associate Professor, Master of Public Health Program Leadership and Innovation in Health Management Faculty of Science and Technology College of Asian scholars.

* Corresponding author E-mail : tou30529@gmail.com

บทนำ

ในสังคมปัจจุบันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ขยายเข้าสู่กลุ่มเด็กและเยาวชนมากขึ้นจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความอยากรู้อยากลอง กลุ่มเพื่อน การเข้าถึง สื่อโฆษณา เป็นต้น ถือได้ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากแอลกอฮอล์ถือได้ว่าเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง บุคคลที่สามารถซื้อแอลกอฮอล์ได้ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์ ซึ่งสามารถหาซื้อได้ง่ายและครอบครองได้โดยไม่ผิดกฎหมายมีการดื่มกันอย่างแพร่หลาย ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 230 ชนิด ตาม ICD-10¹¹ (หรือบัญชีการจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพฯ เพื่อข้อมูลทางสถิติระหว่างประเทศฉบับทบทวนครั้งที่ 18) จากข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บจากผลกระทบจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลกปี 2560 แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปีโดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี(คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก)¹¹ ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 75) และในสัดส่วนของการตายด้วยโรคและความเจ็บป่วยจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุจราจรและการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) โรคระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 21) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 19) โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 13) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13) โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 7.2 ของการตายก่อนวัยอันควรทั้งหมด เมื่อพิจารณาจากกลุ่มประเทศ พบว่า กลุ่มประเทศรายได้ต่ำมีสัดส่วนการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง ในขณะที่กลุ่มประเทศรายได้สูงมีสัดส่วนการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มประเทศรายได้ต่ำ¹¹

จากการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรในประเทศไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่แล้วประมาณ

15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 6.98 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) และเป็นผู้ที่ดื่มนานๆ ครั้ง 8.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.9) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการดื่มสุราสูงสุด (ร้อยละ 36.0) กลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 45-49 ปี มีอัตราการดื่มสุราใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 33.5 และ 31.1 ตามลำดับ) กลุ่มผู้สูบบุหรี่ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการดื่มสุราร้อยละ 15.2 สำหรับกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มสุราต่ำสุด (ร้อยละ 13.6)¹¹ จากการวิเคราะห์แนวโน้ม ความชุกของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบดื่มประจำของประชากรกลุ่มต่างๆ ระหว่างปีพ.ศ. 2547-2557 พบว่า กลุ่มอายุ 15-24 ปีดื่มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 23.5 เป็นร้อยละ 25.2 หากรัฐบาลและสังคมไม่มีมาตรการที่ดีพอ อนาคตของเด็กไทยจะเต็มไปด้วยผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนั้น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบหลายอย่าง เช่น เกิดอาการมึนเมาในผู้ที่ดื่ม ทำให้ขาดสติยังคิด จิตใจและอารมณ์ไม่ปกติ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ก่อให้เกิดเหตุทะเลาะวิวาท ซึ่งถ้าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นนักเรียนอาจถูกทำโทษให้ออกจากโรงเรียนได้ และอาการมึนเมายังทำให้การตัดสินใจผิดพลาด ก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จากสถิติการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนจำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2556 พบว่า กลุ่มอายุที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15-13 ปี จำนวน 1,757 ราย รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20-24 ปี จำนวน 1,426 ราย ซึ่งพบได้ว่า กลุ่มอายุดังกล่าวเป็นกลุ่มอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ด้วยเช่นกัน ดังนั้น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดผลเสียที่ตามมาคือเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิต¹⁰

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มอายุ 15-19 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและสอดคล้องกับการเสียชีวิตที่พบสูงขึ้นในกลุ่มอายุนี้ และเมื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ในแต่ละภูมิภาคนั้น พบว่า ภาคเหนือมีความชุกการดื่มสูงที่สุด (ร้อยละ 39.4) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 37.2) สำหรับภูมิภาคอื่นนั้นมีความชุกการดื่มน้อยกว่า ซึ่งความชุกการดื่มในภาพรวมของประเทศร้อยละ 31.5 โดยภาคกลางมีความชุกการดื่ม ร้อยละ 28.1 กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 23.5 และภาคใต้ ร้อยละ 18.8 ภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ดื่มในปัจจุบันสูงที่สุด (ร้อยละ 11.9) และภาคใต้มีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยดื่มเลยในชีวิตสูงที่สุด

(ร้อยละ 75.4) หากพิจารณาตามระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ในปี 2554 ผู้ที่จบการศึกษาในสายอาชีพ ปวช. ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป มีความชุกของการดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุด คือ ร้อยละ 37.6 รองลงมา ได้แก่ ผู้ที่จบมัธยมศึกษาในสายสามัญ (ร้อยละ 33.5) และผู้ที่จบประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 30.4 โดยผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่านั้นมีความชุกการดื่มต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 27.3⁵

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนและวัยรุ่นในปัจจุบันนี้ จำเป็นจะต้องมีการระวังและป้องกันอย่างจริงจัง เพราะอายุของการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ดังนั้น ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับสองรองจากกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงาน โดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีทัศนคติในทางที่ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสหรือความยากในการเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากได้รับการอบรมสั่งสอนดูแลเอาใจใส่ คำแนะนำจากครูและผู้ปกครองการมีนโยบายห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษาอย่างจริงจังและการรับรู้เรื่องโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อนจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงหรือไม่ดื่ม³

ผลการสำรวจในจังหวัดขอนแก่น ปี 2561 พบว่า ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อายุ 15 – 19 ปี ร้อยละ 34.6 รองลงมาคือ อายุ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.2 เมื่อพิจารณาประเภทเครื่องดื่มที่นิยมดื่มมากที่สุดคือ เบียร์ ร้อยละ 63.27 รองลงมาคือ สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน ร้อยละ 56.91 และสุรายี่ห้อไทย ร้อยละ 20.17 ตามลำดับ โดยสาเหตุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากอยากลองว่าเมื่อดื่มแล้วมีอาการเมาเป็นอย่างไรมาก่อน และเพื่อนชวน จากสถิติของจังหวัดขอนแก่น จะเห็นว่ามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบทุกวันถือเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงมาก การใช้มาตรการทางกฎหมายมาควบคุมรวมถึงการรณรงค์ให้

ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ได้ผลเพียงบางส่วน แต่การจะทำให้การ ลด ละ เลิก การดื่มสุราหรือลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรานั้น ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะชุมชนและครอบครัวพ่อแม่ ผู้ปกครอง ต้องช่วยกันสอดส่องดูแล และปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตรหลาน¹²

จากการสำรวจเบื้องต้นของผู้วิจัย ได้ทำการสำรวจในเขตพื้นที่ โรงเรียนมัธยมศึกษาในระดับตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงเรียนขยายโอกาสห่างจากตัวอำเภอน้ำพอง 20 กิโลเมตร มีนักเรียนทั้งหมด 279 คน เพศหญิง 210 คน เพศชาย 69 คน จากการสำรจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 30 คน พบว่าอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก คือ อายุ 16 ปี รองลงมา คือ อายุ 15 ปี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลองดื่มครั้งแรกคือ เบียร์ เพราะว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถหาซื้อได้ง่าย รองลงมาเป็น สุราขาว สาเหตุหลักของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ อยากลองว่าเมื่อดื่มแล้วมีอาการเมาเป็นอย่างไรมาก่อน และรองลงมาคือ เหตุจากเพื่อนชวน ด้านความรู้ในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เยาวชนรับรู้ ว่า เมื่อดื่มแอลกอฮอล์แล้วจะทำให้ตับแข็ง รองลงมาคือ การรับรู้เรื่องอุบัติเหตุบนท้องถนน ด้านผู้ที่มีส่วนช่วยลดในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าเพื่อนมีส่วนช่วยในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ปกครอง⁷

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งในทฤษฎีนี้บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถ้ามีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ ความเชื่อ เจตคติ และต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมเช่น บุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ญาติ เพื่อนนักเรียนเพื่อให้ให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และคิดที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และในการนำพฤติกรรมตามแผนการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมเพื่อป้องกัน

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดในการปฏิบัติตัว การรับรู้ประโยชน์และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การนำแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของวัยรุ่นวัยกำลังศึกษา ตลอดจนการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เป็นเยาวชนที่มีสุขภาพดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) มีระยะเวลาในการศึกษาเดือนสิงหาคม 2565 ถึง เดือน ตุลาคม 2565 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปีการศึกษา 2565 จำนวน 2 แห่ง รวมเป็น 129 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาในระดับตำบล ก จำนวน 30 คน กลุ่มทดลอง และโรงเรียนมัธยมศึกษาในระดับตำบล ข จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์ดังนี้

2.1 เกณฑ์คัดเข้า คือ

- 1) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565
- 2) มีสภาพร่างกายที่แข็งแรงพร้อมจะร่วมทำกิจกรรมได้

3 มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และผู้ปกครองอนุญาต

2.2 เกณฑ์การคัดออก คือ

- 1) มีโรคประจำตัว สภาพร่างกายไม่พร้อมจะร่วมกิจกรรม
- 2) ไม่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม และผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย
- 3) ย้ายโรงเรียน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ประสิทธิภาพโปรแกรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วย ทักษะคิดต่อการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการกระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดีและเกิดแรงสนับสนุนเชิงบวกเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยมีการจัดกิจกรรมแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

1) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการบรรยายประกอบสไลด์ "โทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์" เป็นการบรรยายเกี่ยวกับเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ในเรื่องของความรู้ อันตราย หรือความรุนแรงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการรับรู้ประโยชน์ของการ ลด ละ เลิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจัดประชุมผู้ปกครอง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับเทคนิค และวิธีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่นักเรียน ผู้ปกครองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลนักเรียนเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแบบบันทึกการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง โดยจะทำการบันทึกทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง

2) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการดูวิดีโอ ซึ่งเป็นตัวแบบที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สบตโทษ (สุขเล็กเหล้า) แนะนำชักจูงใจไม่ให้ไปลองหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และให้ความรู้เรื่องผลดีของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้นักเรียนช่วยกันวิเคราะห์ถึงสิ่งที่ได้จากการดูวิดีโอ สบตโทษ เกี่ยวกับการรับรู้ว่าเมื่อไม่ดื่มแอลกอฮอล์แล้วดีอย่างไร

3) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการดูวิดีโอตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งจะแสดงถึงตัวแบบที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วมีความตั้งใจจึงสามารถเลิกได้ และตัวแบบจากสื่อวิดีโอซีดีสบตโทษ (เล็กเหล้าเล็กจน) ที่แนะนำเรื่องการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อภิปรายกลุ่มย่อยถึงสาเหตุ ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกดื่มสุรา และความรุนแรงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

4) แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 เป็นกิจกรรมบทบาทสมมติแล้วแบ่งกลุ่มวิเคราะห์ถึงผลดีที่ได้รับจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านั้น นำเสนอผลการ

อภิปรายกลุ่ม และ กิจกรรมการสร้างให้นักเรียนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการตัดสินใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบ่งกลุ่มย่อยวิเคราะห์กรณีศึกษาถึงผลดี-ผลเสีย ในการเลือกตัดสินใจแบบนั้น

ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรมนัดพูดคุยกระตุ้นเตือนให้กำลังใจทั้งหมด 12 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ประเภทสื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย

1) คู่มือการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโดยผู้วิจัยเรียบเรียงข้อมูลเป็นรูปเล่ม

2) การบรรยายประกอบสไลด์ความรู้เรื่องพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3) ตัวแบบจากวิดีโอทัศน์มิวสิควิดีโอ และสปอตโฆษณา

4) สมุดบันทึกกิจกรรมความดีและการหลีกเลี่ยงเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 4 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในปฏิบัติตัวการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 6 แบบประเมินปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเนื้อหา ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของ

ผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of objective congruence) เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired t-test การวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย โครงการวิจัยเลขที่ CASHE650016

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร

กลุ่มทดลอง เพศหญิง 20 คน(ร้อยละ 66.67) เพศชาย 10 คน (ร้อยละ 33.33) อายุเฉลี่ย 15.9 ปี ค่าใช้จ่ายที่ได้เฉลี่ย/ สัปดาห์ 4,783 บาท ส่วนใหญ่เพียงพอ (22 คน ร้อยละ 73.33) เพียงพอไม่เหลือเก็บ 8 คน (ร้อยละ 26.67) สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน (28 คน ร้อยละ 93.33) ปัจจุบันนักเรียนส่วนอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (28 คน ร้อยละ 93.33) บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ บิดา พี่ มารดา (26 คน ร้อยละ 86.67) อาชีพของบิดา เกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป (30 คน ร้อยละ 100) การศึกษาของบิดาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา (29 คน ร้อยละ 96.67) อาชีพมารดา เกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไป (29 คน ร้อยละ 96.67) อาชีพมารดา เกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป (29 คน ร้อยละ 96.67) ใน 1 เดือนที่ผ่านมานักเรียนเที่ยวสถานบันเทิงเฉลี่ย 17 ครั้ง ปัจจุบันนักเรียนเที่ยวสถานบันเทิงตอนกลางคืน (27 คน ร้อยละ 90.00) สถานบันเทิงที่นักเรียน

ไปมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน ส่วนใหญ่ ได้แก่ คาเฟ่ (20 คน ร้อยละ 66.67) รองลงมา ได้แก่ หมอลำ (12 คน ร้อยละ 40.00) ที่ไม่เคยมีเพียง 3 คน (ร้อยละ 10.00)

กลุ่มควบคุม เพศชาย 19 คน (ร้อยละ 63.33) เพศหญิง 11 คน (ร้อยละ 36.67) อายุเฉลี่ย 16.3 ปี ค่าใช้จ่ายที่ได้เฉลี่ย/ สัปดาห์ 5,420 บาท ค่าใช้จ่ายที่ได้รับส่วนใหญ่เพียงพอ (13 คน ร้อยละ 43.33) เพียงพอไม่เหลือเก็บ (12 คน ร้อยละ 40.00) ไม่เพียงพอ (5 คน ร้อยละ 16.67) สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกัน (11 คน ร้อยละ 36.67) แยกกันอยู่และหย่าร้างจำนวนเท่ากัน (9 คน ร้อยละ 32.40) ปัจจุบันนักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง (11 คน ร้อยละ 36.67) บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ บิดา พี่ ป้า มารดาและอา (30 คน ร้อยละ 100) อาชีพของบิดารับจ้างทั่วไปและเกษตรกรรม (22 คน ร้อยละ 73.33) การศึกษาของบิดาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา (15 คน ร้อยละ 50.00) รองลงมา ประถมศึกษา (6 คน ร้อยละ 20.00) อาชีพมารดาส่วนใหญ่ รับจ้างทั่วไปและเกษตรกรรม (19 คน ร้อยละ 63.33) ใน 1 เดือนที่ผ่านมานักเรียนเที่ยวสถานบันเทิงเฉลี่ย 17 ครั้ง ปัจจุบันนักเรียนเที่ยวสถานบันเทิงตอนกลางคืน (16 คน ร้อยละ 53.33) สถานบันเทิงที่นักเรียนไปมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน มากที่สุด ได้แก่ คาเฟ่ (7 คน ร้อยละ 23.33) รองลงมาได้แก่ ร้านอาหารและหมอลำจำนวนเท่ากัน (6 คน ร้อยละ 20.00)

2. ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมศึกษาระดับตำบล ก (กลุ่มทดลอง) ในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น หลังจากเข้าร่วมโครงการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองภายในกลุ่ม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการประเมินปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) หลังเข้า

ร่วมโปรแกรมพบว่า มีคะแนนการประเมินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	Mean diff	Z หรือ t	p - value
กลุ่มทดลอง n = 30	ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	17.77 $\pm$ 0.60	19.83 $\pm$ 0.55	2.07	44.62	<0.001
	ทัศนคติต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	41.63 $\pm$ 0.92	47.43 $\pm$ 0.09	5.80	6.50	<0.001
	การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	25.63 $\pm$ 0.42	35.50 $\pm$ 0.23	9.87	39.07	<0.001
	ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	24.87 $\pm$ 0.09	26.83 $\pm$ 0.10	1.67	59.00	<0.001
	การประเมินปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)	5.20 $\pm$ 1.32	1.23 $\pm$ 0.17	3.97	-3.03	0.005

ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมศึกษาระดับตำบล กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในเขตอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรม

ตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการประเมินปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง n = 30 Mean ± SD	กลุ่มควบคุม n = 30 Mean ± SD	Mean diff	Z	p – value
ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	19.83 ± 0.55	12.27 ± 0.79	7.57	-7.83	<0.001
ทัศนคติต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	47.43 ± 0.09	43.20 ± 0.97	4.23	-4.33	0.001
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	35.50 ± 0.23	30.50 ± 0.94	5.00	-5.14	<0.001
ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	26.83 ± 0.10	20.07 ± 0.73	6.77	-9.13	<0.001
การประเมินปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)	1.23 ± 0.17	5.20 ± 1.31	3.97	2.98	0.004

3. เปรียบเทียบผลโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมศึกษา ระดับตำบล ก ในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการประเมินปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีคะแนนการประเมินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

โรงเรียนมัธยมศึกษา ระดับตำบล ก และ ข ในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมศึกษา ระดับตำบล ก ในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการประเมินปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (20 คน ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ย 15.9 ปี บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ บิดา พี่และมารดา (26 คน ร้อยละ 86.67)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เพศชาย (19 คน ร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ย 16.3 ปี บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ บิดา พี่ ป้า มารดา และอา (30 คน ร้อยละ 100) ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องมาจาก กิจกรรมที่ได้จัดขึ้นในโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งนี้ มีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเพิ่มความรู้ในเรื่องต่างๆ ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากถึง 3 ครั้ง มีทั้งการให้ดูภาพวิดีโอที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการฝึกปฏิบัติจริงในบทบาทสมมติ จึงทำให้นักเรียนจำภาพและข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ทำให้การทดสอบความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹ ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง พบว่า วัยรุ่นหญิงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลอง

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น และในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากแนวคิดของบลูมกล่าวว่า ทักษะคิดเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ซึ่งได้แก่ ความสนใจ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน ค่านิยม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เนื่องจากกิจกรรมที่ได้เพิ่มลงในโปรแกรมดังกล่าว มีตัวแบบที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สปอตโฆษณา (สุขเล็กเหล้า) แนะนำชักจูงใจไม่ให้ไปลองหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และให้ความรู้เรื่องผลดีของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังให้นักเรียนช่วยกันวิเคราะห์ถึงสิ่งที่ได้จากการดูวิดีโอ สปอตโฆษณาเกี่ยวกับการรับรู้เมื่อไม่ดื่มแอลกอฮอล์แล้วได้อย่างไร จึงอาจจะทำให้นักเรียนเกิดความสนใจ เกิดการเรียนรู้ และให้คุณค่าของโทษที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงได้สร้างค่านิยมของพฤติกรรมการเล่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากตัวแบบ แนะนำชักจูงใจไม่ไปลองดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹ ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง พบว่า ทักษะคิดต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จาก

แนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนี้ได้รับอิทธิพลมา จากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (The Theory of Perceived Self-efficacy) ของ Albert Bandura⁴ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีอยู่จริง (Actual Behavioral Control :ABC) หมายถึง ขอบเขตที่บุคคลมีทักษะความชำนาญ ทรัพยากร และความพร้อมอื่นๆ ที่ต้องมีมาก่อนและจำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น กล่าวคือ บุคคลจะต้องมีการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของตนที่ถูกต้องด้วย นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมยังนำไปสู่การเป็นตัวแทนของการควบคุมที่แท้จริงและสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมด้วย ซึ่งจากกิจกรรมที่นักเรียนในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วม จะส่งเสริมให้นักเรียนได้สวมบทบาทให้นักเรียนรับรู้ถึงความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของตนเองที่ถูกต้องได้จริง รวมไปถึงมีการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้ปกครองเพื่อเพิ่มสิ่งแวดล้อมที่ดีภายในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ¹ การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการติ่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง จากการประเมินปัญหาจากการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการประเมินปัญหาจากการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และในกลุ่มทดลองมีคะแนนประเมินน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมได้มีความรู้เรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีขึ้น มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีขึ้น จึงส่งผลให้ปัญหาจากการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ⁴ การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการติ่มของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการติ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรจัดกิจกรรม ละครตอนเช้า ในการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการไม่ติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน
2. ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการติ่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ผู้ปกครอง หรือญาติ พี่น้อง ที่เป็นแบบอย่างที่ไม่ดีในการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. จากการศึกษาพบว่าวิธีป้องกันการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีที่สุดคือการมีทัศนคติที่ดีในการไม่ติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ตัวเองในการควบคุมพฤติกรรม เช่น การไม่ลองติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รู้จักการปฏิเสธเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง เป็นต้น และที่สำคัญอีกอย่างคือ ผู้ปกครอง หรือ ญาติพี่น้อง บุคคลรอบข้างต้องเป็นตัวอย่างเพื่อนนักเรียนจะได้นำไปปฏิบัติตาม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีระยะเวลาที่จำกัด ทำให้การประเมินผลทราบการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้นเท่านั้น ควรมีการวิจัยและศึกษาผลการดำเนินงานประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ และประเมินผลความยั่งยืนของการป้องกันการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนในปัดไป เพื่อจะเห็นผลเป็นรูปธรรม
2. จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการป้องกันการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในครั้งนี้กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้น จึงควรนำไปบูรณาการใช้กับการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในนักเรียนและชุมชนต่อไป เช่น อุบัติเหตุการจราจร จากการขับซิมอเตอร์ไซด์ เป็นต้น
3. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาที่จำกัด การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน ในแต่ละปัจจัยที่สำคัญ พร้อมทั้งดำเนินการหารูปแบบแนวทางในการดำเนินการป้องกัน การลดละเลิก และการแก้ไขปัญหาการติ่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิง

1. กัญญ์กุลณัช งามศิริ. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะ เพื่อป้องกันการติ่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
2. จุฬารัตน์ โสตะ. กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ขอนแก่น. ภาควิชาสุขศึกษาและสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
3. ชิวฮวย แซ่ลิ้มและคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
4. ฐิติพัฒน์พิชญธาดางศ์. พฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ของพนักงานศึกษาตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. กรณีศึกษาบริษัทปูนซิเมนต์ไทย จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพาณิชยศาสตร์และการบัญชี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.
5. บัณฑิต ศรีไพศาล และจุฬารัตน์ แก้วมุงคุณ. รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยสุรา. 2560; 27(1): 45-61.
6. พัชรภรณ์ ตีกสูงเนิน. ผลของโปรแกรมการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มในผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มแบบผิดปกติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
7. วิทวัส สุตเพาะ และคณะ. การสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น; 2564.
8. ศูนย์วิชาการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช; 2556.
9. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. การสำรวจพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
10. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลสำรวจการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชาชนทั่วไป. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2557.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น; 2560.
12. สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ผลสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุรา พ.ศ. 2560. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2564 จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N30-08-61-2.aspx>

Received: 1 Feb. 2023, Revised: 19 Feb. 2023

Accepted: 23 Feb. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมคำนวณปริมาณยาและจำนวนเม็ดยา
ในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษสุขุมล กาพนตร ¹

บทคัดย่อ

ยาวาร์ฟารินต้องคำนวณขนาดยาให้สอดคล้องกับค่า INR (International Normalized Ratio) ของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัยจากการใช้ยา การพัฒนาโปรแกรมคำนวณปริมาณยาและจำนวนเม็ดยาในคลินิกวาร์ฟารินมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ให้ค่า INR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วงระดับการรักษา (TTR) มากกว่าร้อยละ 60 (2) ลดอุบัติการณ์การเกิดความปลอดภัยทางยา (3) ป้องกันการเกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (4) ลดระยะเวลาในการคำนวณขนาดยาและจำนวนเม็ดยาให้ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินจำนวน 180 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ผลการศึกษาพบว่า (1) ค่าเฉลี่ย TTR หลังจากใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 40.99 ± 21.78 เป็นร้อยละ 65.11 ± 27.5 ($p\text{-value} < 0.001$) (2) ความปลอดภัยทางยาเกี่ยวกับจำนวนเม็ดยาไม่พอดิวันนัด ส่งยาเกินขนาด และการเลือกคำสั่งใช้ยาวาร์ฟารินผิดวิธีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (3) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการเกิดภาวะเลือดออกจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (4) ค่าเฉลี่ยเวลาในการคำนวณขนาดยาและจำนวนเม็ดยาวาร์ฟารินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 5.37 ± 1.55 เหลือ 0.45 ± 0.75 นาที ($p\text{-value} < 0.001$) งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการวางแผนการจัดการระบบยาและโปรแกรมช่วยคำนวณขนาดยา จำนวนเม็ดยาที่ช่วยลดความปลอดภัยทางยา ลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และช่วยลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ : ยาวาร์ฟาริน, International Normalized Ratio (INR), Time in the Therapeutic Range (TTR), ความปลอดภัยทางยา, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

¹ เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

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

*Original Article***Effectiveness of Dosage and Pills Calculator Program
in Warfarin Clinic Kantararom Hospital, Si Sa Ket Province**Sukhumal Galnade¹**Abstract**

The warfarin dose must be calculated in accordance with the patient's International Normalized Ratio (INR) for effectiveness of treatment and safety drug use. Developing dosage and pills calculator program in warfarin clinic Kantararom Hospital aimed to study: (1) keep INR level and time in therapeutic range (TTR) more than 60 percent (2) reduce the incidence of medication errors (3) prevent adverse effect from warfarin, and (4) reduce time to calculate warfarin dosage and pills count. Material and method: this experimental research calculated sample size was 180 patients used a warfarin calculator program and data were collected before and after using the program with pharmaceutical care record in warfarin clinic. The results showed: (1) the mean TTR after using the dose calculation program was significantly increased from 40.99% $\pm$ 21.78 percent to 65.11 $\pm$ 27.5 percent (p-value<0.001) (2) chi-square test for medication error about the number of pills does not fit on the scheduled date, order overdose warfarin and choose wrong medication order decreased significantly (p-value<0.05) (3) adverse events about bleeding with any INR were decrease significantly (p-value <0.05), and (4) the average time to calculate warfarin dosage and pills decreased significantly from 5.37 $\pm$ 1.55 to 0.45 $\pm$ 0.75 minutes (p-value <0.001). Conclusion: warfarin clinic should be use drug system management planning program to calculate dose and pills for keep INR in target range for reduce medication errors and adverse events.

Keywords: Warfarin, International Normalized Ratio (INR), Time in the Therapeutic Range (TTR), Medication error, Adverse drug event

¹ Pharmacist Specialist Kantararom Hospital, Si Sa Ket Province

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

บทนำ

ยาว่าฟาริน (Warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคลิ้นหัวใจพิการทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ และใช้ป้องกันและรักษาการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ถึงแม้ว่ายาชนิดนี้มีประสิทธิภาพในการรักษาได้ผลดีแต่มีช่วงการรักษาแคบและเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาหรืออาหารได้หลายชนิด ดังนั้นการให้ยาให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด ต้องมีการตรวจติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (International Normalized Ratio, INR) โดยเป้าหมายระดับ INR ที่เหมาะสมอยู่ในช่วงระหว่าง 2-3 ยกเว้นในกรณีของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะตำแหน่ง Mitral Valve เป้าหมายจะอยู่ในช่วง 2.5 ถึง 3.5 หากระดับ INR สูงกว่าเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หากค่า INR ต่ำกว่าระดับเป้าหมายอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน¹ ดังนั้นการปรับขนาดยาว่าฟารินเพื่อให้ค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ² สาขาโรคหัวใจ เพื่อแบ่งเบาภาระงานในหน่วยบริการตติยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลที่ได้มาตรฐาน เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคและจากยาว่าฟาริน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้มากขึ้น ลดภาระงานของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนจัดตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และกำหนดให้จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อเป็นการติดตามความปลอดภัยในการใช้ยาต่อไป³

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการคลินิกว่าฟารินมีหลายการศึกษาที่พบว่าการจัดการระบบยาว่าฟารินที่ดีควบคู่กับการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการรักษา และศาสตร์ในการผสมผสานระหว่างความรู้ทั้งของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจะสามารถช่วยป้องกัน และลดความเสี่ยงของยาทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากยาและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้ยา⁴ การศึกษาเรื่อง

การบูรณาการคลินิกว่าฟารินและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพด้วยการบริหารทางเภสัชกรรมจังหวัดปัตตานี โดยมีเภสัชกรมีหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับว่าฟารินแก่ผู้ป่วย ช่วยค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs) ตลอดจนเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา พิจารณาร่วมกับแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา พบว่าปัญหาจากการใช้ยามีแนวโน้มลดลง ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายเพิ่มขึ้นลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสามารถลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาว่าฟาริน มีแนวโน้มลดลงจาก 103.03 ต่อพันใบสั่งยา เป็น 9.62 ต่อพันใบสั่งยา⁵ นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์ที่ใช้บ่งถึงคุณภาพของการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (High-Quality Anticoagulation Management, HQACM) ในผู้ป่วยที่ใช้ยาว่าฟารินในระยะต่อเนื่องโดยใช้ค่า Time in therapeutic range หรือ TTR เป็นค่าที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยยาโดยการเพิ่มขึ้นของค่า TTR ยังสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการตาย อัตราการเกิด Myocardial infarction และอัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดตันโดยเฉพาะ Stroke ซึ่งควรอยู่ในช่วงร้อยละ 60-70

โรงพยาบาลกันทรารมย์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ได้จัดตั้งคลินิกว่าฟารินมาตั้งแต่ปี 2560 มีผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกจำนวน 303 คน ในปี 2563 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากระบบการให้บริการจำนวน 143 เหตุการณ์ ข้อมูลสรุปรายงานประจำกลุ่มงานเภสัชกรรมปีงบประมาณ 2563 มีข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยรับยาว่าฟารินจำนวนทั้งสิ้น 1,223 ครั้ง พบความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่เกิดจากการสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่ถึงวันนัด (ร้อยละ 53) รองลงมาคือการเลือกคำสั่งใช้ยาในระบบคอมพิวเตอร์ผิดพลาด (ร้อยละ 19) การคำนวณขนาดยาผิดพลาด (ร้อยละ 18) และการจัดจ่ายยาผิดพลาด (ร้อยละ 10) ผู้วิจัยจึงสนใจออกแบบโปรแกรมคำนวณขนาดยาว่าฟาริน และจำนวนเม็ดยาที่พอดีกับจำนวนวันนัด เพื่อให้เภสัชกรหรือแพทย์ผู้รักษามีความสะดวกในการคำนวณขนาดยาและลดระยะเวลาในการคำนวณ ตลอดจนวางระบบการสั่งจ่ายยาในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมในการรักษา ลดความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Qua-si Experimental, One group Pretest-Posttest) โดยใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาว่าฟารินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากโปรแกรม Excel โดยใช้ข้อมูล INR ปัจจุบันของผู้ป่วย และขนาดยาว่าฟารินที่ผู้ป่วยได้รับในครั้งก่อนหน้าลงในช่องกรอกข้อมูล จากนั้นโปรแกรมจะคำนวณช่วงขนาดยาว่าฟารินที่ผู้ป่วยควรได้รับในครั้งนี้ให้โดยอัตโนมัติ แพทย์สามารถตัดสินใจเลือกขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยดูจากตารางวิธีกรอกยา และทำการกรอกข้อมูลจำนวนวันนัด เพื่อให้โปรแกรมคำนวณจำนวนเม็ดยาที่จะสั่งให้ผู้ป่วย

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมคำนวณ โดยใช้แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยว่าฟาริน จากนั้นนำข้อมูลมากรอกลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปเพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในศึกษาคือผู้ที่เข้ารับยาในคลินิกว่าฟารินโรงพยาบาลกันทรารมย์จำนวน 303 คน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกว่าฟารินในช่วงวันที่ 5 มกราคม 2563–5 มกราคม 2565

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการทดสอบเพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ตัวอย่างสองชุดไม่เป็นอิสระต่อกัน Two dependent groups (Matched pairs) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล 0.30 ซึ่งเป็นค่า Gold standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขั้นต่ำ ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.806 ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 50 เพื่อป้องกัน กลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัยหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องมีการติดตามบ่อยครั้งและสม่ำเสมอ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 180 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี มารับการรักษาต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือน และมีผลการตรวจวัดค่า INR

ไม่น้อยกว่า 8 ครั้ง เนื่องจากการตรวจติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาว่าฟารินต้องใช้ความต่อเนื่องและระยะเวลา ยาวนานเพียงพอจึงจะประเมินผลการรักษาได้

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่เริ่มทำการรักษาในช่วง 3 เดือนแรก เนื่องจากค่า INR ยังไม่คงที่ ผู้ป่วยที่มีค่า INR ผิดปกติจากความไม่สม่ำเสมอจากการรับประทานยา ผู้ป่วยที่มีค่า INR ผิดปกติจากปฏิกิริยาระหว่างยาหรืออาหารเสริมที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมเร็ง โรคตับ โรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีภาวะเลือดออกง่าย

คำนิยามในงานวิจัย

ยาว่าฟาริน คือยารับประทานออกฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือดใช้รักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

International Normalized Ratio (INR) คือค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บอกถึงประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาว่าฟาริน และค่าที่ได้จะช่วยให้แพทย์พิจารณาในการปรับขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล

Time in the Therapeutic Range (TTR) คือการประเมินเพื่อดูค่าร้อยละของ INR ที่อยู่ในช่วงระดับที่เหมาะสมในการรักษา ควรอยู่ในช่วงร้อยละ 60-70

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error, ME) คือ เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย⁷

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction, ADR) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับยาที่ผู้ป่วยใช้⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมคำนวณขนาดยา Warfarin ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยการผูกสูตรคำนวณในโปรแกรม Excel และออกแบบให้ผู้ใช้กรอกข้อมูลในช่องที่กำหนด ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำไปทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มผู้มารับบริการที่ คลินิกว่าฟาริน โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ซึ่งใช้ ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน –

30 เมษายน 2563 ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 วัน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความผิดพลาดจากการใช้โปรแกรม พบว่ายังไม่มีข้อผิดพลาดจากการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาให้ผู้ป่วย

2) แบบเก็บข้อมูลผู้มารับบริการโดยใช้โปรแกรม Excel ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ขนาดยาอาร์ฟารินที่ผู้ป่วยได้รับ ค่า INR ของผู้ป่วยแต่ละครั้ง โดยทำการเก็บข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ในการคำนวณขนาดยาอาร์ฟารินของผู้ป่วยแต่ละราย และสร้างสูตรคำนวณค่า TTR ของผู้ป่วยโดยใช้ Rosendaal's linear interpolation method ข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และ Medication error

กระบวนการดำเนินงาน

1) ออกแบบโปรแกรมคำนวณขนาดยาอาร์ฟาริน และออกแบบระบบคำสั่งใช้ยาในโปรแกรม Himpro โดยให้ตัวเลือกเป็นขนาดยาเป็นมิลลิกรัมต่อสัปดาห์ โดยประชุมทีมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อเสนอแนะแนวทางและวางแผนการดำเนินงานต่อไป

2) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาแบ่งเป็นก่อนใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาอาร์ฟารินในช่วงวันที่ 5 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 5 มกราคม 2564 และช่วงใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาอาร์ฟารินตั้งแต่วันที่ 6 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 5 มกราคม 2565

3) ผู้ป่วยซึ่งจะได้รับการบริหารเภสัชกรรมตั้งแต่การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ทบทวนการใช้ยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสอบถามประวัติการรับประทานยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ตลอดจนซักประวัติอาการเลือดออก และอาการลิ่มเลือดอุดตัน และทำการคำนวณขนาดยาอาร์ฟารินที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย

4) เมื่อผู้ป่วยเข้าพบเภสัชกรแล้วจะนำแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมคลินิกอาร์ฟารินส่งต่อให้แพทย์ผู้ทำการรักษารับทราบข้อมูลเพื่อตัดสินใจพิจารณาสั่งขนาดยาอาร์ฟารินที่เภสัชกรคำนวณว่าเหมาะสมแก่ผู้ป่วยหรือไม่ โดยการเซ็นชื่อรับรองและทำการสั่งยาในระบบ Himpro ต่อไป และทำการนัดผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมี INR เข้าเป้าหมายทุก 4 สัปดาห์ และติดตาม INR ทุก 1-2 สัปดาห์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่า INR

ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมายหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอาร์ฟาริน

5) ผู้ป่วยจะพบเภสัชกรอีกครั้งในการรับยากลับบ้านซึ่งเภสัชกรจะสามารถตรวจสอบขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งจะสามารถประเมินผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจริงในกรณีที่พบปัญหาจากผู้ป่วยจะดำเนินการบันทึกข้อมูลและให้คำแนะนำ

6) เภสัชกรเป็นผู้ตรวจสอบการจ่ายยา เก็บข้อมูลความเสี่ยงด้านยา (Medication error) จากการประมวลผลโดยโปรแกรม Healthcare Risk Management System (HRMS) และเก็บข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอาร์ฟาริน (Adverse event) จากฐานข้อมูล Himpro ที่ทำการบันทึกไว้ ทำการจัดเก็บข้อมูลประวัติการรักษารายบุคคลลงในแฟ้มเอกสาร และจะถูกนำมาบันทึกลงในไฟล์ Excel การจัดการปัญหาที่พบขึ้น โดยติดตามปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับค่า INR ในการมาตามนัดในครั้งต่อไป ตัวอย่างโปรแกรมคำนวณปริมาณยาและจำนวนเม็ดยาอาร์ฟารินแสดงดังรูปที่ 1

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการเสนอคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการพิจารณาอนุมัติตามเอกสารหมายเลขการวิจัย SPPH 2022-005 วันที่ให้การรับรอง 4 กุมภาพันธ์ 2565

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ พยาธิสภาพของผู้ป่วย ขนาดยาอาร์ฟารินที่ผู้ป่วยได้รับ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และพิสัย (Range)

2) เปรียบเทียบระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุด (time in therapeutic range: TTR) โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ คือ การทดสอบ Paired Sample T-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3) เปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาอาร์ฟาริน โดย

ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ คือ การทดสอบ Chi-squared test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

4) เปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน โดยใช้โปรแกรมและไม่ได้ใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยา โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์คือการทดสอบ Paired Sample T-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

5) เปรียบเทียบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยา โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์คือการทดสอบ Chi-squared test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางปรับยา Wafarin Keep 2-3											
ใส่ข้อมูลตรงนี้			ดูผลตรงนี้								
ค่า INR	1		Min	Max	Remarks						
Dose/wk	16		17.6	19.2	เพิ่ม 10-20%						
เลือกขนาดยา	14.0		-12.50	%		นัด	7	1	wk		
	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	จำนวนยาที่ส่งจ่าย (เม็ด)			
ใส่ข้อมูลตรงนี้			ดูผลตรงนี้ Wafarin Keep 2.5-3.5						○ (W2)	○ (W3)	○ (W5)
ค่า INR	4		Min	Max		Remarks					
Dose/wk	21		18.9	19.95	หยุดยา 1 วันลด 5-10%						
เลือกขนาดยา	19		-9.52381	%							
								จำนวนยาที่ส่งจ่าย (เม็ด)			
ระดับยาที่คิดได้	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	○ (W2)	○ (W3)	○ (W5)	
2.5	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4			2.0	0	0	
3	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4		2.0	0	0	
3.5	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	1.8	0	0	
4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	W2 1/4	D	2.0	0	0	

ภาพที่ 1 โปรแกรมคำนวณปริมาณยาและจำนวนเม็ดยา วาร์ฟาริน

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐาน

การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิก วาร์ฟาริน โรงพยาบาลกันทรารมย์ ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2563–5 มกราคม 2564 จำนวน 180 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 และเพศชาย ร้อยละ 40.6 มีอายุระหว่าง 21-97 ปี อายุเฉลี่ย 64.55 ปี ($\bar{x}$ = 64.55, S.D. = 12.97) โรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

เพื่อรับยา วาร์ฟาริน 3 อันดับแรก ได้แก่ โรค Atrial fibrillation ร้อยละ 60.6 รองลงมาคือโรค Valvular heart disease ร้อยละ 15.6 และโรค Stroke ร้อยละ 12.2 ขนาดยา วาร์ฟาริน ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย มีขนาดระหว่าง 5-65 มก./สัปดาห์ ขนาดยาเฉลี่ย 28.18 มก./สัปดาห์ ($\bar{x}$ = 28.18, S.D. = 13.1) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและทั่วไป

ลำดับ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	73	40.6
	หญิง	107	59.4
2	อายุ		
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี	26	14.4
	51-60 ปี	34	18.9

ลำดับ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
	61-70 ปี	55	30.6
	71-80 ปี	52	28.9
	มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	13	7.2
	$\bar{x}$ = 64.55 ปี S.D.= 12.97 Min = 21 ปี Max = 97 ปี		
3	ข้อบ่งชี้		
	Mechanical valve replacement	2	1.1
	Atrial fibrillation	109	60.6
	Stroke	22	12.2
	Deep vein thrombosis	11	6.1
	Valvular heart disease	28	15.6
	Treat pulmonary embolism	1	0.6
	Myocardial infraction	7	3.8
4	ช่วงขนาดยาที่ได้รับ		
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15.5 มก./สัปดาห์	37	20.6
	16.0-30.5 มก./สัปดาห์	78	43.3
	31.0-45.5 มก./สัปดาห์	45	25.0
	46.0-60.5 มก./สัปดาห์	16	8.9
	มากกว่าหรือเท่ากับ 61 มก./สัปดาห์	4	2.2
	$\bar{x}$ = 28.18 มก./สัปดาห์ S.D.=13.16 Min=5 มก./สัปดาห์ Max=65 มก./สัปดาห์		

3.2 ผลด้านประสิทธิผล

วิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุด (time in therapeutic range :TTR) โดยใช้สถิติ Paired-Sample T test พบว่าผู้มารับบริการในคลินิกวาร์ฟารินหลังการใช้

โปรแกรมคำนวณขนาดยาวาร์ฟารินมีค่าเฉลี่ย TTR เท่ากับ 65.11 สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้ค่า TTR ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ผลลัพธ์	จำนวน	ค่าเฉลี่ย TTR	Std. Deviation	95% Confidence Interval of the Difference		df	Paired t test	
				Lower	Upper		t	p-value
ก่อนใช้ โปรแกรม	180	40.99	21.78	21.32	26.92	179	17.006	<0.001*
หลังใช้ โปรแกรม	180	65.11	27.53					

วิเคราะห์ความแตกต่างความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาวาร์ฟารินในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 จำนวน 595 เหตุการณ์ โดยใช้ chi-square test พบว่าหลังจากใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาวาร์ฟารินความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงเมื่อเทียบกับก่อนใช้

โปรแกรม ในเรื่องจำนวนเม็ดยาเกินจำนวนวันนัด ($p < 0.001$) จำนวนเม็ดยาไม่เพียงพอกับจำนวนวันนัด ($p = 0.034$) ขนาดยาเกินขนาดการรักษา ($p = 0.047$) และการเลือกคำสั่งใช้ยาผิดพลาด ($p = 0.046$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน

ความเสี่ยง	จำนวนครั้งความเสี่ยง ก่อนใช้ โปรแกรม	จำนวนครั้งความเสี่ยง หลังใช้ โปรแกรม	χ^2	df	P-value
จำนวนเม็ดยาเกินจำนวนวัน นัด	71	26	22.550	1	<0.001*
จำนวนเม็ดยาไม่เพียงพอกับ จำนวนวันนัด	160	14	4.493	1	0.034*
ขนาดยาเกินขนาดการรักษา	98	7	3.953	1	0.047*
ขนาดยาต่ำกว่าขนาดการ รักษา	70	6	1.657	1	0.198
เลือกคำสั่งใช้ยาผิดพลาด	132	11	3.979	1	0.046*

วิเคราะห์ความแตกต่างการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน ในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยรายเก่าจำนวน 303 คนที่ยังใช้บริการในคลินิก วาร์ฟารินต่อเนื่อง 2 ปีงบประมาณ พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในปี 2563 จำนวน 80

เหตุการณ์ และในปี 2564 จำนวน 25 เหตุการณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่าหลังจากใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงในเหตุการณ์ Minor bleeding, Major bleeding และ INR มากกว่า 5 แต่ไม่มีภาวะเลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

เหตุการณ์	จำนวนครั้งการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ครั้ง (ร้อยละ) ก่อนใช้โปรแกรม	จำนวนครั้งการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ครั้ง (ร้อยละ) หลังใช้โปรแกรม	χ^2	df	P-value
Minor bleeding	23 (28.75)	9 (36.00)	6.466	1	0.011*
Major bleeding with any INR	10 (12.50)	2 (8.00)	5.441	1	0.020*
INR>5 No bleeding	45 (56.25)	13 (52.00)	19.524	1	0.000*
Major thromboembolism	2 (2.50)	1 (4.00)	0.341	1	0.563

วิเคราะห์ระยะเวลาที่ใช้คำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยา กับผู้ป่วยจำนวน 180 คน โดยใช้สถิติ Paired sample t test พบว่าก่อนใช้โปรแกรมใช้เวลาในการ

คำนวณเฉลี่ย 5.37 นาที ส่วนการใช้โปรแกรม หลังจากใช้โปรแกรมคำนวณใช้เวลาในการคำนวณเฉลี่ย 0.45 นาที ซึ่งมีระยะเวลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ระยะเวลาที่ใช้ในการคำนวณขนาดยาตัวแปรพารินก่อนและหลังการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยา

ผลลัพธ์	จำนวน	ค่าเฉลี่ย เวลา ในการ คำนวณขนาด ยา	Std. Deviation	95% Confidence Interval of the Difference		df	Paired t test	
				Lower	Upper		t	p- value
ก่อนใช้ โปรแกรม	180	5.37	1.55	4.69	5.15	179	17.006	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	180	0.45	0.75					

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยนอกที่ใช้ยาตัวแปรพารินในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.4 และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรค Atrial fibrillation ร้อยละ 60.6 ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยเช่นนี้พบในการศึกษาของกรณีศึกษา เหมือนจันทร์แจ่ม⁹ เรื่องขนาดยาตัวแปรพารินที่เหมาะสมและปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อขนาดยาตัวแปรพารินในขนาดคงที่ที่โรงพยาบาลราชบุรีที่ศึกษาในผู้ป่วยนอก 328 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 57.93 เป็นเพศหญิง และโรคที่มีข้อบ่งชี้ว่าตัวแปรพารินมากที่สุดคือ Atrial fibrillation ร้อยละ 50.30 ผู้มารับบริการในคลินิกตัวแปรพารินหลังการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาตัวแปรพารินมีค่าเฉลี่ย TTR สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเพิ่มจากร้อยละ 40.99 เป็นร้อยละ 65.11 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สถาพร มณีและนุชกานดา มณี¹⁰ เรื่องผลลัพธ์การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการบริหารจัดการคลินิกตัวแปรพาริน ในจำนวนผู้ป่วยจำนวน 33 คน พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ที่อยู่ในระดับเป้าหมายเพิ่มจากร้อยละ 36 เป็นร้อยละ 56.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในระดับเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 57.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

หลังจากใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาตัวแปรพารินพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนใช้โปรแกรมในเรื่องจำนวนเม็ดยาเกินจำนวนวันนัด จำนวนเม็ดยาไม่เพียงพอกับจำนวนวันนัด ขนาดยาเกินขนาดการรักษา และการเลือกคำสั่งจ่ายผิดพลาด โดยความคลาดเคลื่อนทางยาตัวแปรพารินส่วนใหญ่เกิดจาก

กระบวนการสั่งจ่ายได้แก่ การสั่งจำนวนเม็ดยาไม่เพียงพอกับจำนวนวันนัดมากที่สุด รองลงมาคือการเลือกคำสั่งจ่ายยาในคอมพิวเตอร์ผิดพลาด ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของเพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร¹¹ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมเพื่อรายงานผลความคลาดเคลื่อนการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าประเภทปัญหาที่พบจากการสั่งจ่ายยาผู้ป่วยนอกมากที่สุดคือ การสั่งวิธีจ่ายไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ (ร้อยละ 39.57) รองลงมาคือ การสั่งยาซ้ำซ้อน (ร้อยละ 11.91) และการระบุจำนวนเม็ดยาไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 11.29) ระดับความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นความคลาดเคลื่อนที่ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือไม่ถึงตัวผู้ป่วย Category B (ร้อยละ 99.38) ซึ่งสามารถหาแนวทางปฏิบัติ หรือการจัดการด้านโปรแกรมการสั่งยาให้จำนวนเม็ดยาที่ต้องใช้ต่อวันสอดคล้องกับจำนวนวันนัดของผู้ป่วย

การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังจากใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาตัวแปรพารินมีจำนวนลดลง เมื่อเทียบกับก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ภาวะ Minor bleeding, Major bleeding ทุกค่า INR และมีค่า INR มากกว่า 5 แต่ไม่มีภาวะเลือดออก ส่วนภาวะ Major thromboembolism ไม่มีความแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวแปรพารินในโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐานของวิทยา วิริยะมนต์ชัย¹² ศึกษาในผู้ป่วย 60 คน พบว่าอัตราการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติลดลง ส่วนอัตราการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากการพัฒนาแบบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจเป็นผลจากขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ระยะเวลาในการศึกษาสั้นเกินไปและการเก็บข้อมูลเรื่องเลือดออกผิดปกติจาก

คนไข้ช่วงก่อนการพัฒนารูปแบบไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของสาวิตรี ทองอารมณ์¹³ เรื่องความชุกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกจากการใช้ยาว่าฟารินในผู้ป่วยภาคใต้ของไทย ผลการศึกษาพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาว่าฟารินทั้งหมดจำนวน 132 ราย 218 เหตุการณ์ โดยคิดเป็น 46.55 events/100 patient-years จากผู้ป่วยทั้งหมด 323 รายที่ทำการศึกษา อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ค่า INR ที่มากกว่า 5 (ร้อยละ 33.49 ของเหตุการณ์ทั้งหมด) การเกิดจ้ำเลือดตามร่างกาย (ร้อยละ 22.94) และการมีเลือดออกตามไรฟัน (ร้อยละ 18.81) แบ่งเป็นภาวะเลือดออกชนิดไม่รุนแรง 28.82 events/100 patient-years

ระยะเวลาในการคำนวณขนาดยาหลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเวลาในการคำนวณน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดยาว่าฟารินมีค่าเฉลี่ยเวลาการคำนวณที่ 0.45 นาที ซึ่งลดเวลาในการคำนวณขนาดยาลงจากระยะเวลา 5.37 นาที การศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญญา เหมือนคิด¹⁴ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมคำนวณขนาดยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ผลการศึกษาความพึงพอใจในผู้ใช้งานโปรแกรมคำนวณขนาดยาโดยผู้ใช้งานเป็นเภสัชกรจำนวน 15 คน พบว่า มีความพึงพอใจด้านความรวดเร็วในการประมวลผลของระบบในระดับดีมากค่าเฉลี่ยคะแนน 4.92 รองลงมาคือ ความถูกต้องในการคำนวณค่าต่างๆโปรแกรมคำนวณขนาดยา ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.85 แต่งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงว่าสามารถลดระยะเวลาในการคำนวณลดลงเป็นระยะเวลาเท่าใด นอกจากนี้การพัฒนางานคลินิกว่าฟารินโดยเภสัชกรสามารถวางแผนพัฒนาระบบการบริบาลผู้ป่วยในโดยจัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ (Pre-Counseling) พัฒนาวิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลโดยพบว่าผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ มูลอินตะ¹⁵ เรื่องการพัฒนาระบบการบริบาลผู้ป่วยในคลินิกว่าฟารินโรงพยาบาลพะเยาจำนวน 1,263 คน พบว่าร้อยละ INR เข้าเป้าหมายของการรักษาเพิ่มขึ้น , ร้อยละของระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุด (TTR) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น, ภาวะเลือดออกผิดปกติชนิดรุนแรง ลดลง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันชนิดรุนแรงลดลง

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำโปรแกรมคำนวณขนาดยาว่าฟารินนี้ไปใช้กับโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อลดการผิดพลาดในการคำนวณ ลดระยะเวลาในการคำนวณ ลดความผิดพลาดก่อนการส่งมอบยาให้ผู้ป่วย การจัดรูปแบบการให้ยาผู้ป่วยที่ใช้ยาว่าฟารินเป็นรูปแบบมาตรฐาน (Dosing algorithm) ช่วยทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องมากขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาโดยพิจารณาจากจำนวนครั้งและระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในระดับเป้าหมายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำโปรแกรมคำนวณขนาดยาว่าฟารินเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจของแพทย์ โดยเข้าถึงง่ายและสะดวกในการใช้งาน ลดระยะเวลาในการคำนวณและลดความผิดพลาดในการสั่งจ่ายยา (Prescribing error)

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือปัจจัยภายนอกบางอย่างอาจมีผลต่อค่า INR ของผู้ป่วยได้ เช่น ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การบริโภคอาหารที่อาจมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาว่าฟาริน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรกิริยากับยาว่าฟารินและส่งผลกระทบต่อค่า INR ไม่อยู่ในช่วงการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคและบุคลากรโรงพยาบาลกันทรารมย์ที่ช่วยเก็บข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ทรงขวัญ ศิลารักษ์ และคณะ. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiheart.org/images/column_1292154183/warfarin_Guideline%281%29.pdf
2. ณัฐธินา รังสินธุ์ และคณะ. การขับเคลื่อนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กองบริหารการ

- สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.213.6/nitikarn/web/images/Lawyerclub/pudtanaroobpaeab/Service%20Plan%2060-64.pdf>
3. อีรพร สติธอังกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ และพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด; 2560.
 4. จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล. ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) กับการใช้ประโยชน์ในระบบจัดการด้านยา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=303%3B>.
 5. เจนจิรา ตันติวิญญานิช. การบูรณาการคลินิกการฟารินและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพด้วยการบริหารทางเภสัชกรรม จังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(1):129-36.
 6. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ยูแออนด์ไอ; 2553.
 7. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. 2020. PCNE classification for drug related problems V 8.02 [Internet]. 2020 [cited 2022 May 30]. Available from: <https://www.pcne.org/upload/files/230>.
 8. ชื่นจิตร กองแก้ว. คำจำกัดความ: เรื่องที่มองข้ามในบทความวิชาการด้านปัญหาการใช้ยา. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2553;5(1):89-94.
 9. กรรณิกา เหมือนจันทร์แจ่ม. ขนาดยารฟารินที่เหมาะสมและปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อขนาดยารฟารินในขนาดคงที่ที่โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารหัวหินสุขใจ ไกลกังวล 2563;5(1):1-12.
 10. สถาพร มณี และนุชกานดา มณี. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการบริหารจัดการคลินิกการฟาริน. พุทธชินราชเวชสาร 2560;34(3):371-80.
 11. เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร. การพัฒนาโปรแกรมเพื่อรายงานผลความคลาดเคลื่อนการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562;34(3):260-70.
 12. วิทยา วิริยะมนต์ชัย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารฟารินโดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐาน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563;10(1):118-31.
 13. สาวิตรี ทองอาภรณ์. ความชุกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกจากการใช้ยารฟารินในผู้ป่วยภาคใต้ของไทย [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
 14. อัญญา เหมือนคิด. การพัฒนาโปรแกรมคำนวณขนาดยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2555.
 15. วันเพ็ญ มูลอินต๊ะ. การพัฒนาระบบการบริหารผู้ป่วยในคลินิกการฟารินโรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2562;11(2):1-8.

Received: 11 Aug 2022, Revised: 11 Jan 2023

Accepted: 15 Jan 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชุมพร

ธเนศ โชคพระสมบัติ^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรตามแนวคิดการบริหารประสิทธิภาพองค์กร 7S ของแมคคินซี เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำนวน 145 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึง ธันวาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามตามแนวคิด 7'S สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-Square Test และเปรียบเทียบผลงานตามตัวชี้วัดการประเมินผลงาน ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2564 โดยใช้ paired T test

ผลการศึกษา ด้านสถานการณ์ การนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดตามกรอบ 7'S ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับกลยุทธ์ (Strategy) ด้านกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาในการนิเทศ 2 ครั้ง/ปี และรับทราบแผนนิเทศงานล่วงหน้า 2 สัปดาห์ ด้านกระบวนการ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาผู้นำในระดัสูง ($\bar{X} \pm SD$: 4.60 ± 0.41) มากที่สุดด้านแบบการบริหาร (Style) (4.19 ± 0.87) ทักษะความชำนาญ (Skills) (4.01 ± 0.20) และค่านิยมร่วม (Shared Values) (3.90 ± 0.36) ตามลำดับ ด้านผลผลิตพบความพึงพอใจโดยรวมต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานในระดับสูง (3.81 ± 0.51) มากที่สุดคือด้านแบบการบริหาร ภาพรวมการนิเทศ และด้านค่านิยมร่วม ปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่แตกต่างกันที่ทำให้มีความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลงานตามตัวชี้วัดโดยรวมปีงบประมาณ 2564 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70.0 ซึ่งมากกว่า ปี 2563 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.028$) สรุป การนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดตามกรอบ 7'S ครั้งนี้บุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมระดับสูง ส่งผลให้ผลงานตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์มากกว่าปีที่ผ่านมา

คำสำคัญ: สภาพปัญหา, การนิเทศงาน, การนิเทศงานสาธารณสุข

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

* Corresponding author : nate-2514@hotmail.com

Original Article

The problems and conditions of health supervisors at the provincial level in Chumphon Provincial Health Office

Thanate Chokprasombut ^{1*}**Abstract**

This research aims to study the problems and conditions of health supervision at the provincial level Chumphon Provincial Health Office according to McKinsey's 7S concept of organizational efficiency management. This cross-sectional analytical research, sample study of 145 personnel of the departments under the Chumphon Provincial Health Office, between October 2020 - December 2021. The instrument used was questionnaire based on the concept of 7'S. The statistics used of analysis were percentages, means, standard deviation, chi-square test, and compare the results according to performance evaluation indicators Between fiscal years 2020-2021 using paired T test. Results of situation of public health supervision at the provincial level based on the concept of 7'S was found that most agreed with the strategy (Strategy) in terms of targeting 98.6%, the duration of supervision 2 times / year 97.2% and acknowledged the supervision plan 2 weeks in advance 93.8%, respectively. Process was the mean scores of opinions towards the supervisory development approach high level ($\bar{X} \pm SD$: 4.60 ± 0.41), the highest was style (4.19 ± 0.87), Skills (4.01 ± 0.20) and shared Values (3.90 ± 0.36) respectively. Product was the average scores of overall satisfactions with the suitability of supervision high level (3.81 ± 0.51). The most in terms of management, overall supervision and common values. The performance assessment indicator, found that the year 2021 passed the criteria significantly more than the year 2020. ($p < 0.001$) Conclusion: The results showed that the suitability of public health supervision at the provincial level according to the framework 7'S, the personnel had a high level of overall satisfaction. As a result, the performance according to the indicators passed the criteria more than the previous year.

Keyword: Problems Conditions, Supervision, Public Health Supervision

¹ Professional public health, Public Health Strategy Development Group, Chumphon Provincial Health Office

* Corresponding author : nate-2514@hotmail.com

บทนำ

การนิเทศงาน บุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ "ผู้ นิเทศงาน" เพราะจะต้องเป็นสื่อกลางในการนำนโยบาย แผนงานและยุทธศาสตร์จากผู้บริหารระดับสูงไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนช่วยเหลือ แนะนำ สนับสนุนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้ สามารถทำงานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ และให้งานนั้นเกิดประสิทธิผลสูงสุด ผู้รับนิเทศส่วนใหญ่เห็นว่า มีความจำเป็นต้องดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง เพราะว่ามี ประโยชน์ เป็นกระบวนการสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อจัดทำแผนแก้ไขปัญหของพื้นที่ และมีการติดตาม ความก้าวหน้าของงาน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ควรเน้นหลักการ เสริมพลัง ผู้นิเทศควรเป็นโค้ช และพิจารณากระบวนการนิเทศ งานอย่างไรให้ผู้นิเทศและผู้รับนิเทศมีความสุข¹

การนิเทศงานสาธารณสุข หมายถึง การนิเทศงาน สาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัด ซึ่งนิเทศงาน คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยเนื้อหาของการนิเทศงาน คือ เน้นทางด้านนโยบาย แผนงาน และโครงการ การบริหารจัดการองค์การตามกรอบ แนวคิด McKinsey's 7S ของการบริหารจัดการองค์การ ประกอบด้วย ด้านค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมองค์กร ด้าน ความชัดเจนของยุทธศาสตร์ ด้านความชัดเจนของโครงสร้าง องค์การ ด้านความพร้อมของระบบงาน ด้านทักษะของ ด้าน รูปแบบภาวะผู้นำ และด้านบุคลากร ดังนั้น องค์กรควรให้ ความสำคัญกับปัจจัยการบริหารจัดการองค์การทุกด้านอย่าง ครบครัน เพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาคุณภาพในการ ปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อนำพาองค์กรไปสู่ระดับคุณภาพสูง สุดจากการศึกษาผลการบริหารจัดการองค์การตามกรอบ แนวคิด McKinsey's 7S พบว่า บุคลากรมีระดับคะแนนเฉลี่ย ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการองค์การตามกรอบแนวคิด McKinsey's 7S ภาพรวมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน² ซึ่งกรอบ 7S เป็นแบบจำลองที่สามารถนำไปใช้ในการบริหารงานขององค์กร ที่จะช่วยให้การบริหารองค์การมีความเป็นเลิศมากยิ่งขึ้น³

จะเห็นได้ว่า กระบวนการนิเทศงานมักจะมีปัญหาใน ด้านการวางแผนงาน ระบบงาน ทักษะของผู้นิเทศงาน และ การบริหารของผู้นิเทศงาน สภาพปัญหาของผู้นิเทศงานที่ สำคัญจากการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด คือ ช่วงเวลา การนิเทศงานซ้อนทับภารกิจหลักที่ดำเนินการร่วมกับ หน่วยงานส่วนกลางบ่อย ซึ่งส่งผลให้ต้องมีการปรับแผนบ่อย ความไม่สอดคล้องของช่วงเวลานิเทศกับภาระงานในหน้าที่

ความพร้อมด้านยานพาหนะในการออกนิเทศ และผู้รับการ นิเทศงานมีจำนวนน้อยกว่า ผู้นิเทศงาน ผู้รับนิเทศต้องได้รับ การนิเทศจาก ผู้นิเทศหลายท่านในเวลาเดียวกัน ส่วนปัญหา อุปสรรคต่อการบริหารจัดการองค์การ ด้านการจัดสรร งบประมาณสนับสนุนและมีการพัฒนาบุคลากรและอัตรา กำลังคนยังไม่เหมาะสมกับปริมาณงาน ดังนั้นตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2562 เป็นต้นมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชุมพร จึงได้นำแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey) มาใช้ พัฒนางค์กรในการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ตาม แนวคิด 7S ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชุมพร

ด้วยเหตุนี้จึงทำการศึกษา ปัญหาและสภาพการนิเทศ งานสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชุมพรตามแนวคิดการบริหารประสิทธิภาพองค์กร 7S ของแมคคินซี ครั้งนี้ จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อบุคลากรที่เป็นผู้ นิเทศและผู้รับนิเทศที่จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะ และความรู้ความสามารถ อันจะทำให้เกิดการประเมิน ติดตาม ผลงานที่มีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้นิเทศและผู้รับการ นิเทศ อันจะทำให้เกิดผลงานที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและสภาพการนิเทศงาน สาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชุมพรตามแนวคิดการบริหารประสิทธิภาพองค์กร 7S ของแมคคินซี ความพึงพอใจของบุคลากรต่อความเหมาะสม ของการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด และผลงานตาม ตัวชี้วัดการตรวจราชการเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2563-2564

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cros-sectional analytical research)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร เข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ บุคลากรทุก ตำแหน่ง ทุกเพศทุกวัย ปฏิบัติงานเป็นผู้นิเทศงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร และผู้รับนิเทศของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดชุมพร ทุกแห่ง ที่เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือกลุ่มตัวอย่างบุคลากร ในจำนวน 145 คน ปฏิบัติงานเป็นผู้นิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร และผู้รับนิเทศของ คปสอ. ในจังหวัดชุมพร ทุกแห่ง ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้หรือย้ายออกไปอยู่ที่อื่นขณะศึกษา

คำนวณตัวอย่างการประมาณค่าเฉลี่ย เมื่อทราบจำนวนประชากร⁴ ดังนี้

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

N = population size คือ ประชากรที่ศึกษา จำนวน 298 คน ผู้นิเทศงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำนวน 85 คนและผู้รับนิเทศ คปสอ. จำนวน 213 คน อ้างอิงบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรในปีงบประมาณ 2563⁵

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงผลการศึกษาของ ทวีศักดิ์ สายอ่อง และคณะ² การบริหารจัดการองค์กรตามกรอบแนวคิด McKinsey's 7S พบว่า บุคลากรมีระดับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการองค์กรตามกรอบแนวคิด McKinsey's 7S ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 3.95, SD= 0.59) ดังนั้นค่าความแปรปรวน = 0.34, กำหนด d = 0.05

$$n = \frac{298 \times (1.96)^2 \times (0.34)}{(0.05)^2 \times (298-1) + (1.96)^2 \times (0.34)}$$

$$= 132.47 \text{ คน}$$

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 132 คน เนื่องจากบุคลากรในโรงพยาบาลอาจมีการปฏิบัติงานแบบหมุนเวียน ดังนั้นจึงเพื่อ drop out 10% กลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างผู้นิเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร เจาะจงเลือกมา 2 ตำแหน่ง (หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากรายชื่อแบบไม่แทนที่ จัดเรียงรายชื่อในกลุ่มงาน จากนั้นจับ

สลากเลือกตามหมายเลขในทะเบียนรายชื่อบุคลากร จนครบตามขนาดตัวอย่าง

2. กลุ่มตัวอย่างผู้รับนิเทศของ คปสอ. โดยใช้วิธีการจัดเรียงรายชื่อจากคำสั่งฯ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) ดังนี้คือ เจาะจงเลือกมา 3 ตำแหน่ง (ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน) ส่วนที่เหลือเลือกบุคลากรรองลงไป คปสอ.ละ 2-10 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์ใช้เป็นการประเมินผลตามทฤษฎีการวิเคราะห์เชิงระบบ (System Approach)² ได้แก่ การพัฒนากระบวนการทำงาน (work process improvement) มีการร่วมวิเคราะห์ปัญหา (problem analysis) วิเคราะห์ช่องว่าง (gap analysis) และสาเหตุของปัญหา (root cause analysis) ตามกรอบ 7S's McKinsey การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานด้วย PDCA และการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยนำเข้า (input) โดยประยุกต์ใช้การจัดกลุ่มตามโครงสร้างพื้นฐาน 7S's แมคคินซี (McKinsey)

2. กลไกการบริหารจัดการ (process) ประยุกต์ตามหลักการนิเทศงานและการจัดกลุ่มตาม 7S's แมคคินซี (McKinsey)

3. การประเมินผลลัพธ์งาน (output) ได้แก่ ความพึงพอใจด้านการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและผลงานตามตัวชี้วัดการประเมินผลงาน⁶ เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2563-2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 82 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับบทบาทการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์นิเทศงาน และการอบรมด้านการนิเทศงาน มีทั้งแบบให้เลือกตอบ และคำถามแบบเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยนำเข้า (context input) จำนวน 21 ข้อ ประยุกต์ใช้หลักการ 7S's McKinsey² เกี่ยวกับปัญหาและสภาพเกี่ยวกับการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด

ส่วนที่ 3 กลไกการบริหารจัดการองค์กร (process management) จำนวน 43 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกลไกการบริหารจัดการองค์กร ตามกรอบ 7S's McKinsey (โครงสร้าง (Structure) กลยุทธ์ (Strategy) ระบบ (Systems) แบบการบริหาร (Style) บุคลากร (Staff) ทักษะความชำนาญ (Skills) และค่านิยมร่วม (Shared Values)) เป็น Rating scale 5 ระดับ คือ 1=เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง 5=เห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ คือ 3.34 – 5.00 = เห็นด้วยระดับสูง 1.67– 3.33 = เห็นด้วยระดับปานกลาง และ 1.00 – 1.66 = เห็นด้วยระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อความเหมาะสมของการนิเทศงาน จำนวน 8 ข้อ เป็น Rating scale 5 ระดับ คือ 1=พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5=พึงพอใจมากที่สุด แปลผลค่าเฉลี่ย 3 ระดับ คือ 3.34 – 5.00 = ระดับสูง 1.67– 3.33 = ระดับปานกลาง และ 1.00 – 1.66 = ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์งานตามตัวชี้วัด (product) ตามแนวทางการตรวจประเมินผลงานของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 60 ตัวชี้วัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามข้อมูลระดับไม่ต่อเนื่อง ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ โดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คำถามรายข้อมีค่า IOC เท่ากับ +1 ทุกข้อ ได้แก่ แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัญหาและสภาพเกี่ยวกับการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด และแบบบันทึกผลงานตามตัวชี้วัด การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรกลุ่มที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร นำแบบสอบถามที่เป็นข้อมูลลักษณะต่อเนื่องหรือแบบช่วง Likert scale⁷ มาหาค่าเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)⁸ ปรากฏดังนี้ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาผู้นำนิเทศ alpha = 0.87 และความพึงพอใจ alpha = 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดแบบสอบถามก่อนที่จะให้ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของหน่วยงานที่มีกลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูล และมีการฝึกปฏิบัติจนได้มาตรฐานทั้งความเข้าใจในเนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถาม และแก้ไขปัญหาต่างๆ

2. กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยจัดทำ google form แบบสอบถาม ส่ง link ทางไลน์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self – administrative Questionnaire) ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-Square Test และเปรียบเทียบผลงานตามตัวชี้วัดการประเมินผลงาน ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2564 โดยใช้ paired T test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม โครงการวิจัยนี้จะดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 91/2563 วันที่ 15 ธันวาคม 2563

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นผู้นิเทศงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด ร้อยละ 28.3 และเป็นผู้รับการนิเทศงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.7 อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.8 ($\bar{X}$ 48.78±SD 6.45, min.= 33 ปี, max.= 59 ปี) สถานภาพคู่ ร้อยละ 77.9 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 54.5 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 55.2 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 96.6 ประสบการณ์ด้านการนิเทศงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.2 และการอบรมการนิเทศงาน ร้อยละ 95.2

ปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรตามแนวคิดการบริหารประสิทธิภาพองค์กร 7S ของแมคคินซี กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากทุกด้านตามกรอบ 7S ของแมคคินซี พิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับด้าน

กลยุทธ์ (Strategy) มีการวางแผนนิเทศงาน ร้อยละ 98.6 ระยะเวลาในการนิเทศงาน 2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 97.2 และ รับผิดชอบต่อแผนนิเทศงานล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร้อยละ 93.8 ตามลำดับ มีระบบการดำเนินงานตามแผนมากที่สุดร้อยละ 100 ได้แก่ มีการนิเทศงานตามแผน มีสิ่งเอื้ออำนวย และมีรูปแบบการจัดแบ่งทีม ด้านโครงสร้าง (Structure) ร้อยละ

100 ได้แก่ เอกภาพในการบังคับบัญชา แบบการบริหาร (Style) โดยเจ้าหน้าที่ในความควบคุมของหัวหน้ากลุ่มงาน ต่ำกว่า 10 คน มีการแบ่งงานเป็นกลุ่ม และมีการติดต่อสื่อสารประสานงานระหว่างหัวหน้ากลุ่มงานและผู้นิเทศ ด้านบุคลากร (Staff) ผ่านการฝึกอบรมการนิเทศงาน ร้อยละ 93.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (n=145)

สภาพการนิเทศงาน	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านกลยุทธ์ (Strategy)	
มีการวางแผนนิเทศงาน	143 (98.6)
ระยะเวลาในการนิเทศงาน 2 ครั้ง/ปี	141 (97.2)
รับผิดชอบต่อแผนนิเทศงานล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์	136 (93.8)
ระบบการดำเนินงานตามแผน	
มีการนิเทศงานตามแผน 2 ครั้งต่อปี มีสิ่งเอื้ออำนวยให้การนิเทศงาน 2 ครั้งต่อปี และนิเทศงานเป็นทีม	145 (100.0)
การประเมินผลการดำเนินงาน	
มีการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของงาน วิเคราะห์ข้อมูลการนิเทศ นำเสนอผู้บังคับบัญชา 2 ครั้งต่อปี	145 (100.0)
ด้านโครงสร้าง	
เอกภาพในการบังคับบัญชา แบบการบริหาร (Style) โดยเจ้าหน้าที่ในความควบคุมของหัวหน้ากลุ่มงาน ต่ำกว่า 10 คน มีการแบ่งงานเป็นกลุ่ม และมีการติดต่อสื่อสารประสานงานระหว่างหัวหน้ากลุ่มงานและผู้นิเทศ	145 (100.0)
ด้านบุคลากร ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการนิเทศงาน	136 (93.8)

ด้านทักษะ (Skills) พบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะของผู้นิเทศงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm SD$: 4.60±0.41) มากที่สุด ได้แก่

ด้านการพูด การสอน การสาธิต การสื่อความหมาย นำเสนอผลงาน สร้างมนุษยสัมพันธ์ และการมอบหมายงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะของผู้นิเทศงาน (n=145)

ทักษะหรือความชำนาญ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
1. ด้านการสอน และการสาธิต	4.86±0.35	สูง
2. การสื่อความหมาย การนำเสนอผลงาน	4.86±0.35	สูง
3. ด้านการสร้างมนุษยสัมพันธ์	4.81±0.39	สูง
4. ด้านการให้คำปรึกษา	4.48±0.79	สูง

ทักษะหรือความชำนาญ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
5. ด้านการมอบหมายงาน	4.66±0.71	สูง
6. ด้านการทำงานเป็นกลุ่ม	4.61±0.78	สูง
7. ด้านการวางแผนงาน และประเมินผลงาน	4.44±0.78	สูง
8. การวิเคราะห์ วิจัย วิจารณ์ ผู้รับการนิเทศงาน	4.10±0.73	สูง
เฉลี่ย	4.60±0.41	สูง

แนวทางการพัฒนาผู้นิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดตามกรอบ 7'S

พบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาผู้นิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดใน

ระดับสูง ($\bar{X} \pm SD$: 4.60±0.41) มากที่สุดด้านแบบการบริหาร (Style) (4.19±0.87) ทักษะความชำนาญ (Skills) (4.01±0.20) และค่านิยมร่วม (Shared Values) (3.90±0.36) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาผู้นิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (n=145)

แนวทางการพัฒนาผู้นิเทศงาน	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
โครงสร้าง (Structure)	3.74±0.80	สูง
กลยุทธ์ (Strategy)	3.56±0.55	สูง
ระบบ (Systems)	3.80±0.39	สูง
แบบการบริหาร (Style)	4.19±0.87	สูง
บุคลากร (Staff)	3.70±0.31	สูง
ทักษะความชำนาญ (Skills)	4.01±0.20	สูง
ค่านิยมร่วม (Shared Values)	3.90±0.36	สูง
รวม	4.60±0.41	สูง

ความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด

โดยรวมมีความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm SD$:

3.81±0.51) มากที่สุดพึงพอใจด้านแบบการบริหาร (4.11±0.77) ภาพรวมของการนิเทศงาน (4.10±1.01) และค่านิยมร่วม (4.01±0.92) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อความเหมาะสมของการนิเทศงาน (n=145)

ความพึงพอใจของบุคลากร	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
1. พึงพอใจต่อความเหมาะสมด้านโครงสร้าง	3.40±0.61	สูง
2. พึงพอใจความเหมาะสมของกระบวนการนิเทศงานสาธารณสุข	3.54±0.64	สูง
3. พึงพอใจความเหมาะสมด้านกลยุทธ์การนิเทศงาน	3.74±1.01	สูง

ความพึงพอใจของบุคลากร	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
4. พึงพอใจต่อความเหมาะสมด้านแบบการบริหาร	4.11±0.77	สูง
5. พึงพอใจต่อความเหมาะสมด้านบุคลากร	3.70±1.02	สูง
6. พึงพอใจต่อความเหมาะสมด้านค่านิยมร่วม	4.01±0.92	สูง
7. พึงพอใจต่อการเยี่ยมแนะนำเฉพาะกิจและให้กำลังใจก่อนการนิเทศ	3.87±0.89	สูง
8. ความพึงพอใจภาพรวมของการนิเทศงาน	4.10±1.01	สูง
รวม	3.81±0.51	สูง

คุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกันที่ทำให้มีความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บทบาท เพศ

สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ประสบการณ์ การฝึกอบรม และค่านิยมร่วม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=145)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	χ^2	p-value
บทบาทในการนิเทศงาน	36.752	<0.001*
เพศ	6.628	<0.001*
อายุ	0.834	0.361
สถานภาพสมรส	54.628	<0.001*
ระดับการศึกษา	11.593	0.001
ตำแหน่งของการนิเทศ	59.648	<0.001*
ประสบการณ์ปฏิบัติงาน	49.979	<0.001*
ประสบการณ์ด้านการนิเทศ	3.041	0.081
ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านการนิเทศงาน	10.490	0.001*
ด้านค่านิยมร่วม	10.490	0.001*

*ระดับนัยสำคัญที่ 0.05, Chi-Square Test (χ^2)

สภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่แตกต่างกันที่ทำให้มีความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระยะเวลาในการนิเทศงาน มีการประชุมชี้แจงผู้นิเทศงาน รับทราบแผนนิเทศงานล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ มี

การติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับผู้รับนิเทศ มีการจัดตั้งทีมนิเทศงานเฉพาะกิจ การดำเนินงานตามแผน มีการนิเทศงานตามแผน การประเมินผลการดำเนินงาน การติดต่อสื่อสารประสานงาน และด้านรูปแบบการบริหาร ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (n=145)

สภาพการนิเทศงาน	χ^2	p-value
ระยะเวลาในการนิเทศงาน 2 ครั้ง/ปี	118.352	<0.001*
มีการประชุมชี้แจงผู้นิเทศงาน	94.407	<0.001*
รับทราบแผนนิเทศงานล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์	111.234	<0.001*
มีการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับผู้รับนิเทศ	11.593	0.001*
มีการจัดตั้งทีมนิเทศงานเฉพาะกิจ	94.407	<0.001*
การดำเนินงานตามแผน	118.352	<0.001*
มีการนิเทศงานตามแผน	44.124	<0.001*
การประเมินผลการดำเนินงาน	100.972	<0.001*
ด้านโครงสร้างทางเอกภาพในการบังคับบัญชา	137.110	0.087
การติดต่อสื่อสารประสานงาน	129.441	<0.001*
ด้านรูปแบบการบริหาร	44.124	<0.001*
ด้านบุคลากร	238.607	0.0891

*ระดับนัยสำคัญที่ 0.05, Chi-Square Test (χ^2)

ผลงานตามตัวชี้วัดโดยรวมปีงบประมาณ 2564 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70.0 ซึ่งมากกว่า ปี 2563 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ

ละ 58.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.028) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลงานตามตัวชี้วัดการประเมินผลงาน เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2563-2564

ตัวชี้วัดการตรวจราชการ	จำนวนเป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน			t	p-value
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	ร้อยละ		
ปีงบประมาณ 2563	60	35	25	58.3		
ปีงบประมาณ 2564	60	42	18	70.0	2.248	0.028

*.มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, paired t- test

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร (input) ตามแนวคิดการบริหารประสิทธิภาพองค์กร 7S ของแมคคินซี ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร พบว่าบุคลากรเห็นด้วยในระดับสูงทุกด้าน ตามกรอบ 7S ของแมคคินซี ได้แก่ โครงสร้าง กลยุทธ์ ระบบ แบบการบริหาร บุคลากร ทักษะความชำนาญ และค่านิยมร่วม โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับกลยุทธ์ มีการวางแผนนิเทศงานด้านการกำหนด

เป้าหมาย ระยะเวลาในการนิเทศงาน 2 ครั้ง/ปี และรับทราบแผนนิเทศงานล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรมีการทำงานเป็นทีมให้ความสำคัญและเข้าใจถึงกระบวนการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารเพื่อความเป็นเลิศอย่างเป็นรูปธรรมครบทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทธิญา มูลศรี⁹ ศึกษากรอบ 7S ของแมคคินซี และการจัดการคุณภาพโดยรวม ที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ธุรกิจ พบว่าแบบจำลองกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้น มีตัวแปรแฝงภายนอกคือโครงสร้าง 7S ของแมคคินซี มีตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 7 ตัวแปร

และผลสัมฤทธิ์ธุรกิจ และการศึกษาของ อติญาณ์ศรเกษตริน และคณะ¹⁰ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเรียน กับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่าทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ควรให้มีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. กลไกการบริหารจัดการ (process) ผลการประยุกต์ใช้หลักการนิเทศงานและการจัดกลุ่มตามโครงสร้างพื้นฐาน 7-S พบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาผู้นำนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากที่สุดด้านแบบการบริหาร ทักษะ และค่านิยมร่วม ทั้งนี้เนื่องจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โดยการนำหน้าที่ทางการบริหารมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมทุกด้าน ตามกรอบแนวคิดการบริหารประสิทธิภาพองค์กร 7S ของแมคคินซี่ ลักษณะการนิเทศงานนี้ จึงส่งผลให้ผลการดำเนินงานสาธารณสุขประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข เป็นลักษณะการตรวจติดตามในเรื่องสำคัญหรือเป็นประเด็นการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบายของผู้บริหาร การตรวจติดตามงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย การตรวจจุด/ประเด็นที่เป็นความเสี่ยง ที่จะเป็นอุปสรรค หรือที่จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายไม่ประสบความสำเร็จ² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพาพรณ นวาวดี และคณะ¹¹ การพัฒนาสมรรถนะผู้นำนิเทศงานสาธารณสุขระดับเขตด้านการป้องกันควบคุมโรค พบว่า ต้นแบบสมรรถนะผู้นำนิเทศงานสาธารณสุขระดับเขตด้านการป้องกันควบคุมโรค มี 8 ด้าน ได้แก่ การสอนงานและพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา การวางแผนงาน การศึกษาวิจัยป้องกันควบคุมโรค การกำกับติดตามประเมินผล การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานป้องกันควบคุมโรค การประสานนิเทศงาน การถ่ายทอดองค์ความรู้และการสร้างแรงจูงใจ

3. ผลลัพธ์งาน (output) พบคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก การมีส่วนร่วมของบุคลากร คือการที่บุคลากรทุกคนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายวิธีการดำเนินงาน แสดงความคิดเห็น มีอิสระในการทำงาน มีอำนาจในการตัดสินใจในงานที่เกี่ยวข้องกับงานที่ได้รับผิดชอบ ในการนิเทศและการประเมินผลงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรเป็นแนวทางในการประเมินที่ทีมประเมินแต่ละทีมใช้เป็นแนวทางเดียวกัน จึงส่งผลให้ผลงาน

ตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์มากกว่าปีที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พาพร เชื้อบางแก้ว¹² การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่ากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติตามแผน ด้านการตรวจสอบและด้านการปรับปรุงการดำเนินการ มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จของกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด

สรุปได้ว่า ผลของการประยุกต์ใช้หลักการนิเทศงานและการจัดกลุ่มตามโครงสร้างพื้นฐาน 7S ครั้งนี้พบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาผู้นำนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุดอ่อนและข้อจำกัดของการศึกษา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ได้นำหน้าที่ทางการบริหารมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมครบทุกด้าน แต่การดำเนินงานพัฒนาครั้งนี้ ไม่ได้ครอบคลุมไปยังระดับอำเภอทุกกระบวนการ ซึ่งเป็นผู้รับการนิเทศที่จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมแบบการบริหารที่มีทักษะการแก้ปัญหา การให้คำแนะนำ การสอน และการสาธิตให้แก่ผู้รับนิเทศ และการมีค่านิยมร่วมกันในการทำงานเป็นทีม ตลอดจนไม่ได้ทำการประเมินผลงานส่วนย่อย ที่อาจจะส่งผลทำให้งานภาพรวมของอำเภอและจังหวัดประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผลการประยุกต์ใช้หลักการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดตามกรอบ 7'S ครั้งนี้บุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมระดับสูง ส่งผลให้ผลงานตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์มากกว่าปีที่ผ่านมา ดังนั้นระดับผู้บริหารองค์กร ควรมีการสร้างค่านิยมร่วมในหน่วยงาน เพื่อเป็นการช่วยเร่งสร้างความเข้าใจแก่ผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเป้าประสงค์และนโยบายที่ตรงกัน ตลอดจนมีการพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงานทุกปีงบประมาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

2. ในการนิเทศและการประเมินผลงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรเป็นแนวทางในการประเมินที่ทีมประเมินแต่ละทีมใช้เป็นแนวทางเดียวกัน จึงส่งผลให้ผลงานตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์มากกว่าปีที่ผ่านมา ดังนั้นการเลือกตัวชี้วัดตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดเป็นตัวชี้วัด

สำคัญ (Key Performance Indicator) ทั้งหมดนำมาใช้ในการวัดผลการปฏิบัติงานระดับอำเภอ มีส่วนทำให้ผลงานเป็นไปตามเป้าหมายระดับจังหวัดได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ผลการศึกษานี้พบว่าผลงานตามตัวชี้วัดโดยรวมปีงบประมาณ 2564 ผ่านเกณฑ์มากกว่า ปี 2563 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต้องเริ่มจากดำเนินงานในระดับชุมชนตำบล อำเภอ สู่ระดับจังหวัด ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องจำเป็นต้องร่วมมือกัน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตามแผน และร่วมประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน และเป็นรูปธรรม จึงจะส่งผลให้ผลงานตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด ในเชิงลึกเป็นกลุ่มงานที่มีงานแยกย่อยหลายประเด็นหลากหลายตัวชี้วัด เพื่อให้งานที่บรรลุเป้าหมายได้ยากมีสัมฤทธิ์ผลมากยิ่งขึ้น ตั้งแต่ต้นทาง ในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ สู่ระดับจังหวัด เช่น กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร ที่ให้โอกาสในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร รวมทั้งท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ได้กรุณาช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ จนงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. รัตนจันทร์ นาดิ. การประเมินผลโครงการ นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2563; 10(2): 25-38.
2. ทวีศักดิ์ สายอ่อง, สุปรียา แก้วสวัสดิ์, วิดา กวานเหียน. การบริหารจัดการองค์กรตามกรอบแนวคิด McKinsey's 7S ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11. วารสารเทคนิคการแพทย์ 2563; 48(1): 7297-7313.
3. บุญชัย อีระกาญจน์. แนวทางการนิเทศอย่างมีประสิทธิภาพ. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://new.research.doae.go.th>
4. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2557.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ; 2564.
6. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
8. ชานินทร์ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: วีอินเตอร์พรีนท์; 2550.
9. กฤษติญา มูลศรี. กรอบแนวคิดแมคคินซี 7s และการจัดการคุณภาพโดยรวม ที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ธุรกิจ. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา 2562; 8(1): 40-53.
10. อติญาณ์ศรเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์กัลป์กะ, ปริญญ์ จิตอร่าม, สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเรียนกับทัศนคติการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(3): 37-48.
11. อัมพาพรรณ นวาวรัตน์, อุซารัตน์ ติดเทียน, มนัสภรณ์ ชูวงศ์. การพัฒนาสมรรถนะผู้นิเทศงานสาธารณสุขระดับเขตด้านการป้องกันควบคุมโรค เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2561; 5(2): 94-107.
12. พิมพ์พร เชื้อบางแก้ว. การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2565; 12(1): 1-12.

Received: 3 Feb 2023, Revised: 18 Feb 2023

Accepted: 25 Feb 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานแห่งหนึ่งในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ยอดศักดิ์ น้าโชคดี^{1*}, ธันวา ใจเที่ยง², วรกร วิชัยโย³

บทคัดย่อ

การมีคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานถือได้ว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ เมื่อคุณภาพชีวิตของพนักงานอยู่ในระดับดี จึงส่งผลต่อคุณภาพต่อการให้บริการที่ดี จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในเครือข่ายสมเด็จสโตร์ และ 2) เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพนักงานในเครือข่ายสมเด็จสโตร์ มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย พนักงานบัญชี พนักงานขาย รปภ. พนักงานส่งของและพนักงานการเงิน พ่อครัว/แม่ครัว จำนวน 30 คน และรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การบันทึกการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับมาก จำนวน 3 ตัวแปร จาก 8 ตัวแปรดังต่อไปนี้ 1) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล $\bar{x} = 3.94$, $SD=0.84$ 2) ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย $\bar{x} = 3.69$, $SD=0.91$ และ 3) ด้านการได้รับการป้องกันสิทธิส่วนบุคคล $\bar{x} = 3.47$, $SD=0.95$ ตามลำดับ และมีข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ การมีโบนัสประจำปีให้กับพนักงาน การอบรมพัฒนาเรื่องการให้บริการที่มีคุณภาพ และหลักของการการจัดเก็บอุปกรณ์ที่เอื้อต่อ และการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสังคมให้มากขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตในการทำงาน, พนักงาน, พัฒนาคุณภาพชีวิต

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

³ อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

* Corresponding author : whyohdee@gmail.com

Original Article

Quality of work life of an employees in Somdet district, Kalasin province

Yodsak Namchokdee¹, Tunwa Chaiteing²,
Woragon Wichaiyo³**Abstract**

The quality of work life of employees is regarded as important. When the quality of life of employees is at a good level, affective the quality of good service. Therefore, the researcher was interested in this study, used a qualitative research. The objectives of this research were 1) to study the quality of working life of employees in Somdet Stores, Somdet District, Kalasin Province, 2) to study guidelines for improving the quality of life of employees in Somdet Stores. The sample used in this study were employees of the Somdet Stores. The sample was selected of 30 persons and used in this study consisted of accounting staff, sales staff, security guards, delivery staff and finance staff and chefs/cooks. The data was collected used the multi-method included of the questionnaire for the quantitative data, and the focus group and in-depth interview for qualitative data. The quantitative data were analyzed descriptive statistics used percentage, mean, standard deviation, while the qualitative data was analyzed the content analysis.

The results of the study revealed that quality of life at work was at a high level for 3 variables from 8 variables as follows: 1) Interpersonal relationship $\bar{X} = 3.94$, $SD=0.84$ 2) Good and safe environment $\bar{X} = 3.69$, $SD = 0.91$ and 3) the protection of personal rights $\bar{X} = 3.47$, $SD = 0.95$, respectively. There are suggestions from this research that having annual bonuses for employees development training on providing quality services and the principle of storing equipment conducive to and participation in organizing activities that are more beneficial to society.

Keywords: Quality of life at work, employee, improve quality of life

บทนำ

โลกในศตวรรษที่ 21 เป็นโลกที่ไร้พรมแดนเป็นยุคแห่งการปฏิวัติที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกสิ่งทุกอย่าง ทั้งระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม และเทคโนโลยี เพื่อให้โลกมีความเจริญก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้ทุกประเทศต้องดิ้นรนเพื่อพัฒนาประเทศของตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในขณะนั้น ทั้งนี้ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำลังพัฒนา ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและเทคโนโลยี ทำให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนต่างต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างนโยบายและการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น กาญจนสุดา เพ็งภู และ พิชิต รัชตพิบูลภพ (2561)¹ มีการดำเนินชีวิตที่พร้อมในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ด้านความคิด ด้านจิตใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีในทุกๆ ด้านรู้จักรักตนเองและผู้อื่นสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี

เครื่องมือเชิงสำรวจ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ การที่ดำเนินการด้านการให้บริการแก่ผู้บริโภคทั้งเรื่องของวัสดุ อุปกรณ์ สินค้าด้านต่างๆ ร้านอาหารรวมทั้งที่พักและโรงแรมต่างๆ ในเครื่องมือเชิงสำรวจ โดยคำนึงถึงความพึงพอใจให้ลูกค้าด้วยสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ มีพนักงานจำนวนทั้งสิ้น 30 คน จากข้างต้นนั้นพบว่าพนักงานจึงมีความสำคัญหรือเป็นฟันเฟืองสำคัญต่อการบริหารงานและดำเนินงานของเครื่องมือเชิงสำรวจเป็นอย่างมาก รวมถึงการให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความชำนาญในสายงาน การทำงานปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน และที่สำคัญการมองถึงคุณภาพชีวิตของพนักงานโดยรวมทั้งหมดจึงเป็นเรื่องที่ต้องจัดลำดับความสำคัญไว้อันดับต้น ๆ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในเครื่องมือเชิงสำรวจ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานและเป็นแนวทางในการวางแผนสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในเครื่องมือเชิงสำรวจที่ดีขึ้น เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้พนักงานเป็นคนเก่ง คนดี และมีความสุข มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี อันจะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในเครื่องมือเชิงสำรวจ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาและหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพนักงานในเครื่องมือเชิงสำรวจ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ คือพนักงานในเครื่องมือเชิงสำรวจ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมดจำนวน 30 คน และสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการเลือกแบบเจาะจงทั้งหมดคือพนักงานสัมภาษณ์เชิงลึกการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) จำนวน 8 คน คือเจ้าของกิจการ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 ท่าน การสนทนากลุ่ม (Focus group) เก็บข้อมูลในประเด็นที่ได้จากการการสอบถามจากพนักงาน จำนวน 5 คน และร่วมตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ผลการวิจัยเชิงลึกและมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ และรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้าน การบันทึกการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) และ 3) การสนทนากลุ่ม (Focus group) เก็บข้อมูลในประเด็นที่ได้จากการการสอบถามจากพนักงาน 30 คน และมีประเด็นอะไรที่ต้องเพิ่มเติมหรือพัฒนาในด้านคุณภาพชีวิตของพนักงาน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้อาศัยการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 2 ประเภท คือ 1) วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเอกสาร (Documentary

Research) แบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามในการสอบถามพนักงานในเครื่องเต็มตัว จำนวน 30 คน 2) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเจ้าของกิจการพนักงานจำนวน 10 คน และอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วจะมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการลงพื้นที่ ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้การจดบันทึก แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ให้เป็นระบบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ข้อมูลจากวัตถุประสงค์ของการศึกษาแล้วนำเสนอข้อมูลที่ได้มาสรุปผลและอภิปรายผลในเชิงบรรยายพรรณนา

การวิเคราะห์หัตถ์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และรายได้ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) จากการสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In –Depth Interview) รายบุคคล แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสโครงการวิจัย KLS.REC73/2565 เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในเครื่องเต็มตัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 30 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีอายุอยู่ในช่วง 30-45 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรส 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 มีประสบการณ์การทำงาน 1-2 ปีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และมีรายได้ 7,001-10,000 บาท จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในเครื่องเต็มตัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของพนักงานเครื่องเต็มตัว

คุณภาพชีวิตในการทำงาน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	แปลผล
1.ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.94	0.84	มาก
2.ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย	3.69	0.91	มาก
3.ด้านการได้รับการป้องกันสิทธิส่วนบุคคล	3.47	0.95	มาก
4.ด้านการได้รับค่าตอบแทนในการทำงานที่เพียงพอและยุติธรรม	3.28	0.82	ปานกลาง
5.ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน	3.26	1.11	ปานกลาง
6.ด้านการได้รับการพัฒนาทักษะการใช้ความสามารถ	3.18	0.95	ปานกลาง
7.ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม	3.09	0.89	ปานกลาง
8.ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน	3.00	1.09	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	3.36	0.95	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาภาพรวมของผลการการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตในการทำงานพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.36$, $SD=0.95$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.94$, $SD=0.84$) รองลงมา ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.69$, $SD=0.91$) ด้านการได้รับการป้องกันสิทธิส่วนบุคคล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.47$, $SD=0.95$) ด้านการได้รับค่าตอบแทนในการทำงานที่เพียงพอและยุติธรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.28$, $SD=0.82$) ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, $SD=1.11$) ด้านการได้รับการพัฒนาทักษะการใช้ความสามารถ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.95$) ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.09$, $SD=0.89$) และด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.00$, $SD=1.09$) ตามลำดับ

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มย่อย สรุปผลได้ดังต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านการได้รับค่าตอบแทนในการทำงานที่เพียงพอและยุติธรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.28$, $SD=0.82$) พบว่า พนักงานแต่ละคนมีความเห็นแตกต่างกัน ทั้งมีความเพียงพอและไม่เพียงพอเนื่องจากค่าใช้จ่ายมีการปรับตัวสูงขึ้นที่มีความเพียงพอยังมองว่ามีความยุติธรรมพอใช้ รวมถึงมีความเป็นธรรมแล้วอีกทั้งสิ้นปียังได้โบนัส

2. คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.00$, $SD=1.09$) พบว่า พนักงานมีความคิดเห็นแตกต่างกัน ทั้งมองว่าการทำงานในเครือสมเด็จสโตรยังมีความมั่นคงและขาดความก้าวหน้าขณะเดียวกันส่วนใหญ่มองว่ามีความมั่นคงมีความมั่นคงเนื่องจากเป็นงานประจำมีความก้าวหน้าพนักงานได้รับการดูแลอย่างดี

3. คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านการได้รับการพัฒนาทักษะการใช้ความสามารถ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.95$) พบว่า มีความเห็นแตกต่างกัน ทั้งมองว่าการทำงานในเครือสมเด็จสโตร มีโอกาสได้พัฒนาทักษะต่อไปและและยังมีโอกาสพัฒนา แต่ในขณะเดียวกันก็มองว่ายังไม่ได้รับโอกาสในการพัฒนายังไม่มีโอกาสในการพัฒนา

4. คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.94$, $SD=0.84$) พบว่า มีความคิดเห็นที่เหมือนกันหรือคล้ายกันว่าการทำงานในเครือสมเด็จสโตร มีการทำงานแบบเป็นกันเองเพื่อนร่วมงานดีไม่อึดอัดผู้บังคับบัญชามีความเป็นกันเอง และสามารถปรึกษาเรื่องงานและเรื่องส่วนตัวกับเพื่อนร่วมงานได้

5. คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.69$, $SD=0.91$) พบว่า มีความเห็นต่างบางส่วน ซึ่งส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสถานที่ทำงานมีความปลอดภัยและระดับความปลอดภัยที่ดีและทำงานอย่างมีสติและไม่ประมาทอยู่แล้ว แต่ยังมีส่วนเห็นว่าหลังทำงานเสร็จพนักงานเก็บอุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบและอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้

6. คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, $SD=1.11$) พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีการแยกแยะระหว่างเรื่องงานและเรื่องส่วนตัวจึงไม่กระทบต่อการทำงานและที่ทำงานก็แบ่งเวลาทำงานและวันหยุดที่ชัดเจนให้พนักงานรวมทั้งพนักงานบางส่วนที่อาศัยอยู่ใกล้ที่ทำงานจึงไม่มีผลกระทบตอชีวิตส่วนตัว แม้มีในบางครั้งที่ต้องทำงานล่วงเวลา แต่องค์กรก็จ่ายค่าล่วงเวลาให้

7. คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.09$, $SD=0.89$) พบว่า พนักงานมีความเห็นต่างแต่เห็นด้วยที่ได้ทำงานที่มีประโยชน์ต่อสังคมแม้ว่าจะเป็นในเรื่องของการให้เงินทุนสนับสนุนทางการศึกษาขององค์กรและการจัดอบรมให้ความรู้แก่สังคมในเรื่องต่างๆการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนงาน ในบางครั้งยังไม่ครอบคลุมมาก

8. คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านการได้รับการป้องกันสิทธิส่วนบุคคล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.47$, $SD=0.95$) พบว่า พนักงานมีความเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่และมีบางครั้งที่เห็นว่าไม่ได้หยุดในวันที่ยุคตกเฉยแต่ส่วนใหญ่ ฟังพอใจแล้วและเห็นว่ามีความยุติธรรมและเป็นประชาธิปไตย และมีสิทธิได้ออกเสียงแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่แล้วและได้สิทธิในการลาต่างๆตามสมควรแล้ว

3. ตารางแสดงผลภาพรวมแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพนักงานในเครือสมเด็จสโตรอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยภาพรวมน้อยที่สุดในแต่ละด้านคุณภาพชีวิตของพนักงานในเครื่องสมเด็จส์ไตร์

ภาพรวมค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในแต่ละด้านคุณภาพชีวิตของพนักงาน	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล -ประชาชนทั่วไปมีมุมมองต่อองค์การในทางที่ดี	3.73	0.79	มาก
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย -องค์กรจัดสรรอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้แก่พนักงานอย่างเหมาะสมและเพียงพอ	3.43	1.01	มาก
3. ด้านการได้รับค่าตอบแทนในการทำงานที่เพียงพอและยุติธรรม -องค์กรจ่ายค่าตอบแทนเหมาะสมกับค่าครองชีพในปัจจุบัน	3.07	0.79	ปานกลาง
4. ด้านการได้รับการป้องกันสิทธิส่วนบุคคล -ได้รับวันหยุดชดเชยอย่างเป็นธรรม	3.03	1.16	ปานกลาง
5. ด้านการได้รับการพัฒนาทักษะการใช้ความสามารถ -ท่านได้รับการส่งเสริมให้มีการอบรม สัมมนา ด้งานในเรื่องที่เกี่ยวกับงาน	2.93	1.29	ปานกลาง
6. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน -มีนอกเวลางานข้าพเจ้ายังกังวลและเครียดกับงานที่รับผิดชอบ	2.87	1.28	ปานกลาง
7. ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม -มีแผนงานหรือมาตรการป้องกันผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม	2.83	0.83	ปานกลาง
8. ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน -องค์กรของท่านเปิดโอกาสให้ท่านได้พัฒนาความรู้ความสามารถในงาน เช่น อบรม ด้งาน	2.77	1.25	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	3.12	1.05	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาภาพรวมค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในแต่ละด้านคุณภาพชีวิตของพนักงานพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.12, SD=1.05) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า องค์กรจ่ายค่าตอบแทนเหมาะสมกับค่าครองชีพในปัจจุบัน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.07, SD=0.79) รองลงมา ได้รับวันหยุดชดเชยอย่างเป็นธรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.03, SD=1.16) ท่านได้รับการส่งเสริมให้มีการอบรม สัมมนา ด้งานในเรื่องที่เกี่ยวกับงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.93, SD=1.29) มีนอกเวลางานข้าพเจ้ายังกังวลและเครียดกับงานที่รับผิดชอบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.87, SD=1.28) มีแผนงานหรือมาตรการป้องกันผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.83, SD=0.83) และองค์กรของท่านเปิดโอกาสให้ท่านได้

พัฒนาความรู้ความสามารถในงาน เช่น อบรม ด้งาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.77, SD=1.25) ตามลำดับ

ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับประชาชนทั่วไปมีมุมมองต่อองค์การในทางที่ดีและด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัยขององค์กรจัดสรรอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้แก่พนักงานอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ถึงแม้จะเป็นข้อที่ค่าเฉลี่ยน้อยในด้านนั้นแต่ก็ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.73, SD=0.79) และ ($\bar{X}$ = 3.43, SD=1.01)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาคูณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในเครื่องสเต็มเตอร์ อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ผลสรุป ดังนี้

ด้านการได้รับค่าตอบแทนในการทำงานที่เพียงพอและยุติธรรม พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.28$, $SD=0.82$) เมื่อพิจารณา พบว่า ค่าตอบแทนที่ท่านได้รับจากการทำงานมียุติธรรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.43$, $SD=0.63$) ทั้งนี้เนื่องจากพนักงานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับค่าตอบแทนและเห็นว่ามีมาตรฐานยุติธรรม เหมาะสม เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและยังได้รับโบนัสปลายปี ยังมีความพึงพอใจและตั้งใจทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับพิศโสภา ทิมวรงค์ (2560)² ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ด้านความรู้ความสามารถในงาน ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการมีส่วนร่วมของสังคม ด้านความยุติธรรมในองค์กร และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน มีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับสูง

ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.00$, $SD=1.09$) เมื่อพิจารณา พบว่า ท่านรู้สึกว่าการที่ท่านอยู่มีความมั่นคงดีอยู่แล้ว อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.90$) เนื่องจากองค์กรมีการเลื่อนตำแหน่งให้กับพนักงานที่มีความสามารถ ความชำนาญให้กับพนักงาน เพื่อให้ได้พัฒนาและต่อยอดอยู่ตลอดเวลาทำให้พนักงานมีความมั่นคงในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับพิศโสภา ทิมวรงค์ (2560)² ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ด้านความรู้ ความสามารถในงาน ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการมีส่วนร่วมของสังคม ด้านความยุติธรรมในองค์กรและด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน มีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับ และสอดคล้องกับ

ด้านการได้รับการพัฒนาทักษะการใช้ความสามารถ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.95$) เมื่อพิจารณา พบว่า ท่านได้รับการพิจารณาความดีความชอบหรือการปฏิบัติอื่นๆ อย่างยุติธรรม ทัดเทียมกับผู้อื่น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.53$, $SD=0.90$) ทั้งนี้

องค์กรให้ความสำคัญกับการพิจารณาความดีความชอบความสามารถของพนักงานทุกคนอย่างเท่าเทียมกันเสมอ เพื่อให้พนักงานมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอเพื่อการปรับเลื่อนตำแหน่งในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับพิศโสภา ทิมวรงค์ (2560)² ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ด้านความรู้ความสามารถในงาน ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการมีส่วนร่วมของสังคม ด้านความยุติธรรมในองค์กร และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน มีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับ และสอดคล้องกับ และสอดคล้องกับ ปาจริย รัตนเกื้อกูลกิจ และเชิงชาย จงสัมชัย (2561)³ ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสำนักงานจังหวัดอ่างทอง พบว่า ค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรกได้แก่ ด้านประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม ($\bar{X}=3.73$) ด้านโอกาสในการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคล ($\bar{X}=3.72$) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกละเมิดและปลอดภัย และด้านประชาธิปไตยในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}=3.69$)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.94$, $SD=0.84$) เมื่อพิจารณา พบว่า ท่านสามารถปรึกษาปัญหาเรื่องงานและเรื่องส่วนตัวกับเพื่อนร่วมงานได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.30$, $SD=0.65$) องค์กรเปิดโอกาสให้พนักงานได้มีการปรึกษาเรื่องงานได้อย่างเต็มที่ เพื่อที่พนักงานจะได้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลลดปัญหาการทำงานเป็นกลุ่มหรือการช่วยเหลือกันในการทำงานทำให้พนักงานมีความร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือกันในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ เอมอร สิงห์พันธ์ (2559)⁴ ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า ด้านด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.61$) แสดงว่าเครื่องสเต็มเตอร์ให้ความสำคัญกับการองค์กรด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรวมถึงการจัดการสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีและปลอดภัย

ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.69$, $SD=0.91$) เมื่อพิจารณา พบว่า สถานที่ปฏิบัติงานของท่านสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อยมีความปลอดภัยและบรรยากาศถ่ายเทสะดวก อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, $SD=1.08$) ทั้งนี้องค์กร

ต้องการให้นักงานรักษาความสะอาดและจัดอุปกรณ์ให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ เนื่องจากจะเป็นการลดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับพนักงานได้และสะดวกเวลาที่พนักงานต้องการใช้อุปกรณ์เนื่องจากอุปกรณ์เป็นระเบียบและการทำความสะอาดจะทำให้บรรยากาศในที่ทำงานมีการถ่ายเทได้ดีขึ้นและองค์กรยังมีการจัดสถานที่ให้พนักงานได้พักผ่อนหลังทำให้พนักงานได้ผ่อนคลาย ซึ่งสอดคล้องกับพิศโสภา ที่ชาวรงค์ (2560)² ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ด้านความรู้ความสามารถในงาน ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการมีส่วนร่วมของสังคม ด้านความยุติธรรมในองค์กร และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน มีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับ ปาจริย รัตนเกื้อกูลกิจ และและเชิงชาย จงสัมชัย (2561)³ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสำนักงานจังหวัดอ่างทอง พบว่า ค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรกได้แก่ ด้านประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม ($\bar{X}=3.73$) ด้านโอกาสในการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคล ($\bar{X}=3.72$) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย และด้านประชาธิปไตยในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}=3.69$)

ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, $SD=1.11$) เมื่อพิจารณา พบว่า ท่านสามารถจัดเวลาการทำงานและภาระหน้าที่ในครอบครัวอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.70$, $SD=0.79$) พนักงานส่วนใหญ่มีการแยกแยะระหว่างเรื่องงานและเรื่องส่วนตัวจึงไม่กระทบต่อการทำงานและที่ทำงานก็แบ่งเวลาทำงานและวันหยุดที่ชัดเจนให้พนักงานรวมทั้งพนักงานบางส่วนที่อาศัยอยู่ใกล้ที่ทำงานจึงไม่มีผลกระทบต่องานส่วนตัวแม้มีในบางครั้งที่ต้องทำงานล่วงเวลาแต่องค์กรก็จ่ายค่าล่วงเวลาให้ ซึ่งสอดคล้องกับพิศโสภา ที่ชาวรงค์ (2560)² ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ด้านความรู้ความสามารถในงาน ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการมีส่วนร่วมของสังคม ด้านความยุติธรรมในองค์กรและด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน มีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับ ขวัญญา เนื่องพระแก้ว (2560)⁵ ได้ศึกษา

คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของบุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า บุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว

ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.09$, $SD=0.89$) เมื่อพิจารณา พบว่าเกิดการรักษาสภาพแวดล้อมมีการประชาสัมพันธ์ประโยชน์ของงานที่ปฏิบัติต่อสาธารณชนได้รับทราบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.30$, $SD=0.84$) พนักงานมีความเห็นต่างแต่เห็นด้วยที่ได้ทำงานที่มีประโยชน์ต่อสังคมแม้ว่าจะเป็นในเรื่องของการให้เงินทุกสนับสนุนทางการศึกษาขององค์กรและการจัดอบรมให้ความรู้แก่สังคมในเรื่องต่างๆ การแสดงความคิดเห็นในการวางแผนงานในบางครั้งยังไม่ครอบคลุมมากและต้องการให้มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมมากกว่านี้ เช่น กิจกรรมแก้ไขปัญหามลพิษในชุมชนหรือกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคหรือสาธารณสุขภัย ซึ่งสอดคล้องกับ และสอดคล้องกับ ปาจริย รัตนเกื้อกูลกิจ (2560)³ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสำนักงานจังหวัดอ่างทอง พบว่า ค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรกได้แก่ ด้านประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม ($\bar{X}=3.73$) ด้านโอกาสในการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคล ($\bar{X}=3.72$) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย และด้านประชาธิปไตยในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}=3.69$) และสอดคล้องกับ ขวัญญา เนื่องพระแก้ว (2560)⁵ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของบุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า 1) บุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว

ด้านการได้รับการป้องกันสิทธิส่วนบุคคล

พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.47$, $SD=0.95$) เมื่อพิจารณา พบว่าผู้บังคับบัญชาเคารพสิทธิส่วนบุคคลและความเป็นส่วนตัวของคุณ, สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานได้อย่างเปิดเผย, สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน

ได้อย่างเปิดเผยและมีการปฏิบัติต่อพนักงานอย่างเหมาะสม และเท่าเทียม มีค่าเฉลี่ยเท่ากันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.60$, $SD=1.00$) พนักงานมีความเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่และมีบางครั้งที่เห็นว่าไม่ได้หยุดในวันหยุดชดเชยแต่ส่วนใหญ่ พึงพอใจแล้วและเห็นว่ามีความยุติธรรมและเป็นประชาธิปไตย และมีสิทธิได้ออกเสียงแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่แล้วและได้สิทธิในการลาต่างๆ ตามสมควรแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับ พิริยธรรมาธิปไตย (2561)⁶ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน ในสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 5 ตำบลคลัง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน และอยู่ในระดับมาก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านประชาธิปไตยในองค์กร ด้านโอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล ด้านความมั่นคงและก้าวหน้าในหน้าที่ ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ด้านการบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ด้านค่าตอบแทน ตามลำดับ แต่ไม่สอดคล้องกับ ขวัญญา เนื่องพระแก้ว (2560)⁵ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของบุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง 6 ด้าน เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย ได้แก่ ด้านประชาธิปไตยในองค์กร ด้านโอกาสในการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคล ด้านการบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน ด้านสภาพการทำงานที่คำนึงถึงความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพและด้านการได้รับค่าตอบแทนในการทำงานที่เพียงพอและยุติธรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยต่อไป

1 การนำนโยบายการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในเครือข่ายไปปฏิบัติ

2 ควรมีงานวิจัยที่ใช้รูปแบบเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของพนักงานที่สามารถนำไปขยายผลต่อไปในพื้นที่หรือหน่วยงานอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดีซึ่งได้รับความอนุเคราะห์และได้รับคำปรึกษาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธรรมาธิปไตย, ดร.วรกร วิชัยโย ร่วมคิด, ผู้ช่วย

ศาสตราจารย์ ดร.ธีรนาถ สุวรรณเรือง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาศ เจียมสาธิต และขอขอบคุณคณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ คณาจารย์ทุกท่าน พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องที่กรุณาให้คำปรึกษาคำแนะนำช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องตามขั้นตอนกระบวนการศึกษาค้นคว้าตลอดจนเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยฉบับนี้ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาตลอดจนการให้คำแนะนำช่วยเหลือเป็นอย่างดีทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงตามความมุ่งหมายผู้ศึกษาจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงขอขอบพระคุณพนักงานในเครือข่ายสมเด็จเจ้าพระยา อำเภอสุมเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือกรุณาตอบแบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลในการทำงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนสุดา เพ็งภู และพิชิต รัชตพิบูลภพ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร (อินเทอร์เน็ต). 2565 (สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 65); 5(1):167-177. เข้าถึงจาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/rpu/article/view/191629>
2. พิศิโสภา ทีฆาวงค์. คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ (อินเทอร์เน็ต). 2560 (สืบค้นเมื่อ 5 พ.ย. 65); 5(1):167-177. เข้าถึงจาก: http://www.graduate.cmru.ac.th/core/km_file/374.pdf
3. ปาจริย รัตนเกื้อกุลกิจ และเชิงชาย จงสัมชัย. คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสำนักงาน จังหวัดอ่างทอง; 2560. วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์, 5(2), 295-312. 2561
4. เอมอร สิงห์พันธ์. คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (อินเทอร์เน็ต). 2559 (สืบค้นเมื่อ 14 พ.ย. 65); 10(9):1093-1108. เข้าถึงจาก: http://edu.msu.ac.th/journal/home/journal_file/268.pdf
5. ขวัญญา เนื่องพระแก้ว. คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของบุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (อินเทอร์เน็ต). 2560 (สืบค้นเมื่อ 30 พ.ย. 65); 9(1):121-137. เข้าถึงจาก:

<http://copag.msu.ac.th/journal/filesjournal/9-1/2806201924449.pdf>

6. พิรัญญา นิลพันธ์. คุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 5 ตำบลคลัง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช [สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน]. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ย. 65]; เข้าถึงจาก: <https://oar.hu.ac.th/wp-content/uploads/2019/11/Piranya.pdf>

Received: 25 Jan. 2023, Revised: 12 Feb. 2023

Accepted: 25 Feb. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ในชุมชนบ้านยางน้อย ตำบลยางน้อย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

อรนุช ดรพลก้อม^{1*}, ชนะพล ศรีฤๅชา², วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Actions research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection) โดยทำการศึกษา 1 วงรอบ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ในชุมชนที่ทำการศึกษา 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี จำนวน 38 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงระยะเวลาในการทำวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม วัดก่อนและหลังการทำกิจกรรม กิจกรรมในโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 4อ. ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เมนูสุขภาพ 2 ขยับวันละนิดจิตแจ่มใส 3 รวมพลคนคิดบวก 4 หกหลัมในวัยเก๋า หลังการทำกิจกรรม 2 สัปดาห์ได้มีการติดตามพฤติกรรมการปฏิบัติโดยการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงปริมาณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัย พบว่าหลังการทำกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนทำกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังทำกิจกรรมเท่ากับ 2.64 และ 2.97 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 4อ. ก่อนและหลังทำกิจกรรมเท่ากับ 2.37 และ 2.75 3) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังทำกิจกรรมเท่ากับ 4.47 อยู่ในระดับความพึงพอใจมาก

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ชีวิตวิถีใหม่, การส่งเสริมสุขภาพ, การดูแลตนเอง

^{1*}นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีวิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น 40000

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีวิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น 40000

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีวิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น 40000

* Corresponding author E-mail : Nuch.d9329@gmail.com

Original Article

The development of guideline for promotion of elderly self-care
under new Normal at Banyangnoi community Banyangnoi Sub District
Kosumphisai District Mahasarakham Province.

Oranuch Donpongom^{1*}, Chanaphol Sriruecha²,
Veena Isarangura Na Ayudhya³

Abstract

The research was an actions research based on the concepts of Kemmis and McTaggart (1988) includes: 4 phases: Planning, Observation, Reflection. The objective of the study was to study the situation, problem conditions and needs of the elderly under a new lifestyle in the community where the study was conducted. A new way to study the development of ways to promote the self-care of the elderly under the new way of life in Ban Yang Noi, Yang Noi Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province. The sample was of 38 public health people aged 60-69, who were selected by specific method, The study period was from July to November 2022. The research tools included questionnaires, measurements before and after activities, activities in the self-health promotion program of the 40. Activity 1 Health Couple Menu. 2 moves a little bit each day mind is clear. 4 Gathering positive people. After 2 weeks of activity, they monitored the behavior of home visits, analysis of data using computer programs, quantitative data, frequency, average, standard deviation, and Paired t-test at statistical significance of 0.05 Results Pre- and post-activity scores were statistically significantly different at 0.05 1. Pre- and post-activity health care knowledge scores were 2.64 and 2.97 2. Pre- and post-activity health care behavior averages 2.37 and 2.75 3. The average satisfaction score after the activity was 4.47 was very satisfactory.

Keywords: elderly, New Normal, Health Promotion, Self-care

1*M.P.H., innovative health management faculty of science and technology the college of Asian Scholars
KhonKaen, 40000

2Assoc Prof. innovative health management faculty of science and technology the college of Asian Scholars,
Province KhonKaen, 40000

3Assoc Prof. innovative health management faculty of science and technology the college of Asian Scholars
KhonKaen, 40000

* Corresponding author E-mail : Nuch.d9329@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุของโลกสูงขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งเกิดจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ การสาธารณสุขและเทคโนโลยีต่างๆได้เกิดขึ้นทั่วโลกซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ประเทศไทยในปี 2565 มีประชากร 66,165,261 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ 12,116,199 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด ประชากรไทยกำลังมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์เมื่อสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และได้มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบ ในด้านสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไตวาย โรคที่กล่าวมานั้นสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ¹ นอกจากนี้พบว่าอัตราผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) เพิ่มจากร้อยละ 10.9 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 14.5 ในปี 2583 ทำให้จำนวนผู้สูงอายุวัยต้นจะเพิ่มขึ้นเป็นเกือบ 10 ล้านคน หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีสุขภาพดีมีพลังและยังสามารถทำงานได้จะทำให้สามารถมีรายได้ดูแลตัวเองและทำประโยชน์ให้กับสังคมและครอบครัวได้² จังหวัดมหาสารคาม มี 13 อำเภอ จำนวนประชากร 948,310 คนจำนวนประชากรผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไป 158,478 คน คิดเป็นร้อยละ 16.71 อำเภอโกสุมพิสัย จำนวนประชากร 83,388 คน จำนวนประชากรผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไป 20,936 คน คิดเป็นร้อยละ 25.10 ตำบลยางน้อย จำนวนประชากร 9,865 คนจำนวนประชากรผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไป 1,063 คน คิดเป็นร้อยละ 10.77 ชุมชนบ้านยางน้อย จำนวนประชากร 957คนจำนวนประชากรผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไป 274 คน คิดเป็นร้อยละ 28.63 ผู้สูงอายุ60-69 ปีจำนวนประชากร 144 คน คิดเป็นร้อยละ 15.04 ของประชากรทั้งหมด ผู้วิจัยได้มีโอกาสได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยน สนทนาหาข้อมูลเบื้องต้น จากบุคคลากรทางสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในระยะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอื่น อนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุชุมชนบ้านยางน้อย ส่วนมากป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี 2564 และปี 2565 พบผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 50 และ 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.25 และ 21.53 ของประชากรผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไป ตามลำดับ มีโรค

ความดันโลหิตสูง 21 และ 27 รายคิดเป็นร้อยละ 7.66 และ 9.85 ของประชากรผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไป ตามลำดับ และยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในการดูแลสุขภาพตนเอง³ ประกอบกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019(โควิด-19) ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันภายใต้การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ ไม่ออกนอกบ้านเป็นเวลานาน และไม่ได้พบปะผู้คนทำให้เกิดภาวะเครียด นอนไม่หลับ มีการเบื่ออาหาร บางคนอยู่บ้านคนเดียว หลังจากมีการระบาดของโรคโควิด 19 รัฐบาลได้ประกาศบังคับใช้ มาตรการในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วประเทศ มาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาร่วม 3 ปี ในการดำเนินชีวิตภายใต้วิถีชีวิตใหม่ได้แก่ การเว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตร การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือหรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ และการตรวจคัดกรองโรคก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ⁴ การปฏิบัติเหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่เป็นปกติ สำหรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั่วไป จึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องเรียนรู้ และปรับตัวให้อยู่รอดภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดการแพร่กระจายของเชื้อ และการระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 เป็นระยะเวลานานยังส่งผลให้เกิดความเครียดเหนื่อยล้าจากการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือการรับประทานมากเกินไป ขาดการออกกำลังกายทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง และภูมิคุ้มกันโรคลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง⁵ และการระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 เป็นระยะเวลานานได้มีการสำรวจของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ร้อยละ 57.2 ไม่อยากอาหาร ร้อยละ 47.3 รู้สึกเหงา ร้อยละ 25.0 ไม่มีความสุข ร้อยละ 23.3 ประมาณ 1ใน 4 ของผู้สูงอายุ มีอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ⁶ เนื่องจากไวรัสโควิด-19 มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก การใช้ชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทยจำเป็นต้องมีปรับตัวและการป้องกันตนเองไม่ให้แพร่เชื้อให้ผู้อื่น ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม⁷ และการที่ชุมชนบ้านยางน้อยเป็นสังคมเกษตรกรรม ที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุต้องอาศัยลูกหลานออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ชีวิตจากครอบครัวขยายเริ่มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านตามลำพัง เนื่องจากบุตรหลานไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเองพึ่งตัวเองมากขึ้น และเพื่อให้ผู้สูงอายุในยุควิถีชีวิตใหม่ดำรงชีวิตที่ปลอดภัยและยืนยาวต่อไป โดยได้มีการรวบรวมแนวคิดทฤษฎี

การดูแลตนเองของโอเริ่ม มาปรับใช้ซึ่งการดูแลตนเองของโอเริ่ม ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิการของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย (belibrate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคล ดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างหนึ่ง⁸ ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในผู้สูงอายุ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม ซึ่งเป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุติดสังคมมากถึงร้อยละ 96.35 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ได้มีกิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุมาตลอด แต่เมื่อเกิดการระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบันและยังคงระบาดเป็นปัญหาสำคัญอยู่ในปัจจุบัน กิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ชะลอตัวตามสถานการณ์ ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะถ้าผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีและเหมาะสม จะช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกายและเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นจากความสูงวัย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจสามารถดูแลสุขภาพป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้สูงอายุ พึ่งพาตนเองได้ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในช่วงการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ ก็ไม่มีผลกระทบต่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ป้องกันไม่ให้ไปสู่การเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงหรือมีความพิการ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

- 1.หลังใช้กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ มากกว่าก่อนใช้กิจกรรม

- 2.หลังใช้กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้ชีวิตวิถีใหม่มากกว่าก่อนใช้กิจกรรม

- 3.หลังใช้กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับที่มากถึงมากที่สุด

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียน มีทั้งเพศหญิงและเพศชาย อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านยางน้อย ตำบลยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ร่วมกับใช้เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากประชากร 144 คน มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ ในการพิจารณาเป็นร้อยละของประชากรที่ต้องการศึกษา จำนวนประชากรเป็นจำนวนหลักร้อย ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ประชากร 144 คน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 จะได้ กลุ่มตัวอย่าง 38 คน⁹

ระยะเวลาในการทำวิจัย

ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 30 พฤศจิกายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งเครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนความรู้ แนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ มี 4 กิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณคือ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 4 อ. ประกอบด้วยด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุขภาพจิตและการป้องกันอุบัติเหตุหกล้ม จำนวน 32 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด มีให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ 1) ไม่แน่ใจ 2) ไม่ใช่ 3) ใช่ ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ตอบใช่ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่และไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน กำหนดคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ การแปลผลระดับคะแนนรูจิงเกณฑ์ของ Bloom(1971) ดังนี้

ความรู้ระดับมาก คะแนนตอบถูก ร้อยละ 80 ขึ้นไป (22-32)

ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนตอบถูก ร้อยละ 60-79 (11-21)

ความรู้ระดับน้อย คะแนนตอบถูก น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-10.66)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 4 อ. ประกอบด้วย ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์และการป้องกันอุบัติเหตุ มีจำนวน 24 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด แบบเลือกตอบสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เลือกคำตอบได้ 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยเลือกคำตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกที่ตรงกับการปฏิบัติมากที่สุดซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับการปฏิบัติดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ (ปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติ 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติเลย (ไม่เคยปฏิบัติเลย) ให้ 1 คะแนน

การวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงโดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best (1981) คือ การแปลความหมายคะแนนสำหรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 4 อ. ประกอบด้วย ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์และการป้องกันอุบัติเหตุหกล้ม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (58-72 คะแนน)

ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 (41-57 คะแนน)

ระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (24 - 40 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจชีวิตวิถีใหม่ โดยสร้างคำถามตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert' scale)¹⁰ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจมาก

3 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อย

1 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด

มีวิธีการพิจารณาคะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด เป็น 5 ช่วง หาค่าพิสัย

(ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด - ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด) แบ่งระดับความพึงพอใจ ได้ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 - 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยการวิจัยในมนุษย์เลขที่ CASHE650018 วันที่ 18 สิงหาคม 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

โดยการศึกษาสถานการณ์ ศึกษาบริบทของชุมชน/สร้างสัมพันธ์ภาพ/ประสานทีมงาน/เตรียมความพร้อมผู้วิจัย/ศึกษาแนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์สาเหตุของปัญหา วางแผนและออกแบบกิจกรรมการพัฒนาคู่มือผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิค AIC ผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วม กำหนดเป้าหมาย และกลยุทธ์การพัฒนา จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหานี้

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) ประเมินความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนการใช้กิจกรรมนำแผนกิจกรรมการดูแลปฏิบัติภารกิจที่ 1 เรื่อง “เมนูคู่มือสุขภาพ” กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ขยับวันละนิดจิตแจ่มใส” กิจกรรมที่ 3 เรื่อง “รวมพลคนคิดบวก” กิจกรรมที่ 4 เรื่อง “หลักร้อยในวัยเก่า”

ขั้นตอนที่ 3 สังเกต (observing) นิเทศ ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานโดยสังเกตการแบบมีส่วนร่วม ประเมินซ้ำโดยใช้แบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflecting) สรุปและประเมินผลการดำเนินงานของกิจกรรมการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ รวมทั้งสะท้อนผลเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และวางแผนแก้ปัญหาในครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์

หลังใช้กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ได้มีการประเมินผล 1) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ 4อ. 2) พฤติกรรม

เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ 4 อ. 3) ความพึงพอใจในกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำเสนอ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองหลังการทำกิจกรรม

2. ใช้สถิติทดสอบ (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังทำกิจกรรม

ผลการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม

1.1 ลักษณะทางประชากร

ของผู้สูงอายุ ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคามกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.74 อายุเฉลี่ย 63 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 60.53 การศึกษาส่วนมากในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.47 อาชีพหลักในปัจจุบันอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.37 รายได้ ได้จากตนเองและอื่นๆ เช่น เบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.24 รองลงมาได้จากตนเอง ร้อยละ 21.05 ได้จากคู่สมรสและลูกหลาน คน ร้อยละ 15.78 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เดือนละ 2,946 บาท ส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 76.31 จำนวนผู้อาศัยในครอบครัวเฉลี่ยอยู่ที่จำนวน 4 คน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.89 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 42.11 โรคประจำตัวที่มีส่วนใหญ่มาก มีโรคความดันสูง ร้อยละ 18.75 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.75 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 97.36

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าตัวแทนผู้สูงอายุ

นาง ก อายุ 65 ปี “อยากให้ทาง อสม. ช่วยพาทำกิจกรรมคลายเครียด เช่นการเปิดเพลงให้ผู้สูงอายุเต้น รำวง ย้อนยุค พาออกกำลังกายแอโรบิก ออกกำลังกายด้วยการเดิน

ยกแขนยกขา ปั่นจักรยาน” นาง ข อายุ 64 ปี “อยากให้มีการจัดกิจกรรมทำบุญตักบาตรตามประเพณีต่างๆ ปีใหม่ มีการสวดมนต์ข้ามคืน สงกรานต์รดน้ำขอพรผู้สูงอายุ หลังจากที่ไม่ได้จัดมานานแล้วตั้งแต่โควิดระบาด” นาง จ อายุ 68 ปี “การฟังเทศน์ นั่งสมาธิ จำศีลทุกวันพระที่วัดไม่มีมา 3 ปีแล้วอยากให้พาทำ” นาง ง อายุ 60 ปี “จัดการละเล่นต่างๆ ให้ได้สนุกสนาน เหมือนทุกปีที่เคยทำ”

นาง ด อายุ 65 ปี “อยากให้มีการส่งเสริมแนะนำอาหารการกินที่เหมาะสมกับโรคภัยโรคประจำตัว อาหารที่มีประโยชน์” นาง ย อายุ 64 ปี “อยากให้พาส่งเสริมปลูกผักปลอดสารไปขายตลาด หามาผลิตพันธุ์ผักมาให้ด้วย” นาง ล อายุ 63 ปี “พาทำอาหารขายตลาดนัดในหมู่บ้านน่า”

นาง ส อายุ 63 ปี “อยากให้มือสม. เจ้าหน้าที่อนามัย ผู้นำชุมชนหมู่บ้าน เข้ามาช่วยพาทำกิจกรรมและอยากให้ผู้นำให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ”

นาง ร อายุ 65 ปี “ช่วยพาทำ มาสอน จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ ได้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น”

นาง ท อายุ 64 ปี “อยากให้มีการรื้อฟื้นโรงเรียนผู้สูงอายุ จะได้มีกิจกรรมพากันทำมีเพื่อนไม่เครียดช่วยเหลือกัน หารายได้เพิ่มเติม เช่นการปลูกผักปลอดสารขายตลาดนัดที่บ้าน ทำอาหารมาขาย ทำเหรียญโปรยทานหารายได้ ทำดอกไม้จันทร์ขายเอาเงินเข้ากลุ่มผู้สูงอายุ กิจกรรมพาเที่ยวทัศนศึกษาปีละครั้งสองครั้งก็ยิ่งดี”

ระดับครอบครัว มีการดูแลสุขภาพกันตามความเหมาะสม เจ็บป่วยพาไปรักษาพยาบาล บางรายอยู่ตามลำพัง ไม่มีญาติมีฐานะยากจน ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการลงเยี่ยมพื้นที่เพื่อให้ความช่วยเหลือ

ระดับชุมชน มีการวางแผนการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมภายในหมู่บ้านในวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์มีการทำบุญตักบาตรน้ำคำหัวผู้สูงอายุ วันปีใหม่ เป็นต้น แต่มีการชะลอกิจกรรมเหล่านี้ลงเนื่องจากการระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 มาเป็นเวลาเกือบจะ 3 ปี

ระดับเครือข่ายสุขภาพ มีการส่งเสริมให้ความรู้ประชาสัมพันธ์และรณรงค์โรคเรื้อรัง โรคติดต่อเป็นระยะๆ ร่วมกับพื้นที่เป็นบางครั้ง ส่วนงบประมาณบางครั้งมีไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน

“ต้องลงพื้นที่มาเยี่ยมบ้านชาวบ้านบ่อยๆจะได้เห็นปัญหาและความต้องการค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูลตัวแทนผู้สูงอายุสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ)

“เครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมาร่วมกันรณรงค์และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตัวแทนผู้สูงอายุ, สมาชิกในครอบครัว)

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 1 (Plan) ผู้วิจัยวางแผนเตรียมการ โดยเข้าไปทำการศึกษา สถานการณ์ สภาพปัญหาโดยการจัดทำกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพและสังคม กับกลไกต่างๆ ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในการนำสู่การจัดลำดับความสำคัญการแก้ปัญหาและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและร่วมกันวางแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามกิจกรรม โดยมีการประเมินความรู้และพฤติกรรมก่อนการนำแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพมาปฏิบัติการ กิจกรรมที่ 1 เรื่อง “เมนูคู่สุขภาพ” กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ขยับวันละนิดจิตแจ่มใส” กิจกรรมที่ 3 เรื่อง “รวมพลคนคิดบวก” กิจกรรมที่ 4 เรื่อง “หกล้มในวัยเก่า” นัดติดตามเยี่ยมบ้านประเมินครั้งต่อไปทุก 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าระวังสังเกต (Observe) ติดตามการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและผู้วิจัย 2 ครั้งใน 4 สัปดาห์ เพื่อสังเกตการณ์ คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ผลการสะท้อนกลับ(Reflect) ร่วมประชุมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสรุปผลและสะท้อนผล ให้ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการปฏิบัติหลังนำไปใช้พบว่าปฏิบัติได้ดีแต่ยังไม่ต่อเนื่อง ยังขาดศูนย์กลางในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพกลุ่มตัวอย่างนำเสนอให้มีการรื้อฟื้นโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้และติดต่อประสานงานความร่วมมือต่างๆ และได้มีการตั้งกลุ่มไลน์ผู้สูงอายุเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่รวดเร็วขึ้นกรณีมีปัญหาทางการดูแลสุขภาพชื่อ “วัยเก๋าชาวยางน้อย” สามารถแจ้งข่าวสารได้เร็วขึ้น ขอคำแนะนำการดูแลสุขภาพได้ ส่วนในเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้มีการจัดให้มีตลาดนัดสุขภาพให้

ผู้สูงอายุนำพืชผักสวนครัว ปุ๋ยปลาที่เลี้ยงไว้มาจำหน่ายเป็นการส่งเสริมสุขภาพและสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง ซึ่งเปิดขายทุกวันพุธและวันอาทิตย์พร้อมกับตลาดนัดประจำหมู่บ้าน

ใหม่ ในชุมชนบ้านยางน้อย ต.ยางน้อย อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม

ผลการวิจัยก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีข้อมูลจากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อนและหลังการใช้กิจกรรม

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 4อ.(n=38)

	ก่อนทำกิจกรรม	หลังทำกิจกรรม
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับมาก	25(65.79)	38(100.00)
ระดับปานกลาง	13(34.21)	0(0.00)
ระดับน้อย	0(0.00)	0(0.00)

ตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ก่อนการดำเนินกิจกรรมในระดับมากร้อยละ 65.79 หลังดำเนินกิจกรรมมีความรู้ระดับมากร้อยละ 100.00

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 4 อ.(n=38)

	ก่อนทำกิจกรรม	หลังทำกิจกรรม
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับดี	27 (71.05)	38 (100.00)
ระดับปานกลาง	11 (28.98)	0 (0.00)
ระดับต่ำ	0 (0.00)	0 (0.00)

ตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 4 อ.ก่อนการดำเนินกิจกรรมในระดับดีร้อยละ 71.05 หลังดำเนินกิจกรรมมีพฤติกรรมในระดับดีมาก ร้อยละ 100.00

ตารางที่ 3 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังการดำเนินกิจกรรม(n=38)

ความพึงพอใจ	X	S.D	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจโดยรวม	4.47	0.53	มาก

ตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจหลังการดำเนินกิจกรรม โดยภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.47

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 40.ภาพรวมก่อนและหลังใช้กิจกรรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง					
ของผู้สูงอายุ 40.	n	X	S.D.	t	P-value
ก่อนการใช้กิจกรรม	38	2.64	0.01	16.49	<0.0001**
ก่อนการใช้กิจกรรม	38	2.97	0.07		

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 40.ภาพรวม ก่อนและหลังใช้กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2.64 และ 2.97 คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังใช้กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น P-Value<.0001**

ตารางที่ 5 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 40. ก่อนและหลังใช้กิจกรรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 40.	n	X	S.D.	t	P-value
ก่อนการใช้กิจกรรม	38	2.37	0.02	11.79	<0.0001**
หลังการใช้กิจกรรม	38	2.75	0.02		

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 40.ภาพรวม ก่อนและหลังใช้กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2.37 และ 2.75 คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังใช้กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น P-Value<.0001**

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน มีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานที่ 1 หลังใช้กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่มากกว่าก่อนใช้กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 40. ผลคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้กิจกรรมมีความรู้เฉลี่ย 2.64 และหลังใช้กิจกรรมมีความรู้เฉลี่ย 2.97 ผลการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 40.พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังใช้กิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนใช้กิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น P-Value<0.0001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าหลังใช้กิจกรรมการส่งเสริม

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากกว่าก่อนใช้กิจกรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30 2ส ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$ ¹¹

สมมติฐาน 2 หลังใช้กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้ชีวิตวิถีใหม่มากกว่าก่อนใช้กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง 40 คะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้กิจกรรมมีพฤติกรรมเฉลี่ย 2.37 และหลังใช้กิจกรรมมีพฤติกรรมเฉลี่ย 2.75 ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังทำกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมากกว่าก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น P-Value <0.0001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า หลังทำกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการ

ดูแลสุขภาพตนเองภายใต้ชีวิตวิถีใหม่มากกว่าก่อนทำกิจกรรม เนื่องจากได้มีการให้ความรู้และมีการประเมินซ้ำหลังให้ความรู้ มีการติดตามการเยี่ยมบ้านสอบถามและสังเกตการณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าเมื่อต้องการให้เกิดการปฏิบัติ ต้องสร้างความเชื่อหรือความศรัทธาให้เกิดขึ้นก่อนและควรมี การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹²

สมมติฐาน 3 หลังใช้กิจกรรมการส่งเสริมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจในกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับมากถึงมากที่สุดหลังใช้กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังใช้กิจกรรมมีความพึงพอใจในระดับมาก ค่า คะแนนเฉลี่ย 4.47 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าหลังใช้ กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก ถึงมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพ จากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ¹³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1. ด้านการปฏิบัติ แนวทางการส่งเสริมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ที่พัฒนาขึ้นทำให้ กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก ขึ้น รวมทั้งเกิดความพึงพอใจในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตนเอง และบุคลากรสุขภาพสามารถนำไปต่อยอดพัฒนาใน กลุ่มผู้สูงอายุอื่นโดยปรับให้เข้ากับบริบทแต่ละพื้นที่

2. ด้านนโยบาย นำเสนอให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องโดยให้ ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเกิดแรงจูงใจสามารถนำไปปฏิบัติได้และนำเสนอให้มีการ ติดตามประเมินผลคุณภาพชีวิตหลังโครงการนี้ตามความ เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแล ผู้สูงอายุเพื่อให้นำกิจกรรมไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับ บริบทของแต่ละครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุก ท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ตลอดจน กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการวิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน งานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2565). <https://www.dop.go.th>
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). สถาน การณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม : สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.(เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค.2565). <https://thaitgri.org>
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2563). โครงการขับเคลื่อนกลยุทธ์เพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ และการสื่อสารสาธารณะเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ. ทิศ ทางการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุภายใต้ความท้าทาย ใหม่สถานการณ์โควิด-19 ตอนที่ 1 :สำรวจโอกาส- ข้อจำกัดก่อนที่จะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์ในปี หน้า. (เข้าถึงเมื่อ 5 มี.ค.2565). <https://thaitgri.org>
4. รพสต.บ้านยางใหญ่ ต.ยางน้อย. (2565) ระบบข้อมูล ทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิรายงานทรัพยากร สุขภาพ <http://gishealth.moph.go.th/pcu/admin/pcu.php?code=04934>
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการปฏิบัติตาม มาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมเพื่อป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับประเภทกิจการและ กิจกรรม กลุ่มที่ 2. นนทบุรี. อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์
6. Aschwanden, C. (2021). To boost immunity, forget ‘magic pills.’ Focus on sleep, exercise, diet and cutting stress. Retrieved from https://www.washingtonpost.com/health/boosting-your-immune-system/2021/01/29/256fd52c-3fc4-11eb-8db8-395dedaaa036_story.html
7. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2563). โครงการขับเคลื่อนกลยุทธ์เพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ

- และการสื่อสารสาธารณะเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ. ทิศทางการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุภายใต้ความท้าทายใหม่สถานการณ์โควิด-19 ตอนที่ 1 : สำรวจโอกาส-ข้อจำกัด ก่อนที่จะเข้าสู่สังคมสูงอายุดังสมบูรณ์ในปีหน้า. (เข้าถึงเมื่อ 5 มี.ค.2565). <https://thaitgri.org>
8. ทนงศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะ, ณิชนันท์ ศิริไสยาสน์, โชติบดีรัฐ.(2563). New Normal วิถีชีวิตใหม่และการปรับตัวของคนไทยหลังโควิด-19: การงาน การเรียน และธุรกิจ. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น. 4 (3): 371-386.
 9. วรณฤดี เชาว์อวยชัย, รัตติกาล พรหมพาหุล, อาริยา ประเสริฐสังข์.(2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 22 (2): 41-48.
 10. สมชาย วรภิรมย์สกุล.(2013) .ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ หน้าที่ 171
 11. จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, (2538) ทศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรม : การวัด การพยากรณ์ และการเปลี่ยนแปลง, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์.
 12. รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์.(2560).ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30 2ส ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม.วารสารแพทย์เขต 4-5 ปีที่ 36 (1): 2-12
 13. วราภรณ์ ขาดิพล, นฤมลเวชจักรเวร, เบญญา หมั่นไธสง, นิรชา น้ำกระโทก และ ณัฐริกา เรียงจอหอ. (2563).พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส.ตำบลโพธิ์กลาง อำเภอ เมือง นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิชาการ สคร.9 27(2):71-79
 14. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน.(2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปีที่ 9 (3):57-69

Received: 4 Feb 2023, Revised: 24 Feb 2023

Accepted: 26 Feb 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษไมยรา เสรฐธมาศ¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

เก็บข้อมูลในเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและหาความชุก

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มารับบริการ ในปีงบประมาณ 2561 มีทั้งหมดจำนวน 5,615 คน มีผู้ป่วยเป็นเบาหวาน 274 คน คิดเป็นความชุก 4.88 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 81 คน คิดเป็นความชุก 29.56 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 81.48 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร เมื่อจำแนกตามกลุ่มพบว่า กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 31.32 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป 36.81 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร มีอายุเฉลี่ย 60 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.2 มีภาวะแทรกซ้อนใน Type 1 diabetes 40 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร และผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาตามแพทย์นัด มีภาวะแทรกซ้อน 33.33 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร

ผลการวิจัยนำเสนอปัญหาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ สำหรับให้บุคลากรนำไปพัฒนางานบริการในพื้นที่ อีกทั้งเพื่อป้องกันความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนจึงควรเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน

¹ อาจารย์สาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

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

*Original Article***Complications of Diabetic Patients who Got Services at Bannhongwaeng Health Promoting Hospital, Phonkhwao Sub-district, Muang District, Sisaket Province**Maiyara Setthamas¹**Abstract**

This study is a cross-sectional descriptive study. The study aims to figure out complications of type 2 diabetic patients who got services at Bannhongwaeng Health Promoting Hospital, Phonkhwao Sub-district, Muang District, Sisaket Province. The author collected data in the medical record and database of Bannhongwaeng Health Promoting Hospital from 1st October 2017 to 30th September 2018. Percentage, average, standard deviation and frequency were applied as the tools for data analysis. The results showed that people who got services in the fiscal year 2018 were 5,615 people - 274 people with diabetes, representing a prevalence of 4.88 people per hundred people. There were 81 complications from diabetic patients - equivalent to a prevalence of 29.56 people per 100 people. The most common complication was high blood pressure 81.48 people per hundred people. After classifying by group, the author found that most of the affected groups were males (31.32 people per a hundred people); and most age group was over 60 years old (36.81 people per a hundred people who were over 60 years old). The standard deviation was 11.2 which meant that there were affected 40 people who were sick with Type 1 diabetes per a hundred people. And, patients who did not receive treatment as directed by the doctor had complications for 33.33 people per a hundred people.

The research results presented problems in diabetic patients who got services for public health service officers to develop services in each area, in addition, to prevent serious complications. Therefore, surveillance and screening for complications in diabetic patients should be undertaken.

Keywords: Diabetic Patients, Complication

¹ Lecturers, Community Health, Sisaket Rajabhat University

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

บทนำ

ปัจจุบันโรคเบาหวานถือเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก มีการประมาณการว่าทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อีกสิบปีข้างหน้าจะมีมากกว่า 590 ล้านคน ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นประเทศที่กำลังพัฒนา^{1,2,3} ประเทศไทยมีแนวโน้ม จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นมีการรวบรวมอัตราป่วยโรคเบาหวาน จากกองโรคไม่ติดต่อ⁴ พบว่า ประเทศไทย พ.ศ. 2559 มีอัตรา 1292.79 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และในปี พ.ศ. 2562 พบ 1528.91 ต่อแสนประชากร ในประเทศบราซิล⁵ พบว่าภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่มากที่สุดคือภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 70.9 ในประเทศไทยมีการศึกษาของ พุทธรักษ์ ดิสนและศุภศิลป์ ดิรักษา⁶ ที่พบโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 38.65 และการศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย^{10,7} พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ทางไต นอกจากนี้ยังพบ ภาวะแทรกซ้อนทางตา และหัวใจ ด้วย

จากการสำรวจในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง⁸ ตำบลโพธิ์หวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง จำนวน 5,615 คน คิดเป็นการรับบริการทั้งหมด 26,496 ครั้ง ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นอันดับ 1 ความดันโลหิตสูงอันดับ 2 โรคไตอันดับ 3 โรคหัวใจและหลอดเลือด มีผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 30, 37 และ 55 ตามลำดับ มีผู้ตายด้วยโรคเบาหวาน 3 ปี ย้อนหลัง ในปี พ.ศ.2559-2561 จำนวน 3, 5 และ 6 คน ตามลำดับ หากผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นเบาหวานมานานหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมทั้งเท้า ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิต^{6,9} ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{7,10}

ดังนั้น โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง มีการเก็บข้อมูลเป็นทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ยังไม่มีการสรุปในภาพรวมเกี่ยวกับความชุก

และภาวะแทรกซ้อนในพื้นที่ ดังนั้น จากการที่ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพธิ์หวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพธิ์หวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาความชุกภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพธิ์หวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลในเวชระเบียนจากระบบฐานข้อมูลสถานีนานามัย(JHCIS) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2561(ปีงบประมาณ 2561)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การหาความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศึกษาในประชากร คือ ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพธิ์หวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2561 ทั้งหมดจำนวน 5,615 คน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ว่าป่วยหรือไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน จากฐานข้อมูลระบบฐานข้อมูลสถานีนานามัย(JHCIS)

2. การหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศึกษาในประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพธิ์หวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 274 คน โดยใช้ข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากฐานข้อมูลระบบฐานข้อมูลสถานีนานามัย(JHCIS)

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูล ที่ได้รับตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (index of Item Objective Congruence) ปรับแก้ ได้ 0.97 ก่อนนำไปใช้ โดยผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ได้แก่ เพศ, อายุ ชนิดของโรคเบาหวาน การติดตามการรักษาในช่วง 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เคยมีหรือเป็นอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เส้นเลือดตีบ ภาวะทุพพลภาพ(ต้อเนื้อ, พิการ)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการหาความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2561 และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน(สูงสุด-ต่ำสุด)
2. ความชุกและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้สูตร¹¹ ดังนี้

$$\text{สูตร ความชุก} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาที่จะศึกษา}}{\text{ประชากรทั้งหมดในช่วงเวลาที่จะศึกษา}}$$

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ปีงบประมาณ 2561

ข้อมูล	ผู้ป่วยเบาหวาน N = 274	ภาวะแทรกซ้อน n = 81	ความชุก (คนต่อร้อยประชากร)
1. เพศ			
- ชาย	83	26	31.32
- หญิง	191	55	28.79
2. อายุ (ปี)			
- ช่วงอายุ 40-49 ปี	42	7	16.67
- ช่วงอายุ 50-59 ปี	79	21	26.58
- ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป	144	53	36.81
ค่าเฉลี่ย=60 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=11.2 ต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 90 ปี			

การพิทักษ์สิทธิ์

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ และมีการการพิทักษ์สิทธิโดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เลขที่ 011/2562 เมื่อได้รับการอนุมัติจึงดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ปีงบประมาณ 2561

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 31.32 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร มีอายุของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอายุเฉลี่ย 60 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.2 พบอายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 90 ปี กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป 36.81 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร ชนิดของโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มิภาวะแทรกซ้อน Type 1 diabetes 40 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร การติดตามการรักษาในช่วง 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาตามแพทย์นัด มีภาวะแทรกซ้อน 33.33 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร ดังตารางที่ 1

ข้อมูล	ผู้ป่วยเบาหวาน N = 274	ภาวะแทรกซ้อน n = 81	ความชุก (คนต่อร้อยประชากร)
3.ชนิดของโรคเบาหวานที่			
- Type 1 diabetes	5	2	40
- Type 2 diabetes	81	23	28.39
- เบาหวานที่ระบุสาเหตุไม่ได้	106	32	30.19
4. การติดตามการรักษา			
- มารับการรักษาตามนัด	154	41	26.62
- ไม่มารับการรักษาตามนัด	9	3	33.33

2. ผลการศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มา
รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง
พบว่า ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านหนองแวง ในปีงบประมาณ 2561 มีทั้งหมดจำนวน 5,615
คน มีผู้ป่วยเป็นเบาหวาน 274 คน คิดเป็นความชุก 4.88 คน
ต่อหนึ่งร้อยประชากร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคเบาหวานของผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ปีงบประมาณ 2561

ผู้ที่มารับบริการ	จำนวน (คน)	ความชุก (คนต่อหนึ่งร้อยประชากร)
ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน	274	4.88
ผู้ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน	5,341	95.12
รวม	5,615	100.00

3. ผลการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
โรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านหนองแวง ปีงบประมาณ 2561

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง มีทั้งหมด

274 คน พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 81
คน คิดเป็นความชุก 29.56 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร และไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 193 คน คิดเป็น
ความชุก 70.44 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร โดยข้อมูลดังตาราง
ที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ปีงบประมาณ 2561

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ความชุก (คนต่อหนึ่งร้อยประชากร)
มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	81	29.56
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	193	70.44
รวม	274	100.00

เมื่อนำกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนมาจำแนก พบว่า
ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานป่วยเป็นโรคความ
ดันโลหิต จำนวน 66 คน คิดเป็นความชุก 81.48 คนต่อหนึ่ง
ร้อยประชากร ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 12 คน คิด
เป็นความชุก 14.81 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร ป่วยเป็นเส้น

เลือดตีบจำนวน 1 คน คิดเป็นความชุก 1.23 คนต่อหนึ่งร้อย
ประชากร มีภาวะทุพพลภาพ (ต้อเนื้อ, พิการ) จำนวน 2
คน คิดเป็นความชุก 2.47 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร โดย
ข้อมูลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขวง ปีงบประมาณ 2561

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ความชุก (คนต่อหนึ่งร้อยประชากร)
ผู้มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน		
- โรคความดันโลหิต	66	81.48
- โรคไตวายเรื้อรัง	12	14.81
- โรคเส้นเลือดตีบ	1	1.23
- ภาวะทุพพลภาพ (ตัดนิ้วเท้า, พิการ)	2	2.47
รวม	81	100.00

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขวง ปีงบประมาณ 2561 มีความชุก 4.88 คนต่อหนึ่งร้อยประชากร แม้ว่าสถานการณ์โรคเบาหวานในต่างประเทศ^{1,2,3} จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่มีการรวบรวมข้อมูลโดย กองโรคติดต่อ⁴ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่ตัวเลขที่พบในการศึกษานี้ก็น้อยกว่าการศึกษาที่อื่น เมื่อเทียบกับความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่า ปี 2547 พบร้อยละ 6.8 ปี 2552 พบ ร้อยละ 6.9¹² และการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวนิชชากร¹³ สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557) พบปี 2557 มีผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 7.04 ซึ่งในพื้นที่ที่ผู้วิจัยไม่ได้มีผู้ป่วยเบาหวานลดลง แต่อาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการเป็นพื้นที่เขตเมืองดังนั้นจะมีผู้ป่วยบางส่วนที่เป็นเบาหวานไม่ได้เข้ารับการให้บริการในพื้นที่ทั้งหมด บางส่วนจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คลินิก หรือเอกชน

ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการมีภาวะแทรกซ้อน 29.56 ต่อ ร้อยประชากร ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับการศึกษา พุทธิรักษ์ ตีสินและศุภศิลป์ ตีรักษา⁶ ที่พบโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 38.65 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ ความดันโลหิตสูง 81.48 คนต่อร้อยประชากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศบราซิล⁵ ที่พบ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

เบาหวานที่พบมากที่สุดคือภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 70.9 อีกทั้งการศึกษารังนี้ยังพบ ไตวายเรื้อรัง เส้นเลือดตีบ และ มีภาวะทุพพลภาพ (ตัดนิ้วเท้า, พิการ) สอดคล้องกับการศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย⁷ พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ทางไต นอกจากนี้ยังพบ ภาวะแทรกซ้อนทางตา และหัวใจด้วย ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถ พบได้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งนอกจากจะสร้างความทุกข์แก่ผู้ป่วยยังมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย¹⁴ . แต่เมื่อเทียบกับสถานการณ์ภาวะแทรกซ้อนในต่างประเทศที่พบร้อยละ 53.9¹⁵ ถือว่ายังน้อยกว่าเกือบเท่าตัว และการศึกษาในภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบร้อยละ 54¹⁶ ซึ่งอธิบายได้ว่าการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลดังนั้นเครื่องมือในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนนั้นไม่สามารถดำเนินการเองได้จึงต้องรอให้โรงพยาบาลเครือข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่ามาดำเนินการให้ จึงยังไม่สามารถคัดกรองได้ทั้งหมดจึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้การศึกษารังนี้ตัวเลขยังน้อย

การศึกษารังนี้จะพบว่าย่างอายุเพิ่มมากขึ้นและการไม่ได้รับการรักษาตามนัด จะมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มตามลำดับ ดังตารางที่ 4 สอดคล้องกับการศึกษา จิราพร เดชมาและคณะ¹⁷ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สายฝน ม่วงคุ้มและคณะ¹⁸ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กประมาณ 13

เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 ปี ดังนั้น บุคลากรในพื้นที่จึงควรเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานที่สูงอายุให้ได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษครั้งนี้เป็นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ซึ่ง อาจจะมีข้อมูลไม่ครบถ้วนแต่ยังสามารถสะท้อนปัญหาที่พบได้ ในผู้ป่วยเบาหวานจำนวนหนึ่ง การศึกษาครั้งต่อไปอาจจะต้อง ศึกษาข้อมูลปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนและ สืบมาจากข้อมูลจริง เพื่อนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ด้านการ ป้องกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 103(2): 137-49
- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87(1): 4-14.
- กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราป่วย / ตาย ปี 2559-2562[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560[เข้าถึงเมื่อ 2 ก.พ. 2566]. เข้าถึงจาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
- Flavio Silva EF, Ferreira CM, Pinho L. Risk factors and complications in type 2 diabetes outpatients. *Rev Assoc Med Bras*. 2017; 63(7): 621-7.
- พุทธรักษ์ ดิสนและศุภศิลป์ ดิรักษา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัด กาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2563; 13(3): 36-41.
- Nitiyanant, W., Chetthakul, T., Sang-A-kad, P., Therakiatkumjorn, C., Kunsuikmengrai, K., & Yeo, J. P. A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. *Journal of the Medical association of Thailand*. 2007; 90(1): 65-71.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง. ทะเบียนโรคเบาหวาน. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง; 2561. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
- ปฐยาวัชร ปรากฏผล และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข[อินเทอร์เน็ต]. 2559[เข้าถึงเมื่อ 2 ก.พ. 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/6588>
- ศาริกา พัฒนสิน. การวัดทางระบาดวิทยาและสถิติเบื้องต้น[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกาทางด้านสาธารณสุข; 2561[เข้าถึงเมื่อ 22 ก.พ. 2566]. เข้าถึงจาก: <https://eventbased-doe.moph.go.th/ihr/wp-content/uploads/2018/04/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%B0%E0%B8%AB%E0%B9%8C%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%95%E0%B9%89%E0%B8%99.pdf>
- Ministry of Public Health: Thailand Health Profile Report 2008-2010. Edited by Wibulpolprasert S. Bangkok, Thailand: The War Veterans Organizations of Thailand; 2011

13. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557)
14. Cooney, N. Literature Review: The current situation and care model of noncommunicable diseases. Nonthaburi: Art Qualifier; 2014
15. v Litwak L, Goh SY, Hussein Z, Malek R, Prusty V, Khamseh M. Prevalence of diabetes complication in people with type 2 diabetes mellitus and its association with baseline characteristics in the multinational A Choeve study. *Diabeteology & Metabolic Syndrome*. 2013; 5(57):1-10.
16. ชัยวัฒน์ ดาราสีขมน์. ความชุกและปัจจัย ที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2562;12(3): 17-22.
17. จิราพร เดชมา, วนิดา ศุรงค์ฤทธิ์ชัย , วิชุดา กิจธรรรม. การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2556; 27(2): 63–80.
18. สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพิณิจ, วิภา วิเสโส, ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา* 2563; 28(2): 74-84

Received: 1 Feb 2023, Revised: 26 Feb 2023

Accepted: 2 Mar 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการ
การรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่นโยยีน ศิรินันท์^{1*} ชนะพล ศรีฤๅชา² วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำกลุ่มเดียว วัดอุปสรรคเพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีนในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่อำเภอสีชมพู กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Heinisch (1965) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ(repeated measure ANOVA) ผลการวิจัย: พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีน เป็นเพศชาย 46 คน เพศหญิง 8 คน เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 8 ครั้ง 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 4 สัปดาห์พบว่า ก่อนทดลองมีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความตั้งใจ และด้านการลงมือกระทำ และระดับสูง คือ ด้านการยอมรับ หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่า ด้านความตั้งใจแตกต่างกันโดยหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนสูงกว่าก่อนทดลอง ($p\text{-value}=0.04$) สรุป: โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในด้านความตั้งใจสูงขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้คือ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงและ ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้เสพติดแอมเฟตามีน การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

² รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

* Corresponding author E-mail : Yoyhin.yo@gmail.com

*Original Article***Effectiveness of The Motivational Interviewing Program on change Readiness and Treatment Needs Among the Amphetamine Addicts, Si Chomphu District, Khon Kaen Province**Yothin Sirinanunth^{1*} Chanaphol Sriruecha² Veena Isrankura Na Ayudhya³**Abstract**

This quasi-experimental research repeated measure design : one group were to study the effectiveness of motivation Interviewing program on change readiness and treatment needs Among the amphetamine addicts in Si Chomphu District. Khon Kaen Province. The target population in this research was amphetamine addicts receiving outpatient treatment. The sample group was 54 people drawn from the formula of Heinisch (1965). Data were collected by questionnaires with a confidence level of 0.84. Data were analyzed by descriptive statistics and repeated measure ANOVA. The research results revealed that the effectiveness of motivation Interviewing program on change readiness and treatment needs Among the amphetamine addicts were 46 males and 8 females participated in the program for 8 times in 8 weeks. It was found that the readiness to change and the need for treatment of amphetamine addicts. Before the experiment, most of them were at medium level, Contemplation. and the action aspect, and the high level was acceptance after the trial and the 1-month follow-up were at high levels in all 3 aspects. and the one-month follow-up was higher than before (p-value=0.04). **Conclusion:** The Motivation Program made the subjects ready to change and the need for contemplation was higher. It consisted of Stage 1 Building Motivation for Change. Stage 2 Strengthening commitment to change. Stage 3 Follow through.

Keywords: Amphetamine Addicts, Motivational Interviewing, Stage of change

¹ Master of Public Health student Leadership and Innovation in Health Management Faculty of Science and Technology College of Asian scholars.

² Associate Professor, Master of Public Health Program Leadership and Innovation in Health Management Faculty of Science and Technology College of Asian scholars.

* Corresponding author E-mail : Yoyhin.yo@gmail.com

บทนำ

ปัญหาเสพติดให้โทษเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และก่อให้เกิดความสูญเสียกับประเทศชาติ จากรายงานของสถานการณ์ยาเสพติดโลก ข้อมูลรายงาน World Drug Report 2021 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้ขายยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ.2562 ทั่วโลกมีผู้ขายยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลกในช่วงอายุ 15 - 64 ปี โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้ขายยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน

สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยจากข้อมูลของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักนายกรัฐมนตรีในปี 2561, 2562 และ 2563 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 137,457, 112,541 และ 84,434 ราย ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นรายใหม่ร้อยละ 67.0 สอดคล้องกับจำนวนผู้เข้ารับบริการในสถานบำบัดรักษาของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2562, 2563 และ 2564 ซึ่งมีจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด 47,727 ราย 43,388 ราย และ 47,095 รายตามลำดับ พบว่ามีทั้งรายใหม่ และรายเก่าที่เคยผ่านการบำบัดรักษามาแล้วมีจำนวน 3,255 ราย 3,317 ราย และ 2,701 ราย แสดงให้เห็นว่ามีการกลับไปติดซ้ำถึงแม้จะได้รับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ที่กำหนดก็ตาม

อย่างไรก็ตามการบำบัดรักษาก็ยังเป็นมาตรการที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด และเป็นวิธีการที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดจึงมีรูปแบบลักษณะที่มีความเฉพาะที่แตกต่างจากการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างใดอย่างหนึ่งแต่เป็นลักษณะของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลต่อความเปราะบางในหลายๆด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (Bio-psycho-social) ด้วยเหตุนี้การบำบัดรักษาจึงต้องมีการบูรณาการให้ครอบคลุมกับปัญหาที่เกิดขึ้น¹⁵

โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการบำบัดในโรงพยาบาลสีชมพูที่ผ่านมา เป็นการใช้โปรแกรม Modify matrix หรือโปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และให้ความรู้ผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนร่วมกับครอบครัวโดยมีระยะเวลาในการบำบัด 16 สัปดาห์ หรือ 16 ครั้งตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อคัดกรอง คือ แบบคัดกรอง

และส่งต่อผู้ป่วยที่ติดยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (V2) เสพซ้ำระหว่างบำบัดรักษาจำนวน 39 , 51 และ 42 ราย ถูกจับซ้ำ 8 , 11 และ 6 ราย ปัญหาที่พบคือ ผู้บำบัดไม่สะดวกในการเดินทางมารับการบำบัดรักษา การไปทำงานต่างจังหวัด และขาดแรงจูงใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาค ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน¹⁴ พบว่า การไปทำงานต่างถิ่นเป็นสาเหตุสำคัญทำให้การขาดการรักษา ส่วนการศึกษา แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดโรงพยาบาลพุมธานี¹⁸ พบว่าคะแนนเฉลี่ย SOCRATES ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรู้ตนเองอยู่ในระดับต่ำมากเท่าเดิมไม่เปลี่ยนแปลงแสดงให้เห็นว่าแมทริกซ์โปรแกรมไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้เสพติดแอมเฟตามีนในอำเภอสีชมพู และการศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก¹² พบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁹ (Transtheoretical model / Stage of change model) อธิบายถึงขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ตั้งแต่ขั้นตอนที่บุคคลไม่ใส่ใจในปัญหาของตน เริ่มตระหนักว่าเป็นปัญหา ถึงขั้นที่บุคคลลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยเดินข้ามผ่านพฤติกรรมเดิมก้าวสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนับเป็นหัวใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสามารถก้าวไปข้างหน้า หรือถอยหลังกลับได้ตลอดเวลา รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงมีลักษณะเป็นวงกลม หรือวงล้อที่สามารถเคลื่อนที่ไปข้างหน้าหรือถอยหลังได้และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยอัตราเร็วหรือช้าก็ได้ อย่างไรก็ตามขั้นตอนที่นับเป็นว่าเปลี่ยนแปลงยากที่สุด คือขั้นเฝ้าเฉย โดยขั้นการกลับเสพติดซ้ำถือเป็นเรื่องปกติที่พบได้บ่อย

ส่วนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ²³ (Motivational Interviewing: MI) เป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหรือการบำบัดซึ่งถูกพัฒนาโดย Miller และ Rollnick ในปี ค.ศ. 1986 โดยได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการ

เปลี่ยนแปลง (Stage of Change Theory) ของ Prochaska และ DiClemente ยึดหลักทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Counseling) มุ่งหวังให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทฤษฎีการรับรู้ตนเอง ซึ่งการรับรู้เป็นการเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคลที่ตอบสนองพฤติกรรมและแปลความเหตุการณ์ตามการรับรู้จากสภาพแวดล้อมของตน ซึ่งบุคคลแต่ละคนมีพลังอำนาจผลักดันตนเองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้การบำบัดจึงเปรียบเสมือนผู้ที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวมาใช้ให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นธรรมชาติโดยใช้กลยุทธ์การชักชวน การโน้มน้าว และการให้กำลังใจมากกว่าที่จะบังคับ ออกคำสั่ง หรือเผชิญหน้าโต้เถียงกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติอาจเป็นแนวทางกึ่งชี้แนะ (Semi-Directive)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับทฤษฎีขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการติดแอมเฟตามีนในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ 1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน 2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มวัดซ้ำ (repeated measure design : one group) ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของ

อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 ถึง 30 พฤศจิกายน 2565

ประชากร คือ ผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ที่เป็นผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 ในโรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนตามลักษณะที่กำหนดดังนี้

- 1) เป็นผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่ประเมินด้วย V2 มีคะแนน 4-26 คะแนน
- 2) สามารถสื่อความหมายหรืออ่านออกเขียนได้
- 3) เข้ารับบริการบำบัดรักษาต่อเนื่องทั้ง 8 สัปดาห์

ระยะเวลาการทำวิจัย

- 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยตลอดระยะเวลา
- 5) ไม่เป็นผู้มีอาการทางจิต หรือโรคทางจิตเภท
- 6) ไม่เป็นผู้มีโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ต่อเนื่อง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร⁸

$$n = \left(\frac{[(Z\alpha + Z\beta)\sigma]^2}{\Delta} \right)$$

$$n = \left[\frac{(1.96 + 1.645)11.76}{2} \right]^2 / 36.50$$

= 49 คน ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียโดยใช้สูตร $N_{adj} = n / (1-d)2$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ

$$N_{adj} = 49 / (1-0.05)2 = 54 \text{ คน}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้การสัมภาษณ์ตามระดับขั้นความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาที่ประเมินได้จากการตอบแบบสอบถาม

2. แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8D]) ของกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 19 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (Likert scale)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางยาเสพติดคำนวณค่า IOC ได้เท่ากับ 0.96

การหาคุณภาพด้านความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับการรักษาในสถานบำบัดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.84

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำข้อตกลงและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 และแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา

2. สัปดาห์ที่ 8 ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาโดยใช้แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา

3. สัปดาห์ที่ 12 ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาโดยใช้แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา การติดตามผลผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 1-2.33 คะแนน ถือว่าคะแนนอยู่ใน ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน ถือว่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 3.67-5.0 คะแนน ถือว่าคะแนนอยู่ใน ระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลคุณลักษณะประชากรวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความ

ต้องการรักษาก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย และได้รับการเห็นชอบเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 เลขที่ CASHE650015

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 46 คน ร้อยละ 85.2 อายุระหว่าง 18 - 24 ปี จำนวน 16 คน ร้อยละ 29.6 โดยมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี สูงสุด 40 ปี (เฉลี่ย 26.6 ปี) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 49 คน ร้อยละ 90.7 มีอาชีพ รับจ้าง จำนวน 25 คน ร้อยละ 46.3 และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 42 คน ร้อยละ 77.8 โดยกลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลประวัติการติดซ้ำที่เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 33 คน ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่มีประวัติระยะเวลาที่เสพ มากกว่า 5 ปี จำนวน 28 คน ร้อยละ 51.9 โดยเป็นผู้เคยเข้ารับการบำบัดมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 40 คน ร้อยละ 74.1 ทุกคนมีประวัติเข้าถึงการบำบัดแบบ คสช.108 ทั้งหมด

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตาม 1 เดือน ในรูปแบบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ด้านความตั้งใจ ก่อนทดลองพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.25, SD = .15) หลังทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.02, SD = .10) และระยะติดตาม 1 เดือนอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.3, SD = .42)

ด้านการยอมรับ ก่อนทดลอง พบว่า อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.66, SD = .87) หลังทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.99, SD = .10) และระยะติดตาม 1 เดือนอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.93, SD = .06)

ด้านการลงมือกระทำก่อนทดลอง พบว่า อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.67, SD = .07) หลังทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.02, SD = .52) และระยะติดตาม 1 เดือนอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.97, SD = .77)

ด้านภาพรวมก่อนทดลอง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.55, SD = .46) หลังทดลองอยู่ในระดับสูง

(Mean = 4.03, SD = .71) และระยะติดตาม 1 เดือนอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.03, SD = .50) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตาม 1 เดือน

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา	คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา								
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ติดตาม 1 เดือน		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านความตั้งใจ	3.25	0.15	ปานกลาง	4.02	0.10	สูง	4.3	0.42	สูง
ด้านการยอมรับ	3.66	0.87	สูง	3.99	0.10	สูง	3.93	0.06	สูง
ด้านการลงมือกระทำ	3.67	0.07	ปานกลาง	4.02	0.52	สูง	3.97	0.77	สูง
ภาพรวม	3.55	0.46	ปานกลาง	4.03	0.71	สูง	4.03	0.50	สูง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาสำหรับผู้เสพติดแอมเฟตามีนก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

ผลการศึกษาพบว่าความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาด้านภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.08) ด้านความตั้งใจ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.04) ด้านการยอมรับและด้านการลงมือกระทำไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.26 , p-value = 0.43 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแปรปรวนคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาสำหรับผู้เสพติดแอมเฟตามีนก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน (n = 54)

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา	กลุ่มก่อนทดลอง		กลุ่มหลังทดลอง		กลุ่มติดตาม 1 เดือน	
	F-test	p-value	F-test	p-value	F-test	p-value
ด้านความตั้งใจระหว่างกลุ่มภายในกลุ่ม	- 3.28	- 0.03	4.28	0.04*	1.46	0.23
ด้านการยอมรับระหว่างกลุ่มภายในกลุ่ม	- 0.87	- 0.18	1.37	0.26	0.84	0.42
ด้านการลงมือกระทำระหว่างกลุ่ม	-	-	.61	0.43	1.26	0.18

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และความต้องการรักษา	กลุ่มก่อนทดลอง		กลุ่มหลังทดลอง		กลุ่มติดตาม 1 เดือน	
	F-test	p-value	F-test	p-value	F-test	p-value
ภายในกลุ่ม	0.82	0.32				
ด้านภาพรวม						
ระหว่างกลุ่ม	-	0.28	3.09	0.08	2.11	0.13
ภายในกลุ่ม	1.89					

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจระหว่าง ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและ

ความต้องการรักษาที่แตกต่างกันจะมีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ (p-value= 0.04) และก่อนทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ (p-value= 0.03) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาด้านความพึงพอใจเป็นรายคู่โดยการทดสอบแบบ LSD (n =54)

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความ ต้องการรักษา	ก่อนทดลอง (p-value)	หลังทดลอง (p-value)	ระยะติดตาม 1 เดือน
ด้านความพึงพอใจ			
ก่อนทดลอง	-		
หลังทดลอง	0.04*	-	
ระยะติดตาม 1 เดือน	0.03*	0.54	-

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจ จำนวน 54 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 46 คน ร้อยละ 85.2 อายุระหว่าง 18-24 ปี จำนวน 16 คน ร้อยละ 29.6 โดยมีอายุน้อยสุด 18 ปี สูงสุด 40 ปี (เฉลี่ย 26.6 ปี) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 49 คน ร้อยละ 90.7 มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 25 คน ร้อยละ 46.3 และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 42 คน ร้อยละ 77.8 โดยกลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลประวัติการติดซ้ำที่เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 33 คน ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่มีประวัติระยะเวลาที่เสพ มากกว่า 5 ปี จำนวน 28 คน ร้อยละ 51.9 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้เคยเข้ารับการบำบัดมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 40 คน ร้อยละ 74.1 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้ารับการบำบัดที่ คสช. 108 จำนวน 54 คน ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์ ¹³ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติด ในจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง มีระยะเวลาการใช้ยาเสพติดมากกว่า 3 ปี มีประวัติเคยผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ ¹⁵ ที่ได้ศึกษาเรื่อง คุณลักษณะและอาชีพของผู้ใช้สารเสพติด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่และการเรียนจบชั้นประถมศึกษาชั้นทำให้มีรายได้ที่ไม่สูงมากนัก เนื่องจากอาชีพรับจ้างนั้นบางครั้งไม่สามารถกำหนดขึ้นของค่าจ้างได้ถึงแม้จะได้ขึ้นแรงขึ้นต่ำก็ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงดูตนเอง ประกอบกับอาชีพรับจ้างเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงานอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติว่า การใช้แอมเฟตามีนอาจทำให้ทำงานได้มากขึ้นส่งผลให้รายได้มากขึ้นจึงเป็นเหตุให้ต้องเสพติดแอมเฟตามีนเรื่อยมา

ประสิทธิผลโปรแกรมพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในด้านความพึงพอใจด้านเดียวอย่างมีนัยสำคัญส่วนด้านการยอมรับและการลงมือกระทำไม่เปลี่ยนแปลงนั้นอธิบายได้ว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้น (Motivational Interviewing) ของ Miller and Rollnick²¹ มีแนวคิดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความพึงพอใจซึ่งหากผู้เสพติดแอมเฟตามีนมีแรงจูงใจจะทำให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาเอาชนะความพึงพอใจ การช่วยให้เสพติดแอมเฟตามีนมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้นจะทำให้เกิดการตัดสินใจนำไปสู่การลงมือปฏิบัติเพื่อปรับพฤติกรรม จุดเน้นคือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงปัญหา หรือสิ่งที่อาจทำให้เป็นปัญหาในอนาคต และแนวทางการจัดการกับปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย นวลสุทธิ์ และคณะ¹³ เรื่อง ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรกการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนความพร้อมใน ภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2, 30) = 224.10, p\text{-value} < .05$) โดยพบว่า ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น ครั้งที่ ($M = 87.56, SD = 6.57$) และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ($M = 83.62, SD = 8.42$) สูงกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาของ อมาวสี กลั่นสุวรรณ และคณะ²⁰ เรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจจากระยะหลังเป็นระยะมีแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.34, p\text{-value} < .05$) รวมทั้งการศึกษาของอรรถพงษ์ ฉัตรดอน และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าคะแนนเฉลี่ย SOCRATES ในภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ให้เพิ่มเติมการอภิปราย

ส่วนในระยะหลังทดลองและระยะติดตาม 1 เดือนไม่แตกต่างกันนั้นอธิบายได้ว่า การที่สมองส่วนความทรงจำยังไม่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดแม้จะมีประวัติการเสพยาเกินกว่า 3 ปี ความเป็นเหตุเป็นผลที่บรรลุนิติภาวะแล้ว

การได้รับประสบการณ์ระหว่างการทดลองจนสิ้นสุดการทดลองที่ ประกอบด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงนั้นความรู้สึกนึกคิดภายหลังได้รับโปรแกรมยังคงเกิดแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้ในระยะการติดตามไม่แตกต่างกันอีกทั้งในระยะการติดตามนั้นกลุ่มทดลองยังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจจากผู้ให้การบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาสูงกว่าก่อนทดลอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดโดยพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางยาเสพติดอธิบายได้ว่าการนำทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดผู้เสพติดแอมเฟตามีนส่งผลให้เกิดแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น สามารถทำให้มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาที่สูงขึ้นจึงควรนำไปใช้ในการบำบัดผู้เสพติดแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น และสถานบำบัดอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ผู้บำบัดรักษาผู้เสพติดแอมเฟตามีนสามารถนำโปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงความพร้อมและความต้องการรักษา ด้านความพึงพอใจของผู้เสพติดแอมเฟตามีนได้
2. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมควรขยายระยะเวลาเพิ่มในการวิจัยในระยะติดตาม 6 เดือน และ 12 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตยา แสงทรัพย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และสุนิสา สุทธระกุล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562; 33 (2): 122-137

2. กรรมา มาตยากร. การพัฒนาโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงาน. คุษณินพนธ์ปรัชญาคุษณินพนธ์, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559.
3. กิตรวี จิรรัตน์สถิต และคณะ. การประยุกต์ใช้แนวคิด Transtheoretical model (TTM) และกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเลิกบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษา. วารสารสหศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564; 21(2): 96-107
4. นิชชา หนักแน่น, พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณแสงอ่อน. การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุรา. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556. 27(3): 16-29
5. ธนวัฒน์ สมบูรณ์, มะโนทน, สมคิด จูหว่า และประจวบ แหลมหลัก. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม: กรณีศึกษาตำบลบ้านร้อง อำเภอกาบัง จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562;5(3): 83-94
6. นฤมล พระใหญ่. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: บทความพันพิวิชาการ Motivational Interviewing (MI) Review Article (ปริญญา นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ 2564.
7. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2556;13(1): 98-108
8. นท ศิริกาญจน์. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดยาในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2560.
9. ปิยพร สิงห์คำ, ดร.สิวลี รัตนปัญญา และดร.สามารถใจเตี้ย. บริบททางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ความสามารถแห่งของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงเจนวิทยาคม อำเภออุ้มผาง จังหวัดพะเยา. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2560; 23(2): 193-205
10. พรณี ปานเทวัญ. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(1): 36-44
11. ยชญ์วินทร์ จรบุรณย์, สิริกร สุวัจน์ธูชา และนพ ภัสสร วิเศษ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. คุษณินพนธ์ สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2562.
12. รัชนี อุทัยพันธ์ และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556; 27(1): 136-148
13. วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติดในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาล 2562; 68(1), 49-57
14. ศุภชัย นวลสุทธิ, จุฬา ศรีรักษา และทัฬห สัมปทณรักษ์. ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2565; 42(2): 163-177
15. สวัสดิ์ อุ่นใจ, กิจวัณ นาถวิล, ญาธษา พันวิไล, สุ ภัฏญา กาญจนบัตร และมานพ คณะโต. การประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาค ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน 2560; 5(4): 661-681
16. สุกุม่า แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจ ปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และ ธิญญา สิงโต. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอม

- เฟตตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน.
วารสารวิชาการเสพติด 2559; 4(1): 1-16
17. สุกุม่า แสงเดือนฉาย, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, สำเนา
นิลบรรพ์ และธัญญา สิงโต. คุณลักษณะ และ อาชีพ
ของผู้ใช้สารเสพติด. วารสารวิชาการเสพติด, 2(1):
16-30; มกราคม-มิถุนายน, 2557.
18. อรรถพล ยิ้มยรรยง และเพ็ญนภา แดงต่อมยุทธ์.
ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่าง
ย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดแอมเฟตามีน
ของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู. วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2564;
13(1): 71-83
19. อรรถพงษ์ ฉัตรดอน. แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด
และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติด
โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารแพทย์เขต 4-5
2564; 40(1): 181-192
20. อมาวสี กลั่นสุวรรณ, นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ
ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. ผลของโปรแกรม
เสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและ
พฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลง
ตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถาน
บำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. วารสาร
กรมการแพทย์ 2561; 43(1): 90-95
21. Miller, W. R., & Rollnick, S. Motivational
interviewing: Preparing people for
change (2 nd ed.). New York: The Guilford
Press. 2009.
22. Miller, W. R., & Rollnick, S. Motivational
Interviewing: Helping People to Change. (3rd
ed.). New York: The Guilford Press . 2013.
23. Oveisi, S., Stein, L.A.R., Babaeepour, E. et al.
The impact of motivational interviewing on
relapse to substance use among women in
Iran: a randomized clinical trial. BMC
Psychiatry 2020; 20, 157
24. Sangchanchai. PMotivational interviewing
for counseling and therapy. In Training of
personnel competency development
project in counseling for gambling
problems. Nonthaburi: Child and
Adolescent Mental Health Rajanagarindra
Institute. (in Thai) 2010.
25. Xiaoyun Li, Silan Yang, Yishu Wang,
Bingxiang Yang and Jingping Zhang. Effects
of a transtheoretical model – based
intervention and motivational interviewing
on the management of depression in
hospitalized patients with coronary heart
disease: a randomized controlled trial. BMC
Public Health 2020; 20:420

Received: 1 Feb 2023, Revised: 26 Feb 2023

Accepted: 2 Mar 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ตำบลบางแก้ว อำเภอมือง
จังหวัดสมุทรสงครามกนกพร สมพร¹ ศิริลักษณ์ กระจวลกิจ² ธัญญลักษณ์ บุตรดา³ นพดล ทองอร่าม⁴

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ภาวะโภชนาการเกิน แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ตำบลบางแก้ว อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ระหว่างเดือนเมษายน – พฤศจิกายน 2565 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ขึ้นไป ในตำบลบางแก้ว อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและได้รับการคัดเลือก จำนวน 274 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.60 อายุระหว่าง 60-69 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.50 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.10 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.20 สำหรับรสชาติอาหารที่ชอบรับประทานส่วนใหญ่จะเป็นทุกรสชาติ (หวาน มัน เค็ม) ร้อยละ 56.90 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.70 ภาพรวมความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.30 (Mean 1.20, SD. 0.40) ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.80 (Mean 2.41, SD. 0.50) ควรนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เพื่อลดการเกิดโรคเรื้อรังจากภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: โภชนาการเกิน, ผู้สูงอายุ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

² นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

³ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยชุมชนปัตตานี

* Corresponding author E-mail : Kanokporn.so@ssru.ac.th

Original Article

The Overnutrition Prevention Behavior of the Elderly in Bang Kaeo Sub - District, Muang District, Samut Songkhram Province

Kanokporn Somporn¹ Siriluk Krawonkit²Thanyalak Butda² Nopadol Thongaram³

Abstract

The purpose of this research was to study personal characteristics. Knowledge of excess nutrition Belief model in the health of the elderly and behaviors to prevent overnutrition of the elderly according to the 3 principles (food, exercise, emotions) Bang Kaew Sub-district, Mueang District, Samut Songkhram Province. Descriptive research was used during April-November 2022, a sample of the elderly aged 60 and over in Bang Kaew Subdistrict, Mueang District, Samut Songkhram Province. A total of 274 subjects passed the inclusion criteria and were selected. Data were collected by questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including number, percentage, mean, median, minimum, maximum and standard deviation. The study found that Most of them are female, 56.60 percent, aged between 60-69 years, Buddhist, 94.50 percent, sick with high blood pressure, 28.10 percent, followed by diabetes, 25.20 percent. All flavors (sweet, oily, salty) 56.90% Knowledge about overnutrition was moderate 54.70% Overall health beliefs were low 80.30% (Mean 1.20, SD. 0.40). Overnutrition was at a moderate level of 58.80% (Mean 2.41, SD. 0.50). The results of this study should be used to plan for modifying health behaviors of the elderly in various aspects to reduce the incidence of chronic diseases from nutritional status. excess in the elderly.

Keyword: Overnutrition, Elderly, Health Belief Model

¹Lecturer of Community of Public Health College of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

²Student of Community of Public Health College of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

³Lecturer of Community of Public Health in Pattani Community College

* Corresponding author E-mail : Kanokporn.so@ssru.ac.th

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินเป็นภาวะที่เกิดจากการได้รับสารอาหารมากเกินไปที่ร่างกายต้องการ ทำให้เกิดการสะสมพลังงานหรือสารอาหารจนเกิดภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน¹ ภาวะโภชนาการเกินในวัยผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการของวัยผู้สูงอายุเป็นผลจากความเสื่อมถอยของร่างกายมีความผิดปกติของระบบประสาทสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การบดเคี้ยวและการกลืนอาหารที่ลดลง การเคลื่อนไหวของร่างกายได้ช้าลง และร่างกายมีระบบการเผาผลาญพลังงานน้อยลง² ภาวะโภชนาการเกินเป็นผลมาจากปัจจัยร่วมหลาย ๆ ปัจจัย เช่น พันธุกรรม การเพิ่มขนาดและเซลล์ไขมันในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี การใช้เวลาร่วมกับกิจกรรมที่ไม่ใช้ร่างกาย นอกจากนี้ยังมีรายงานบ่งชี้ว่าภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสังคมเศรษฐกิจสู่สังคมอุตสาหกรรม เนื่องจากทำให้ประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น จึงสามารถหาซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่าง ๆ มาใช้เปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตการใช้แรงงานไปสู่การใช้เครื่องทุ่นแรงทั้งในการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน³

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 คาดประมาณการในปี พ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 หรือมีจำนวนถึง 14.5 ล้านคน และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด⁴ ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุในทุกกระบวนการของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จึงเสี่ยงต่อการได้รับอาหารไม่สมดุลกับความต้องการของร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาจทำให้มีข้อจำกัดในการบริโภคอาหาร หรือทำให้การเผาผลาญสารอาหารเปลี่ยนแปลง การใช้ประโยชน์จากสารอาหารบกพร่อง⁵ จากคลังข้อมูลด้านสุขภาพในจังหวัดสมุทรสงคราม ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าผู้สูงอายุที่มีโภชนาการเกินและอ้วน ร้อยละ 39.31 จะเห็นได้ว่า ปัญหาทุโภชนาการและปัญหาโรคอ้วนในวัยผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและต้องเร่งแก้ไข เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วนมีโอกาสเสี่ยงสูงถึง 3 ใน 4 ผลเสียจากการเกิดโรคอ้วน ที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases, NCDs) การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่มี

รูปร่างสมส่วน จำนวน 13,373 คน ร้อยละ 41.35 ผู้สูงอายุที่มีโภชนาการเกิน จำนวน 6,988 คน ร้อยละ 21.61 ผู้สูงอายุที่อ้วนมี จำนวน 9,288 คน ร้อยละ 28.72 จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2565 ทุกอำเภอมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วน มากกว่าร้อยละ 10 ทั้ง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม ร้อยละ 55.18 อำเภอบางคนที ร้อยละ 47.12 อำเภออัมพวา ร้อยละ 43.94 ตามลำดับ⁶ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ภาวะโภชนาการเกิน แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ระหว่างเดือนเมษายน – พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม มีประชากรชาย 322 คน หญิง 492 คน จำนวนทั้งหมด 814 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ขึ้นไป ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและได้รับการคัดเลือก

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงรูปแบบและวิธีการศึกษา โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (อ้างอิงในอนันท์ ชนธิติสกุล, 2020) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 274 ราย รายละเอียดการคำนวณ ดังนี้

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

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร

e คือ ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 คือ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p = 0.5$)

แทนค่า

$$n = \frac{(3.841)(814)(0.5)(1 - 0.5)}{(0.05)^2(814 - 1) + (3.841)(0.5)(1 - 0.5)}$$

$n = 261$ ราย

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงกำหนดการเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5 จึงเป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 274 ราย และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling)

โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ก) เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลบางแก้ว อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม มากกว่า 1 ปี ข) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ค) สามารถสื่อสารและตอบคำถามการวิจัยได้โดยตลอด การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัย ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยใช้สูตร (IOC : Index Of Item Objective Congruence) โดยเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ขึ้นไปเป็นข้อคำถามที่นำไปใช้ และการทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha)⁶ 0.84

ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา คือ ตัวแปรที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา โรค รสชาติอาหารที่ทานชอบรับประทาน ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ) รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการ

เกินในผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการควบคุมคุณภาพของข้อมูล

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว เป็นการสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้สูงอายุ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมแล้วจะบันทึกข้อมูลในแบบสอบถาม หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เอกสารเลขที่ COA.1-129/2022

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างทั้งหมด 274 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.60 อายุระหว่าง 60-69 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.50 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 4.40 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.10 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.10 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.20 สำหรับรสชาติอาหารที่ชอบรับประทานส่วนใหญ่จะเป็นทุรุษชาติ (หวาน มัน เค็ม) ร้อยละ 56.90 รองลงมาเป็นรสจืด ร้อยละ 12.80 และรสหวาน ร้อยละ 10.60 ตามลำดับ

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน พบว่า ส่วนใหญ่ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.70 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 26.30 และระดับสูง ร้อยละ 26.30 ตามลำดับ

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.30 และปานกลาง ร้อยละ 19.70 เมื่อพิจารณาแยกรายประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

ก) การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.60 รองลงมาในระดับสูงร้อยละ 21.90 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.50 ตามลำดับ

ข) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.20 รองลงมาในระดับต่ำร้อยละ 20.40 และระดับปานกลาง ร้อยละ 11.30 ตามลำดับ

ค) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.70 รองลงมาในระดับต่ำร้อยละ 19.70 และระดับปานกลาง ร้อยละ 14.60 ตามลำดับ

ง) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.90 รองลงมาในระดับต่ำร้อยละ 21.20 และระดับปานกลาง ร้อยละ 15.00 ตามลำดับ

จ) การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.30 รองลงมาในระดับต่ำร้อยละ 34.30 และระดับปานกลาง ร้อยละ 16.40 ตามลำดับ
แสดงรายละเอียดได้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ

แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพด้าน โภชนาการเกิน	ระดับการรับรู้						Mean	SD.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ภาพรวม	0	0.00	54	19.70	220	80.30	1.20	0.40
ก) การรับรู้ความเสี่ยง ของภาวะโภชนาการเกิน ในผู้สูงอายุ	60	21.90	188	68.60	26	9.50	2.12	0.55
ข) การรับรู้ความรุนแรง ของภาวะโภชนาการเกิน ในผู้สูงอายุ	31	11.30	187	68.20	56	20.40	1.91	0.56
ค) การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติตามภาวะ โภชนาการเกินใน ผู้สูงอายุ	40	14.60	180	65.70	54	19.70	1.95	0.58
ง) การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติพฤติกรรมการ	41	15.00	175	63.90	58	21.20	1.94	0.60

แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพด้าน โภชนาการเกิน	ระดับการรับรู้						Mean	SD.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ								
๑) การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ	45	16.40	135	49.30	94	34.30	1.82	0.70
ป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ								

4. พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.80 และระดับสูง ร้อยละ 41.20 เมื่อพิจารณาแยกรายประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

ก) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.60 รองลงมาในระดับสูงร้อยละ 18.20 และระดับปานกลาง ร้อยละ 2.20 ตามลำดับ

ข) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.50 รองลงมาในระดับสูงร้อยละ 18.60 และระดับปานกลาง ร้อยละ 13.90 ตามลำดับ

ค) พฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.90 รองลงมาในระดับสูงร้อยละ 20.10 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.10 ตามลำดับ

แสดงรายละเอียดได้ตามตารางที่ 2

พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะโภชนาการเกินใน ผู้สูงอายุ	ระดับการรับรู้						Mean	SD.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ภาพรวม	133	41.20	161	58.80	0	0.00	2.41	0.50
ก) พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	50	18.20	218	79.60	6	2.20	2.20	0.42
ข) พฤติกรรมการออก กำลังกาย	51	18.60	185	67.50	38	13.90	2.05	0.57
ค) พฤติกรรมด้านอารมณ์	55	20.10	216	78.80	3	1.10	2.20	0.42

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.60 อายุระหว่าง 60-69 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.50 และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.10 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.20 ชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ร้อยละ 56.90 รองลงมาเป็นรสจืด ร้อยละ 12.80 และรสหวาน ร้อยละ 10.60 ตามลำดับ ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษาของ อาพัทธ์ เตียวตระกูล พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการขาดความรู้ที่ดีหรือมีความรู้ไม่เพียงพอหรือมีความรู้ไม่ชัดเจนจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้ความรู้ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ และการปฏิบัติอีกด้วย

ซึ่งภาพรวมความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ อาจมาจากปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับปัญหาด้านสภาพร่างกาย การมองเห็นและการได้ยินที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อพิจารณาแยกรายประเด็น พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากภายในครอบครัวเคยมีประวัติภาวะโภชนาการเกิน จึงทำให้ขาดความตระหนักในพฤติกรรมการป้องกัน ซึ่งจากงานวิจัยของปิยาทิพย์ วัฒนสุนทร และคณะ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไข้ในเด็กและเกิดอาการชักจากไข้สูง อาจเคยมีประวัติหรือมีประวัติบิดามารดาพี่น้องเคยชักจากไข้สูงมาก่อน ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้สูง รวมถึงอาการและความเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดจากภาวะไข้สูงได้ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง Becker (1977 อ้างถึงใน วันวิสา เวชประสิทธิ์ ธีรดา จงกลรัตนารณ์) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมและความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคได้ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางจากการวิจัยของ ธัญลักษณ์ โมราชูร์ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการเลือกทานอาหารที่

เหมาะสมหลักเลี่ยงอาหารที่ไม่มีประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการควบคุมภาวะการเจ็บป่วยที่พบป่วยในผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Rosenstock (1997 อ้างถึงใน วันวิสา เวชประสิทธิ์ ธีรดา จงกลรัตนารณ์) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันการเกิดโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี เหมาะสม และมีประโยชน์ที่สามารถป้องกันโรคได้จริง จะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติและการให้ความร่วมมือในการรักษา

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาและอุปสรรคในการรักษาและป้องกันโรคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพอนามัย ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นจากภายในหรือสภาพอารมณ์เกิดขึ้นจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าจากภายนอกและภายในเช่นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ข่าวสารคำแนะนำสังคม เป็นต้น เพื่อสุขภาพของตนเอง

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแยกรายประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายและจิตใจตามแนวคิดหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) เป็นแนวคิดที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจเนื่องจากผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) หากได้รับการส่งเสริมและประเมินผลอย่างต่อเนื่องจะช่วยชะลอการเสื่อมสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพและยังสามารถต่อยอดในการนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่อนุเคราะห์พื้นที่ในการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สรญา แก้วพิบูลย์ และคณะ. ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์. นครราชสีมา; 2555.
2. อารณ ดินาน และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25 (3).
3. กนกพร สมพร และนพดล ทองอร่าม. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2565;2 (2).
4. วิฑิตนันท์ ดวงจินา และศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร. 2563;47 (3).
5. คลังข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. ข้อมูลสุขภาพที่มีภาวะโภชนาการเกิน HDC. 2565.
6. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika [อินเทอร์เน็ต]. 1951;16(3):297–334. Available at: <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
7. อาพัทธ์ เตยวตระกูล. ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการสุขภาพที่มีต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของผู้มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2560;17 (2).
8. พรหมิล กรกฎกำจร รัชนี นามจันทรา และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช. ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง

เชียงราย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563;31 (1).

9. ปิยาทิพย์ วัฒนสุนทร เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์ พาณีสิตกะสิน และ วัลลภ ใจดี. ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแล. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้. 2565;10(2).
10. ชญาภา วรพิทยาภรณ์ พรทิพย์ มาลาธรรม และนพวรรณ พินิจจรเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง. Ramathibodi Nurs J. 2021;27(1), 77-.
11. วันวิสา เวชประสิทธิ์ ธิดา จงกลรัตนภรณ์. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณและการสื่อสารรณรงค์บริโภคเค็ม. วารสารการประชาสัมพันธ์และโฆษณา. 2565;15(1).
12. ธัญลักษณ์ โมราษฎร์. ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
13. ปุณรัตน์ พิพิธกุล รุ่งระวี สมะวรรณ และเอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์. การนำเสนอแนวทางการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญา และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ. 2564;13 (3).
14. นวรัตน์ ไชยมภู รัตติภรณ์ บุญทัศน์ และนงษา สิงห์วีรธรรม. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;6 (2).

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้วิจัย
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. กองบรรณาธิการจะพิจารณาค้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 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. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสัจการ. “พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

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

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

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