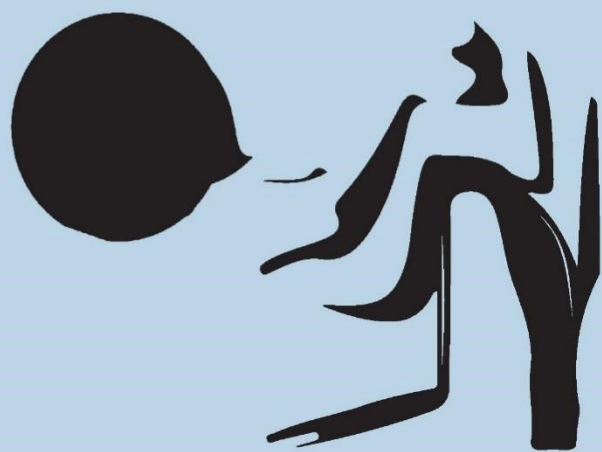




วารสารวิชาการสาธารณสุข

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 9 Number 3 JULY – SEPTEMBER 2023

Academic Journal of Community Public Health

วารสารวิชาการสาธารณสุข

Academic Journal of Community Public Health

Volume 9 Number 3 JULY – SEPTEMBER 2023

วารสารวิชาการ

สาธารณสุข



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. การประเมินประสิทธิภาพของโครงการ
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 ศรีวิเศษชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาติบุญชาชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะิจกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรธปัยกุล

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.สุมัทนา 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 พาจันทร์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อรทัย ศรีทองธรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม

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 เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ กระบวนการพัฒนาการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) งานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน การพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา . ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

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
บทความวิชาการ		Academic Article
1. สุขภาวะทางจิต : แนวคิด และแนวทางการ สร้างเสริมในผู้สูงอายุตามบริบทชายแดนใต้ อุบลทิพย์ ไชยแสง นิวัติ ไชยแสง อาบาดี เจอะอาแดร์	9	1. Psychological well-being : Concepts and guidelines for promoting the elderly in the Southern border context Ubontip Chaisang Niwat Chaisang Abadee Cheadae
บทความวิจัย		Academic article
2. การพัฒนาระบบการยกระดับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบล ลำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ อภิชาติ สานสันต์ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ วรพจน์ พรหมสัตยพรต	19	2. Process development to Improve the quality of the elderly in the elderly school Samrongplan Municipality, Phrai Bueng District, Si Sa Ket Province. Apichat Sanusan Terdsak Promarak Vorapoj Promasatayaprot
3. กระบวนการพัฒนาการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) งานบริการ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี สมาพร สันถะสกุล เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ วรพจน์ พรหมสัตยพรต	33	3. The development of Inpatient Medication Reconciliation At Na Yia Hospitals,Ubon Ratchthani Province Samaporn Santhawasulul Terdsak Promarak Vorapoj Promasatayaprot
4. การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด อย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ชญมาศ เมืองเดช ประจวบ แหลมหลัก	47	4. The Study of participatory care model for pulmonary tuberculosis patients in Mae Jai sub-district community, Mae Jai district, Phayao province Thanyamas Muengdet Prachuab Lamluk

สารบัญ	หน้า Page	Contents
5. การพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการใน นักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสาร คามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม สุภารัตน์ ลีบ่อน้อย วรพจน์ พรหมสัตพรต อาภรณ์ โพธิ์ภา	56	5. Improvements in Nutritional Management for Sports Program Students at Sarakhampittayakhom School, Mahasarakham Suparat Leebornoi Vorapoj Promasatayaprot Arporn Popa
6. คุณภาพการให้บริการ กลุ่มงานส่งเสริมการ วิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร สุพัตรตา งามดำ	69	6. Service Quality at Research Promotion Section of Bangkok Metropolitan Administration General Hospital Supatta Ngamdum
7. ศึกษาสูตรสมุนไพรเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์นวด สมุนไพรเพื่อการบริการด้านสุขภาพเชิงอัต ลักษณ์ นุรีย์ยะ ลำเตะเกะ มุสตุรา ยะโกะ รัตติกรณ์ บุญทัศน์	81	7. Study Herbal Recipes for Developing Local Herbal Massage Products for Identity Health Services Nuriya Latekeh Mustura Yacob Rattiporn Boontud
8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการ สุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของ แรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์	88	8. Factors Associated with Health Care Service of Health Insurance Card in Migrant Workers, Rayong Province Juthamas Yolsirivat

สารบัญ	หน้า Page	Contents
9. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ พฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนระดับ มัธยมศึกษา: กรณีศึกษา ธนภรณ์ จำรูญจาริต อรณัฐ อัครอนันต์ พิมพ์พิชญา ดามาพงศ์ ปริณดา เฉลิมถิรเลิศ รินทรีลิตา ชัยประสพวงศ์ พิสิษฐ์ อยู่ใจเย็น กรदनัย ตรีรัตนกุลจรัส ศุจิมน มังคลรังษี	100	9. Perception of Non Communicable Diseases and Health Behavior among high school students: Case Study Tanaporn Jumroonjareed Oranat Attavoranan Pimpitchaya Dhamapong Parinda Chalermthiralert Rinlita Chaiprasopwong Phisit Youjaiyen Korndanai Treerattanukuljaras Sujimon Mungkalarungsi
10. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พิมพ์กานต์ ตี๋บุญศรี วิราสิริ วสิวีรส	113	10. Factors Influencing Elderly Health Promotion Practice of Village Health Volunteers Kaeng Khoi District Saraburi Province Phimonkan Ttipbunsri Wirasiri Waseeweerasi
11. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของ ประชาชน ตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา ชนันทพัทธ์ เรณู วิราสิริ วสิวีรส	125	11. The Participation in Solid Waste Management of People MU SI Sub-District Pakchong District Nakhonratchasima Province Chanantaphat Ranu Wirasiri Wasiwirasi
12. การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการ สาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น สุพรรณษา สุวรรณสินธ์ รัฐพล ไกรกลาง	135	12. Health Perception and Self-Care Behaviors of Uncontrolled Diabetes Patients WHO Received Services in the Public Health Service Center 1, Khan Kaen Municipality Supansa Suwansirinon Ratthaphol Kraiklang

สารบัญ	หน้า Page	Contents
13. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พฤกษา มะหัด วรกร วิชัยโย ธันวา ใจเที่ยง	147	13. Factors Affecting of Behavior on Health Promotion for Elderly in Dongluang District, Mukdahan Province Pruksa Malad Woragon Wichaiyo Tunwa Chaiteing
14. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกาฬสินธุ์ กนกพร เจริญพันธ์ จุฑามาศ เจียมสาธิต วรกร วิชัยโย	157	14. Factors Affecting Safety Behavior of Employees of a Private Company in Kalasin Province Kanokporn Charoenpan Chuthamat Chiamsathit Woragon Wichaiyo
15. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร สุนนท์ จันทร์แก้ว วรพจน์ พรหมสัตยพรต จตุพร เหลืออุบล	167	15. Quality Improvement of Inpatient Medical Records in Yasothon Hospital Sunon Chakaew Vorapoj Promasatayaprot Jatuporn Luangubol
16. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร บรรจบ แสนสุข จินตนา พลมีศักดิ์ นริศรา อารีรักษ์ ถนอม นามวงศ์	179	16. The Policy Evaluation of The Development of Community Health System to Seamless Health Care Service System for Elderly, Yasothon Province Banjob Sansuk Jintana Phonmeesak Narisara Arrirak Thanom Namwong
17. ศึกษาความรู้ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพในประชาชนเขตพื้นที่บริการปฐมภูมิเครือข่ายมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ธัชชัย ศรีเสน เขมิสา ศรีเสน	191	17. To Study the Knowledge of Determinants of Health in the People in the Primary Care Service Network. Naresuan University, Phitsanulok Province. Thuchchai Srisen Kaemisa Srisen

Received: 17 Apr. 2023, Revised: 1 May 2023

Accepted: 5 May 2023

บทความวิชาการ**สุขภาวะทางจิต : แนวคิด และแนวทางการสร้างเสริมในผู้สูงอายุตามบริบทชายแดนใต้**อุบลทิพย์ ไชยแสง^{1*} นิวัติ ไชยแสง¹ อาบาดี เจอะอาแดร์¹**บทคัดย่อ**

สุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การยอมรับตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การเจริญเติบโตของบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และการมีจุดหมายในชีวิต สุขภาวะทางจิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับ และจัดการกับการเปลี่ยนแปลงรอบด้านได้ตามศักยภาพของตน ผู้สูงอายุชายแดนใต้ควรได้รับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกับการต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของสุขภาวะตามลักษณะเฉพาะของพื้นที่ สำหรับการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเชิงรุกต้องตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิต และบริบทที่แตกต่าง การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดีจะส่งผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกมิติ ซึ่งแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุชายแดนใต้ ได้แก่ 1) การจัดกิจกรรมที่คำนึงถึงบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ศาสนาที่นับถือ ประเพณี วัฒนธรรม บนพื้นฐานของครอบครัวที่ดี และการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) การสร้างเสริมสุขภาพร่างกายควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต 3) การดำเนินกิจกรรมระลึกอดีต และความหลัง และ 4) เน้นกิจกรรมด้านนันทนาการ เพื่อผ่อนคลายความเครียด การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตให้กับผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข สอดคล้องกับนโยบายของชาติด้านการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นสำหรับผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ : สุขภาวะทางจิต ผู้สูงอายุ แนวคิด และแนวทางการสร้างเสริม บริบทชายแดนใต้

¹อาจารย์ประจำ ,วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา, คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก.

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

*Academic Article***Psychological well-being : Concepts and guidelines for promoting the elderly in the Southern border context**Ubontip Chaisang ^{1*} Niwat Chaisang² Abadee Cheadae³**Abstract**

Psychological well-being is a feature of individual positive psychology, associated with positive relationship with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life and personal growth. Positive psychological well-being enables the elderly to potentially accept and handle to the changes in every aspect. Elderly in the Southern border provinces should be vitally promoted since they are required to confront to the changes according to the geographical features. In terms of organizing proactive psychological well-being activities, must be based on their needs, appropriate for their ways of life and the contexts. Positive psychological well-being promotion leads to perfection. The concepts and guidelines for promoting elderly psychological well-being in the Southern border including 1) organizing activities that take into account the contexts, namely; religion, good family based-tradition and culture, and family activity participation, 2) promoting physical health together with psychological well-being, 3) participating reminisce, and 4) concentrating on recreational activities for relieving stress. Promoting psychological well-being in the elderly affecting on their normal lives according to the Health promotion national policies, and other related organizations, both public and private sectors leading to a better life quality according to the context of the area.

Keywords: Psychological well-being, Elderly, Concepts and guidelines for promoting, Southern border context

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

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

บทนำ

ปี 2565 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือร้อยละ 20.0 จากประชากรทั้งหมด¹ และมีการคาดประมาณว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 28.0 ของประชากรทั้งหมด² การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลต่อปัญหาที่จะตามมา วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม โดยด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ระบบต่างๆ ทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง ส่วนทางด้านการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ซึ่งผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะไม่มีความมั่นใจในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ขี้ระแวง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตนเอง ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต กลัวลูกหลานทอดทิ้ง รวมถึงสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุมักสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น และด้านการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคม อีกทั้งคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพ และความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจมากนัก³

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ทำให้ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยเมื่อร่างกายเสื่อมถอยลงความสามารถในการทำกิจกรรมหรืองานบางอย่างลดลงจึงส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า เหนง เศร้า น้อยใจ ประกอบกับเป็นวัยที่ต้องพบกับการสูญเสียไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียคนรัก อาชีพ บทบาทตำแหน่ง หน้าที่การงาน และรายได้ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน⁴ และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของคนไทยตามแบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ของกรมกรมสุขภาพจิตตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น⁵

สุขภาวะทางจิต เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วยการยอมรับตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การเจริญเติบโตของบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และการมีจุดหมายหมายในชีวิต⁶ ดังนั้นการพัฒนาสุขภาวะทางจิตที่ยั่งยืนของบุคคลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรศึกษาโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความสามารถของจิตในการสร้างสมดุลของใจ ซึ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไม่เหมือนกันในแต่ละกลุ่ม เช่น ผลการวิจัยของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์⁷ ทำการศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่แตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตที่แตกต่างกัน

พื้นที่เขตจังหวัดชายแดนใต้ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตนี้ มีสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนใต้ยังต้องประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่างๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุพื้นที่อื่น⁸ บริบทเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการต้องประสบปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ นำไปสู่ความไม่สมดุลของสุขภาวะทางจิตตามมา การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยดูแลสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้ และมีความสุขในการดำเนินชีวิตในที่สุด ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญ⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตมาใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ควรศึกษา เนื่องจากการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ การทำงานของร่างกาย ความสามารถทางกาย ความสามารถทางจิต การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความหมายในชีวิต ความเป็นอิสระ คุณภาพชีวิต ความเหงา ความโดดเดี่ยว ความหดหู่ตึงเครียด¹⁰ มีปัจจัยหลายประการเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

ตัวอย่างเช่น¹¹ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่สามารถรักษาและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตเชิงบวก ต้องอาศัยนโยบาย และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะทางจิต รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดี

จุดมุ่งหมายของบทความนี้เพื่อส่งเสริมการเข้าใจความหมายของสุขภาวะทางจิต และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุตามบริบทชายแดนใต้ ซึ่งมีความแตกต่างทั้งลักษณะเฉพาะของกลุ่มบุคคล และบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรให้ความสำคัญ ส่งผลต่อการเกิดแนวทางหรือรูปแบบนวัตกรรม ที่เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณค่าให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและยั่งยืน

แนวคิดและความหมายของสุขภาวะทางจิต

สุขภาวะทางจิต ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่ก่อให้เกิดความสุขในชีวิต ซึ่งได้มีนักวิชาการ นักจิตวิทยา โดยเฉพาะในต่างประเทศหลายท่านได้ให้ความหมายไว้โดยริฟฟ์¹² ได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางจิตไว้ว่าเป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ต่อตัวเองในด้านบวก เป็นความพึงพอใจที่สามารถบรรลุถึงความก้าวหน้าสำเร็จของช่วงชีวิตในแต่ละช่วง ประกอบด้วยการยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความเป็นตัวของตัวเอง การมีความงอกงามในตนการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และการมีความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมเช่นเดียวกับริฟฟ์ และเคเยส⁶ กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีความหลากหลายลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล และเพิ่มเติมลักษณะของผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตจะมีพัฒนาการทางจิตค่อนข้างสมบูรณ์มั่นใจ ในตนเอง พอใจกับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยจะประเมินสุขภาวะทางจิตจากเหตุการณ์ทั้งหมดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ไม่ใช่จากสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ในปัจจุบันเท่านั้นในขณะที่ลอว์ตัน¹³ กล่าวถึงสุขภาวะทางจิตว่าเป็นสิ่งที่แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการมองสภาวะแวดล้อมในแง่ดีและเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่มีความ

ผาสุก มองสภาพแวดล้อมในแง่ดี เน้นปัจจัยในด้านอารมณ์ของบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของแคมเบล¹⁴ ซึ่งกล่าวว่า สุขภาวะทางจิต เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึก เมื่อต้องการเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิต แบ่งออกเป็นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ของคนบุคคลต่อสถานการณ์นั้น ๆ โดยการประเมินสุขภาวะทางจิตจะประเมินหลังเผชิญสถานการณ์ และสะท้อนออกมา แสดงออกถึงอารมณ์ทางบวกและความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของ แบรดเบิร์น¹⁵ ได้ให้ความหมายสุขภาวะทางจิต ว่าเป็นสภาวะทางจิตใจหรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์สถานการณ์หรือประสบการณ์ของชีวิตในช่วงเวลาหนึ่ง ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวก เช่น พึงพอใจ การมีความสุข และ ความรู้สึกด้านลบ เช่น กังวล ซึมเศร้า โดยแต่ละคนจะมีการรับรู้สภาวะจิตแตกต่างกัน บุคคลที่มีคะแนนสุขภาวะทางจิตสูง จะมีความรู้สึกด้านบวกมากกว่าด้านลบ ขณะที่บุคคลที่มีคะแนนสุขภาวะทางจิตต่ำ จะมีความรู้สึกด้านลบมากกว่าด้านบวก

นักวิชาการภายในประเทศได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางจิตไว้ในแนวทางเดียวกัน และคล้ายคลึงกับการให้ความหมายของนักวิชาการในต่างประเทศในลักษณะของสภาวะอารมณ์เชิงบวกและลบ เช่น ดารวันต์ รักสัตย์¹⁶ ซึ่งได้ประมวลคำนิยามต่าง ๆ แล้วจัดนิยามของสุขภาวะทางจิตได้เป็น 2 กลุ่ม สุขภาวะทางจิตหมายถึง คุณภาพทางจิตใจ โดยให้ดัชนีวัดทางใจ เป็นการวัดถึงการบุคคลรายงานตนเองว่ามีความสุขทางจิตใจและพึงพอใจในชีวิต รวมถึงความรู้สึกทางบวกและทางลบของบุคคล และมีการให้ความหมายของสุขภาวะทางจิตว่า หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยลักษณะทางจิตด้านบวกในการดำเนินชีวิต (Positive psychological functioning) ของบุคคล

จากความหมายสุขภาวะทางจิตข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า สุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง ความเป็นอิสระ การเจริญเติบโตของบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

องค์ประกอบเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต

สุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และ

แสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ซึ่งมีนักวิชาการ นักจิตวิทยาหลายท่านที่ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาวะทางจิต ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตไว้แตกต่างกัน โดยริฟฟ์ และเคเยส⁶ กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็น คุณลักษณะเชิงบวกทางจิตที่มีความหลากหลาย ลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล โดยมีองค์ประกอบ 6 มิติ ได้แก่

1. การยอมรับตนเอง (Self - acceptance) เป็นสิ่งที่เป็นองค์ประกอบหลักของการมีสุขภาพจิต เช่นเดียวกับ การรู้แจ้งเห็นจริงในตนเอง (Self – actualization) ในทฤษฎีของมาสโลว์ที่แสดงให้เห็นการ มีวุฒิภาวะ (Maturity) ทฤษฎีพัฒนาการตลอดชีวิต (Life Span Theory) นั้นให้ความสำคัญกับการยอมรับ ตนเองมาก โดยเป็นลักษณะของการมีทัศนคติทางบวกต่อ ตนเอง การเข้าใจ ยอมรับแ่แง่มุมที่มีความหลากหลายของ ตนเองและการรู้สึกทางบวกกับชีวิตในอดีตของตนเอง ดังนั้นการมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง จึงเป็นลักษณะที่ สำคัญในการทำงานของจิตในทางบวก

2. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive relationship with others) มีทฤษฎีอีกจำนวนมากที่ให้ความ สำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความ อ่อนและสามารถไว้วางใจได้ความสามารถในการรัก เข้าใจ ผู้อื่นถือเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้ที่รู้แจ้งเห็นจริงในตนเอง (Self –Actualizer) จะเป็นผู้ที่ ความรู้สึกร่วมในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นเป็นห่วง เป็นใยความรู้สึกผู้อื่น มีความไว้วางใจต่อคนรอบข้าง มีความรักต่อเพื่อนมนุษย์ เข้าใจการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

3. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เป็น ลักษณะของการที่มีความสามารถในการตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีอิสระ และมีระเบียบแบบแผนในชีวิต จากภายใน เช่น ผู้ที่รู้แจ้งเห็นจริงในตนเอง (Self – Actualize) จะแสดงให้เห็นถึงความอิสระ สามารถทนต่อการขัดเกลาทางสังคม อดทนต่อความกดดัน และสามารถประเมินตัวเองจากภายในด้วยมาตรฐานของ ตนเอง ต่างจากคนที่อยากให้ผู้อื่นปรับปรุงตัวแต่ไม่ได้ ประเมินตนเอง ผู้ที่สามารถพัฒนาตนเองได้ก็จะสามารถ หลุดพ้นจากความกลัว ความเชื่อและกฎของคนที่มากเกินไป

4. ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) เป็นลักษณะที่บุคคลมีความสามารถที่จะเลือกหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม แก่สภาพทางจิตใจของตนเองได้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการ นิยามเรื่องสุขภาวะทางจิต การมีวุฒิภาวะจึงเป็นสิ่งต้อง

อาศัยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในตัว บุคคล การมีความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อน ซึ่งเป็นความสามารถในการที่จะอยู่ให้เท่าทันโลกสามารถเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจ

5. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life) ในทางสุขภาวะทางจิตนั้นได้ให้ ความหมายไว้ว่าเป็นสิ่งที่ บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าตนเองมีจุดมุ่งหมายและมีคุณค่า คำจำกัดความในทาง วุฒิภาวะนั้นเห็นว่าบุคคลต้องมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในเป้าหมายของตน มีทิศทาง มีความตั้งใจ เข้าใจอย่างเด่นชัดถึงสิ่งมีความมุ่งหมายในชีวิต ทฤษฎีพัฒนาการตลอดช่วงชีวิตได้กล่าวถึงความ หลากหลายของการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายต่าง ๆ ของ การดำเนินชีวิต เช่น การเป็นคนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีความคิดสร้างสรรค์ หรือการมีความสามารถจัดการทางอารมณ์ของตนในช่วงท้ายชีวิต ดังนั้นใครก็ตามที่มีความเป้าหมายที่ชัดเจน มีความตั้งใจ มีทิศทางที่ชัดเจนจะนำไปสู่ชีวิตที่มีความหมาย

6. การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Personal Growth) การทำงานทางจิตที่ดีไม่ได้หมายถึง เพียงแค่การบรรลุลักษณะข้างต้นที่กล่าวมา แต่ยังหมายถึงการที่บุคคลยังมีการพัฒนาตนเองเต็มที่ เพื่อ การเติบโตของงานในความเป็นมนุษย์ ความต้องการให้ การรู้ตนและพัฒนาตนให้ศักยภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญต่อการเติบโตของบุคคล เช่น การเปิดกว้างต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมถือเป็นกุญแจสำคัญในการที่จะทำงานได้เต็มศักยภาพ เปิดกว้างต่อการรับเอา ประสบการณ์ใหม่ ๆ ในชีวิต บุคคลที่มีลักษณะด้านนี้จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และท้าทายกับสิ่งใหม่ ๆ หรือ งานที่ตนทำในแต่ละช่วงเวลาของชีวิตที่ต่าง ๆ ไป ดังนั้น การมีความเติบโตในตนและการเข้าใจในตนเองอย่างแท้จริง (Self - realization)

จากการศึกษาองค์ประกอบของสุขภาพทางจิต สามารถสรุปได้ว่ามีองค์ประกอบ 6 มิติ และใช้เป็นกรอบ แนวคิดของคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตที่ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง ความเป็นอิสระ การเจริญเติบโตของบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดการกับ สิ่งแวดล้อม และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

แนวคิดและความหมายของสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณผู้สูงอายุต้องดำรงอยู่ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงซึ่งต้องการการปรับตัวตลอดเวลาสุขภาวะทางจิตนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเป็นพื้นฐานก็จะปรับตัวได้เร็วขึ้นและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

ปัจจัยที่สะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ทางหนึ่งคือสุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ผลการวิจัยยังพบว่าปัจจัยหลายประการเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ดังเช่น จันทน์ภา บุญญานุวัตร¹⁷ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และ กังวล ทรัพย์สินพระวงศ์⁷ พบว่าผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลางเพศชายมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าเพศหญิงผู้สูงอายุที่สมรมมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่เป็นหม้ายผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงและปานกลางมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มรายได้น้อยและผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่แตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตด้านการยอมรับตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดสงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยผู้สูงอายุเหล่านี้ ที่มีสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณี ที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น และยังคงประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่าง ๆ อยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย⁸

ปัญหาของผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย

ผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้ นอกจากประสบปัญหาหลายประการเหมือนกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ แล้ว ยังได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบซึ่งทำให้ปัญหายิ่งทวีความซับซ้อนและความรุนแรงยิ่งขึ้น จากรายงานบทความวิจัยของพิชัย รัตนดิณ ภูเก็ท¹⁸ ทำการศึกษาจากปัญหานโยบาย : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้พบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย ประกอบด้วย

1) ปัญหาการลดบทบาทผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งมีสาเหตุจากค่านิยม การให้ความสำคัญและการเคารพนับถือสมาชิกอาวุโสในครอบครัวลดลงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรโดยไม่ให้ความสำคัญกับการเคารพผู้อาวุโสในประเด็นนี้ผู้สูงอายุมีความต้องการให้หน่วยงานภาครัฐจัดโครงการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวรวมถึงพื้นที่นันทนาการและพัฒนาค่านิยมในการให้ความสำคัญและเคารพนับถือผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2) ปัญหาการถูกทอดทิ้งและความโดดเดี่ยว ซึ่งมีสาเหตุสำคัญ 3 ประการ ประการแรก สภาวะความจำเป็นทางเศรษฐกิจและการจ้างงานทำให้คนหนุ่มสาวจำนวนมากต้องออกไปหางานทำต่างถิ่นประการที่สอง การสูญเสียบุตรหลานในเหตุการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้และประการที่สามการขยายตัวของค่านิยมแบบปัจเจกชนนิยมซึ่งทำให้ความผูกพันในครอบครัวลดลงส่งผลให้ความสัมพันธ์กับครอบครัวในการดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุของตนเองลดลงด้วยในประเด็นปัญหานี้ผู้สูงอายุต้องการให้รัฐสร้างสถานสงเคราะห์ผู้ชราให้มากขึ้นให้มีการจัดตั้งกลุ่มในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุการสร้างบ่อน้ำสำหรับผู้สูงอายุและพัฒนาครอบครัวโดยสร้างและพัฒนาสำนักแห่งความกตัญญูให้เข้มแข็ง

3) ปัญหาการเข้าถึงบริการและสิทธิซึ่งมีสาเหตุจากหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในการดำเนินงานไม่จัดบริการให้เพียงพอกับขนาดความต้องการการไม่ตระหนักถึงสิทธิของผู้สูงอายุไม่จัดบริการแก่ผู้สูงอายุตามสิทธิที่ควรได้ขาดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและขาดการปฏิบัติงานในเชิงรุกเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการใช้สิทธิในประเด็นนี้ผู้สูงอายุต้องการให้หน่วยงานของรัฐปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุอย่างจริงจังประชาสัมพันธ์สิทธิของผู้สูงอายุให้ทั่วถึงและเน้นการจัดโครงการในเชิงรุกเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสิทธิได้มากขึ้น

4) ปัญหาองค์กรหรือชมรมผู้สูงอายุ ยังมีจำนวนน้อยเกินไปยังมีไม่ทั่วถึงและขาดความเข้มแข็งทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองประเด็นนี้ผู้สูงอายุต้องการให้หน่วยงานรัฐสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุให้ทั่วถึงและสนับสนุนทรัพยากรและความรู้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุชายแดนใต้มีปัญหาลึก 4 ประการคือ 1) การลดคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งมีสาเหตุจากการลดลงของการเคารพนับถือ

สมาชิกอาวุโสในครอบครัว 2) การถูกทอดทิ้งและความโดดเดี่ยว 3) ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการและสิทธิมีสาเหตุจากหน่วยงานของรัฐ และ 4) ปัญหาองค์กรหรือชมรมผู้สูงอายุยังมีจำนวนน้อย

สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย

จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเพื่อประกอบอาชีพในพื้นที่เขตเมือง ซึ่งผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย การประสบปัญหาภัยโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการเกิดความห่างเหินกับคนในครอบครัว รู้สึกตนเองไร้ค่า และเป็นภาระกับครอบครัว ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจากสถานการณ์ความไม่สงบ

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้เป็นอีกสาเหตุหนึ่งซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตไม่มั่นคงปลอดภัย แต่จากการศึกษาภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ จีราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคันตริย์¹ กลับพบว่าคุณภาพชีวิตด้าน จิตวิญญาณของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นมุสลิม ซึ่งเป็นวัยที่มีความผูกพันกับศาสนา เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนา และมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมปฏิบัติตามหลักคำสอนอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เนื่องจากการอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติตนตามหลักคำสอนทางศาสนาอย่างเคร่งครัด ทำให้ศาสนาฝังรากลึกอยู่กับมุสลิมจนยากที่จะแยกออกจากกันได้ ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อ และศรัทธาที่แข็งแกร่งในอัลลอฮ์ ว่าเป็นผู้ทรงเดชานุภาพ เป็นผู้สร้างทุกสิ่งบนโลกใบนี้ และทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นไปตามประสงค์ของอัลลอฮ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ ความเชื่อดังกล่าวส่งผลให้มุสลิมมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้อารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถึงแม้จะมีเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องก็ตาม

แนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุชายแดนใต้

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุของนักวิชาการ นักวิจัย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตได้ทำการศึกษาถึงการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตโดยการนำทฤษฎี และเทคนิคต่าง ๆ อย่างผสมผสานเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต เช่น การปรึกษาเชิงจิตวิทยา การบำบัดทางจิต การนำหลักศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งล้วนแต่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงรอบด้านที่ก่อปัญหาต่างๆได้ตามศักยภาพของตนทั้งนี้เพื่อการเป็นสังคมผู้สูงวัยที่มีคุณค่าผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุชายแดนใต้สามารถสรุปได้ดังนี้

1. แนวทางการจัดกิจกรรมที่คำนึงถึงบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ศาสนาที่นับถือ ประเพณีวัฒนธรรมบนพื้นฐานของครอบครัวที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากจังหวัดชายแดนใต้ เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีขอบเขต และข้อจำกัด รวมถึงแนวทางปฏิบัติที่แตกต่าง ผู้สูงอายุไม่ว่าจะนับถือศาสนาใด ก็เป็นวัยที่มีความผูกพันกับศาสนา เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนา และมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุมุสลิมจะปฏิบัติตามหลักคำสอนทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติตนตามหลักคำสอนทางศาสนาอย่างเคร่งครัด ทำให้ศาสนาฝังรากลึกอยู่กับมุสลิมจนยากที่จะแยกออกจากกันได้เช่น การแต่งกาย ลักษณะของกิจกรรมแยกชาย หญิง หรือความบันเทิง ที่ต้องอยู่ในวัฒนธรรมอันดีงามของมุสลิม

นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัวยังคงเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งตัวแปรที่ทำนายถึงสุขภาวะทางจิตที่ดีอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุคือการมีสัมพันธภาพที่ดี กับบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดีเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยต้องพึ่งพิงผู้อื่นความมั่นใจและคุณค่าในตนเองลดน้อยลง ครอบครัวจึงเป็นรากฐานสำคัญของการประคับประคอง และสร้างสุขภาวะทางจิตให้กับผู้สูงอายุประเด็นหลักของความสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางจิตระดับสูง คือการมีครอบครัวที่ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายแดนใต้ ที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในครอบครัวหลายช่วงวัยความเข้าใจกันจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ และนับถือซึ่งล้วน

ช่วยส่งเสริมสุขภาพทางจิตให้กับผู้สูงอายุ การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ดำเนินการณรงศ์ส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุรู้ทันรักษา และพัฒนาค่านิยมที่เคารพนับถือผู้สูงอายุภายในครอบครัวอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

1. การสร้างเสริมสุขภาพร่างกายควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพทางจิต เนื่องจากความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่คล่องแคล่วมีกำลังสามารถตอบสนองต่อความต้องการ จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อตนเองตามองค์ประกอบของสุขภาพทางจิตทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง 2) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น 3) ความเป็นตัวของตัวเอง 4) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 6) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรมีการส่งเสริมทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ เช่น แนะนำเรื่องการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การฝึกกายบริหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหวและควรออกกำลังกายให้ครบทุกส่วนของร่างกาย โดยการออกกำลังกายไม่ควรออกกำลังกายแบบรุนแรงและควรทำเป็นประจำทุกวัน วันละ 15-30 นาที ข้อควรคำนึงอีกประการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุชายแดนใต้ ลักษณะของกิจกรรมต้องเหมาะสมกับความเชื่อ และค่านิยม เช่น การแต่งกายที่มิดชิด กิจกรรมควรแยกชายหญิง และสามารถสร้างเสริมสุขภาพร่างกายได้ที่บ้าน เป็นต้น

2. การดำเนินกิจกรรมระลึกอดีต และความหลังเป็นอีกแนวทางในการส่งเสริมการยอมรับตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขยอมรับว่าชีวิตตนเองมีความหมายเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้น การรำลึกความหลังนอกจากจะช่วยกระตุ้นความคิด ความจำ แล้วยังสามารถช่วยปรับอารมณ์และพฤติกรรม ลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมสุขภาพทางจิตให้กับผู้สูงอายุ ในมิติด้านการยอมรับตนเองของแต่ละภูมิภาคแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุภาคใต้ มีสุขภาพทางจิตด้านนี้สูงกว่าภาคอื่น ๆ จากลักษณะจำเพาะทางด้านบริบทวัฒนธรรม และศาสนาที่นับถือ ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในจังหวัดชายแดนใต้ นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าพระเจ้า (อัลลอฮ์) เป็นผู้กำหนดทุกสิ่งทุกอย่าง เชื่อว่าอัลลอฮ์ มีความเมตตาและเลือกสิ่งที่ดีให้เสมอและเมื่อมีการยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ความทุกข์ก็ลดลง จะทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น หรือผู้สูงอายุที่นับ

ถือศาสนาพุทธก็จะกล่าวถึงเรื่องของเวรกรรมต่าง ๆ ที่ทำมาที่ส่งผลต่อชีวิตในปัจจุบัน สุขภาพทางจิตเกี่ยวกับการยอมรับตนเองที่น่าสนใจก็คือการใช้กิจกรรมระลึกถึงความหลัง เพื่อทำให้เกิดการได้พบพวคนตนเอง การได้นึกถึงสิ่งต่าง ๆ ที่กระทำผ่านมา มีรูปแบบที่หลากหลายขึ้นกับวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่คาดหวัง เนื่องจากธรรมชาติของผู้สูงอายุจะหลงลืมเหตุการณ์ใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้น ในขณะที่สามารถจดจำเรื่องราวในอดีตได้ดีการคิดถึงความหลังจึงเป็นพฤติกรรมหนึ่งของผู้สูงอายุทำให้สอดคล้องกับประสบการณ์และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในวัยสูงอายุ กระบวนการคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุนำมาสร้างเป็นกระบวนการรักษาสุขภาพจิต เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเอง ปรับตัวได้และมีความสุขมากขึ้น ซึ่งการระลึกความหลังจะก่อให้เกิดความรู้สึกทางบวกหรือความรู้สึกทางลบนั้น ขึ้นกับผู้ชี้แนะ หรือผู้จัดกิจกรรมการระลึกความหลังในเรื่องที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขยอมรับว่าชีวิตตนเองมีความหมายเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางจิตให้ดีขึ้น

3. เน้นกิจกรรมด้านนันทนาการ เพื่อผ่อนคลายความเครียด และสร้างเสริมสุขภาพทางจิตการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตด้านการนันทนาการ ผ่อนคลายความเครียดแนะนำเรื่องเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างความสดชื่น และมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และดึงมิกิจกรรมนันทนาการเป็นกิจกรรมที่ทำในช่วงเวลาว่าง เพื่อให้เกิดการพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความผ่อนคลาย และพัฒนาร่างกาย ให้มีความสุขสดชื่นและให้ผู้สูงอายุมีความตื่นตัวอยู่เสมอ กิจกรรมนันทนาการควรคำนึงถึงความเหมาะสมและความชอบของผู้สูงอายุในแต่ละคน ที่สำคัญที่สุดควรคำนึงถึงความปลอดภัยด้วย กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุตามลักษณะความเชื่อ และค่านิยมของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมที่เพิ่มความแข็งแรง ได้แก่ แอโรบิก กิจกรรมที่ช่วยการทรงตัว ได้แก่ ไทเก๊ก โยคะ กิจกรรมที่ช่วยความจำได้แก่ ทายชื่อเพลง กิจกรรมที่ระบายความรู้สึก ได้แก่ การจดบันทึก กิจกรรมที่ช่วยให้แสดงออก ได้แก่ การแนะนำตัว หรือบทบาทสมมุติ กิจกรรมที่เพิ่มความรู้และประสบการณ์ ได้แก่ ท่องเที่ยว ทัศนศึกษา กิจกรรมสติปัญญา และสื่อความหมาย ได้แก่ เขียนกลอน เกมสักระชับสื่อสาร กิจกรรมเพื่อความบันเทิง ได้แก่ ร้องคาราโอเกะ ีลาค เต้นรำ กิจกรรมเหล่านี้ถูกหลานหรือคนดูแลควรให้การสนับสนุนและเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เกิด

ประโยชน์และยังทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีจิตใจเบิกบานและมีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

สรุปได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตที่ดีจะส่งผลต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกมิติ ซึ่งแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุชายแดนใต้ ได้แก่ 1) การจัดกิจกรรมที่คำนึงถึงบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ศาสนาที่นับถือ ประเพณี วัฒนธรรม บนพื้นฐานของครอบครัวที่ดี และการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) การสร้างเสริมสุขภาพร่างกายควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพทางจิต 3) การดำเนินกิจกรรมระลึกอดีต และความหลัง และ 4) เน้นกิจกรรมด้านนันทนาการ เพื่อผ่อนคลายความเครียด

บทสรุป

สุขภาพทางจิต เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วยการยอมรับตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การเจริญเติบโตของบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และการมีจุดหมายในชีวิต สุขภาพทางจิตที่ดีทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงรอบด้านที่ก่อปัญหาต่างๆได้ตามศักยภาพของตนทั้งนี้เพื่อการเป็นสังคมผู้สูงวัยที่มีคุณค่าผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุควรมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สุขภาพสมบูรณ์ทั้งการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเองตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเตรียมครอบครัวชุมชนและสังคมสำหรับการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพทางจิตเชิงรุกที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทที่แตกต่างของแต่ละบุคคล การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุในยุคของการเป็นสังคมผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่งเพราะผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของสุขภาพทั้งมิติทางกายทางจิตทางสังคมและทางจิตวิญญาณทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อ สุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกๆมิติสุขภาพทางจิตที่ดีทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงรอบด้านที่เกิดขึ้นตามศักยภาพของตน ซึ่งแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุชายแดนใต้ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. แนวทางการจัดกิจกรรมที่คำนึงถึงบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ศาสนาที่นับถือ ประเพณีวัฒนธรรม บนพื้นฐานของครอบครัวที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. การสร้างเสริมสุขภาพร่างกายควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพทางจิต

3. การดำเนินกิจกรรมระลึกอดีตและความหลัง

4. เน้นกิจกรรมด้านนันทนาการ เพื่อผ่อนคลายความเครียด และสร้างเสริมสุขภาพทางจิต

ผู้เกี่ยวข้องสามารถเลือกใช้กิจกรรมต่างๆ จากแนวทางเหล่านี้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพทางจิตให้กับผู้สูงอายุชายแดนใต้ หรือนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในบริบทอื่นๆ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เช่น การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพกายควบคู่กับสุขภาพจิต การออกกำลังกาย การฝึกทักษะต่าง ๆ หรือกิจกรรมการระลึกถึงความหลังในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มของการยอมรับตนเองได้ดี รวมถึงการใช้กิจกรรมนันทนาการที่น่าสนใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด และสร้างเสริมสุขภาพทางจิตให้กับผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีสุขภาพกาย และใจที่ดี สอดคล้องกับนโยบายของชาติ องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. Research Brief การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562.
- พิสิษฐ์ จารุศิริพจน์. การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สมาคมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองนครปฐม (วิทยานิพนธ์).มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์: นครปฐม, 2562.

4. มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง. “การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา”. วารสารกึ่งวิชาการ. 38(1) : 29-44, 2560.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุขคนไทย) พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ : สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559.
6. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. “The structure of psychological well-being Revisited” Journal of Personality and Social Psychology. 69 (4): 719-727, 1995.
7. กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. “สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย”วารสาร BU Academic Review.11(2): 99 – 110, 2555.
8. จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์. “ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้”วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.22(3): 88 – 99. 2555.
9. นริสา วงศ์พนารักษ์. “การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ” วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 6 (2): 160 – 164. 2556.
10. อัจศรา ประเสริฐสิน, ทักษา สุริโย และปพน ญัฐเมธาวิณ. “สุขภาวะของผู้สูงอายุ: แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.” วารสารสุขศึกษา. 41(1) : 1-15; มกราคม-มิถุนายน, 2561.
11. จันทน์ภา บุญญานุวัตร. “การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท”วารสารวิชาการและสังคมศาสตร์. 8 (24): 89 – 106. 2556.
12. Ryff, Carol D. “Happiness is Everything, or Is It? Exploration on Meaning of Psychological Well-Being” Journal of Personality and Social Psychology. 57(6): 1069 – 1081. 1989.
13. Lawton M.P. “Environment and other Determinants of Well – Being in Older People” The Gerontologist. (23) 4 : 349 – 357.1983.
14. Campbell, Angus. “Subjective measures of well-beingAmerican” Psychologist. 31(2) : 117-124. 1976.
15. Bradburn, M.N. The Structure of Psychological well – being. Chicago: Aldine, 1965.
16. ดารวันต์ รักสัตย์. อิทธิพลของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวแปรส่งผ่าน. (ปริญญาานิพนธ์การศึกษาศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ, 2557.
17. จันทน์ภา บุญญานุวัตร. “การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท” วารสารวิชาการและสังคมศาสตร์.8 (24): 89 – 106. 2556.
18. พิชาย รัตนดิกล ญ ภูเก็ต. “จากปัญหาสู่นโยบาย : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้” วารสารร่วมพักษ์ มหาวิทยาลัยเกริก, 31(3): 2 – 26. 2556.

Received: 10 Jan. 2023, Revised: 2 Mar. 2023

Accepted: 29 Mar. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

อภิชาติ ซานันต์^{1*} เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์² วรพจน์ พรหมสัถยพรต³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ และเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน จำนวน 50 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมพัฒนากระบวนการในการขับเคลื่อนกิจกรรมและการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ เป็นกลุ่มบุคคลที่ร่วมกันดำเนินงานในทำกิจกรรมเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติตามแผนงานโครงการ 5) นิเทศ ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงาน 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการพัฒนา ถอดบทเรียน สรุปปัญหา อุปสรรค ซึ่งจะประสบผลสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาทหน้าที่และการออกแบบกิจกรรมโครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดรูปแบบในการ 1) ประชาสัมพันธ์เปิดรับสมัครและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย 2) ศึกษาบริบทและเก็บข้อมูลทั่วไป เพื่อเตรียมความพร้อม 3) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4) สร้างสุขภาพกายใจ ให้กับนักเรียนผู้สูงอายุ 5) สร้างเสริมสุขภาพช่องปากให้กับนักเรียนผู้สูงอายุ 6) สร้างอาชีพให้กับนักเรียนผู้สูงอายุ 7) เยี่ยมเสริมพลัง สร้างความสามัคคี 8) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 9) สะท้อนผลการพัฒนา เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ภายใต้การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ยังพบว่าผลลัพธ์เชิงปริมาณในกระบวนการนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น และความพึงพอใจกลุ่มผู้เข้าร่วมพัฒนากระบวนการในการขับเคลื่อนกิจกรรมและการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน มีความพึงพอใจในการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ 1) แผนยุทธศาสตร์ (Strategy) 2) ความสัมพันธ์ (Relationship) 3) บุคคล (Person) ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมาทั้ง 3 ข้อนั้น ส่งผลให้การพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลันมีรูปแบบที่ชัดเจน และส่งผลให้ภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีขึ้น เกิด “คณะทำงาน” ซึ่งรูปแบบการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน ที่ได้เรียกว่า SRP Model โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1. มีนโยบายสนับสนุน 2. ภาคีเครือข่ายต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการสร้างเวทีในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 3. การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง 4. การออกแบบกิจกรรมโครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, โรงเรียนผู้สูงอายุ, การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, กระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding Author: sanusanapichat@gmail.com

*Original Article***Process development to Improve the quality of the elderly in the elderly school
Samrongplan Municipality, Phrai Bueng Districe, Si Sa Ket Province.****Apichat Sanusan¹ Terdsak Promarak² Vorapoj Promasatayaprot³****ABSTRACT**

The study found that the target group has changed the quality of life of the elderly in the social group and that the participants in the development process of Samrong Phlan Municipality's school activities and management are satisfied with the quality of life of the elderly in the local schools. Samrong Phan Subdistrict Municipality, Phrai Bueng District, Sisaket Province is at a high level. The qualitative results were found. The best practices for improving the quality of life of the elderly in Samrong Plang Subdistrict, Phrai Bueng District, Sisaket Province are the network partners in Samrong Plang Subdistrict. The implementation focuses on strong participation in information, problem analysis, and design planning. The problem of cooperation in activities and cooperation in conducting follow-up assessments for the operation of schools for the elderly. The achievement of the objective of this cooperation will lead to continuity and sustainability.

Conclusions on the Development of Quality of Life for the Elderly in Samrongpan Sub-district, Prai Bueng District, Sisaket Province are as follows: 1. Relationship 3. Person 4. Sustainable Development. These four processes have resulted in the development of quality of life for the elderly. Samrong Subdistrict Municipality's senior school has a clear pattern. As a result, the overall quality of life of the elderly is at a good level. There is a "working group" which is a pattern. Develop a quality-of-life improvement process for the elderly in Samrong Phan Subdistrict Municipality, Phrai Bueng District, Sisaket Province. The success factors are: 1. Support policies. 2. Networking parties play a comprehensive role in all aspects of discussion, 3. Strong Participation, 4. Design, Project Compatible with problem resolution.

Keyword : elderly, elderly school, quality of the elderly, Process development to Improve the quality of the elderly in the elderly school Samrongplan

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: sanusanapichat@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็วเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และบริการสาธารณสุขทางด้านการแพทย์มีความก้าวหน้าทันสมัย มีการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดี การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีมีอายุยืนยาว ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาจะพบว่าจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในปัจจุบัน กลายเป็นประเด็นสำคัญที่นักประชากรศาสตร์ ผู้บริหารนโยบาย ผู้นำระดับภูมิภาค หรือระดับชาติ รวมถึงนักการตลาดทั่วโลกต้องจับตามอง เนื่องจากภาวะผู้สูงอายุนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อแค่ตัวบุคคลหรือภายในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบในวงกว้างไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับภาคเศรษฐกิจ (รติมา คชนันท์, 2561) ทั้งนี้ องค์การสหประชาชาติ (องค์การสหประชาชาติ, 2015) เสนอว่า ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไว้ 3 ระดับ ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7.0) สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14.0) และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.0) ภายในปี พ.ศ.2566 ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged Society) โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมดส่งผลให้ไทยกลายเป็นประเทศสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แห่งแรก ๆ ในภูมิภาค ต่อจากญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ อีกทั้งประเทศไทยกำลังมุ่งหน้าเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Superaged Society) ภายในปี 2577 เมื่อมีสัดส่วนของประชากรสูงวัย สูงถึงร้อยละ 28.1 ของประชากรทั้งหมด

ตามลำดับ หากสังเกตจะพบว่าประเทศไทยใช้เวลาในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เพียงแค่ 20 กว่าปีเท่านั้น ซึ่งถือว่าใช้เวลาไม่นานมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ในปี พ.ศ.2559 รัฐบาลให้ความสำคัญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศ ได้กำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ตลอดจนทุกภาคส่วนตระหนักต่อสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยและ สปสช. เห็นชอบร่วมกันสนับสนุนให้ อปท. เป็นหน่วยงานหลักหรือเจ้าภาพในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ พัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวๆ เพื่อให้เกิดการดูแลระยะยาวๆ เชิงรุกที่บ้าน การดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเร่งขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสังคมไทยทั้งในด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยมีบทบัญญัติที่บรรจุหลักการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 หมวด ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 27 วรรคสี่ มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองความสะดวกให้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติ มาตรา 48 วรรคสอง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ นอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้การกระจายอำนาจรัฐให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการสาธารณะให้แก่ประชาชนอย่างมีอิสระในการบริหารตนเอง โดยคาดหวังจะให้ประชาชนได้รับบริการที่ทั่วถึงและตรงต่อความต้องการของประชาชน รวมถึงจะทำให้ประชาชนในท้องถิ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เทศบาลตำบลลำโรงพลัน อำเภอยะบิง จังหวัดศรีสะเกษ ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุข เพื่อเตรียมรับกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรของในเขตเทศบาลตำบลลำโรงพลันที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลันเมื่อ พ.ศ. 2561 ดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต สุขภาพกายผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีเป้าหมายในการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถแสดงบทบาทต่าง ๆ ได้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจในตนเองนั้น ยังถูกให้ความสำคัญเป็นอันดับรองจากงานโครงสร้างพื้นฐาน นโยบายและการบริการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้รับการมองว่าเป็นเรื่องไม่เร่งด่วน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคมากมายในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ ทั้งในด้านรูปแบบและปริมาณงบประมาณการจัดสวัสดิการเองมีจำนวนจำกัดทำให้การบริการไม่ทั่วถึงและไม่สามารถสนองต่อความต้องการของประชากรผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลันที่ผ่านมา จากการสรุปผลการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต สุขภาพกายผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลันเมื่อ พ.ศ. 2561 ระบุถึงอุปสรรคปัญหาในการดำเนินการ คือ 1.การขาดศูนย์กลาง หรือ ผู้มีบทบาทหลัก (key actor) ในการประสานงาน 2.ขาดแนวทางพัฒนารูปแบบเพื่อการดูแลและเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ 3.ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนระหว่างนักวิชาการด้านกิจการผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้แทนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนมาร่วมคิดวิเคราะห์ กำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน และลงมือปฏิบัติ (แผนพัฒนาท้องถิ่น เทศบาลตำบลลำโรงพลัน พ.ศ. 2561-2563, 2562)

จากรายงานผลการสำรวจความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลลำโรงพลัน ซึ่งประกอบด้วย 15 ชุมชน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,295 คน (ร้อยละ 24.4 ของประชากรในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ) จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,218 คน (ร้อยละ 94.1) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 54

คน (ร้อยละ 4.2) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 1.7) เมื่อพิจารณาตามการดูแลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านโครงการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลันเมื่อปี พ.ศ.2561 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้คัดกรองข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 60 คน ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น และชุมชนได้ ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 57 คน ร้อยละ 95 กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 3 คน ร้อยละ 5 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และสามารถให้ความร่วมมือร่วมใจทำกิจกรรมทางสังคมได้ และผลการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งหมด 60 คน คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 58.31 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี หรือการรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งหมด 60 คน คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 58.31 คะแนน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งหมด 60 คน คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 58.31 คะแนน มีความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากเทศบาลตำบลลำโรงพลันที่มีหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลตำบลลำโรงพลัน ส่วนใหญ่ที่อยู่เพียงลำพังโดดเดี่ยวด้วยเหตุผลที่บุตรหลานย้ายถิ่นฐานไปทำงานในต่างจังหวัด ห่างไกล การขาดโอกาสที่จะมีเวลาไปรวมกลุ่มทำกิจกรรม อันเป็นการผ่อนคลายความเครียดกับกลุ่มผู้สูงอายุคนอื่น ขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมงานในชุมชนกลายเป็นเรื่องที่เป็นปัญหาใหญ่เกี่ยวกับเวลาว่างของผู้สูงอายุ จะมีบ้างบางโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้พบปะรวมกลุ่มกันในชุมชน เช่น งานบุญ เทศกาลต่างๆ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมจำศีลในวันพระที่วัด บ้างเป็นครั้งคราว ส่วนกิจกรรมการรวมกลุ่มที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น เรื่องการออกกำลังกาย กลับมีน้อยลง⁶

จากสภาพปัญหา และความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรสังกัดกอง สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลลำโรงพลัน อำเภอยะบิง

จังหวัดศรีสะเกษ จึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง “การพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ” โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อจะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ทั้งในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพในชุมชน เป็นการสร้างการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกทาการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) และระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน มีผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุด้านกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในผู้สูงอายุติดสังคม ซึ่งมีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลสำโรงพลัน พ.ศ.2563) มีจำนวนทั้งสิ้น 50 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ที่ยินยอมสมัครใจ และให้ความร่วมมือเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้
2. เป็นผู้ที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย
3. เป็นผู้ที่สามารถทำกิจกรรม และดำเนินงานตามกิจกรรมร่วมกับผู้วิจัยได้อย่างต่อเนื่องในระหว่างการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพหรือสุขภาพจิต หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนเป็นเหตุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมในระหว่างการศึกษาได้
2. เป็นผู้ที่ย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายครอบครัวไปอยู่ในพื้นที่ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในระหว่างการศึกษาได้
3. เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ต่อเนื่องในระหว่างการศึกษาได้
4. ผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่ลดภัย ผู้สูงอายุสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์

กลุ่มที่ 2 ผู้เข้าร่วมพัฒนากระบวนการในการขับเคลื่อนกิจกรรมและการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ เป็นกลุ่มบุคคลที่ร่วมกันดำเนินงานในกิจกรรมเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน ประกอบด้วย ครูใหญ่โรงเรียนผู้สูงอายุ คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน 2 คน คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลสำโรงพลัน 2 คน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสำโรงพลัน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลสำโรงพลัน 2 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ที่ยินยอมสมัครใจ และให้ความร่วมมือเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้
2. กรณีที่เป็นคณะกรรมการมากกว่า 1 คณะกรรมการ ควรระบุหรือให้แจ้งความประสงค์ในการเป็นตัวแทนของคณะกรรมการเพียงด้านเดียว

3. เป็นผู้ที่สามารถทำกิจกรรม และดำเนินงานตามกิจกรรมร่วมกับผู้วิจัยได้อย่างต่อเนื่องในระหว่างการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพหรือสุขภาพจิต หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนเป็นเหตุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมในระหว่างการศึกษาได้

2. เป็นผู้ที่ย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายครอบครัวไปอยู่ในที่ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในระหว่างการศึกษาได้

3. เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ต่อเนื่องในระหว่างการศึกษาได้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวงล้อของการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนตามแนวคิด Kemmis และ McTaggart ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

กิจกรรมที่ 1 ประชาสัมพันธ์เปิดรับสมัครและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

กิจกรรมที่ 2 ศึกษาบริบทและเก็บข้อมูลทั่วไปเพื่อเตรียมความพร้อม

กิจกรรมที่ 3 สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action)

กิจกรรมที่ 4 สร้างสุขภาพกายใจ ให้กับนักเรียนผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 5 สร้างเสริมสุขภาพช่องปากให้กับนักเรียนผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 6 สร้างอาชีพ ให้กับนักเรียนผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) โดยขณะการวิจัยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้มีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วยพร้อมกับบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสิ่งที่สังเกตคือกระบวนการปฏิบัติการและผลของการปฏิบัติการ

กิจกรรมที่ 7 เยี่ยมเสริมพลัง สร้างความสามัคคี

กิจกรรมที่ 8 เรียนรู้ร่วมกัน จัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การสังเกตการดำเนินงานติดตาม

ความก้าวหน้า ติดตามผลการดำเนิน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

กิจกรรมที่ 9 สะท้อนผลการพัฒนา เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน การพัฒนาอย่างยั่งยืน ภายใต้การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของภาคีเครือข่าย และการออกแบบกิจกรรมโครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพล อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ใช้แบบสัมภาษณ์ มี 8 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล หรือ ADL 3) แบบประเมินด้านร่างกายของผู้สูงอายุ 4) แบบประเมินด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 4 5) แบบประเมินด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 6) แบบประเมินด้านสังคมของผู้สูงอายุ 7) แบบประเมินด้านความมั่นคงของผู้สูงอายุ 8) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมพัฒนาระบบงานในการขับเคลื่อนกิจกรรมและการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพล อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ เป็นกลุ่มบุคคลที่ร่วมกันดำเนินงานในทำกิจกรรมเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพล จำนวน 5 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3) บทบาทในการพัฒนาระบบงาน 4) การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา 5) ความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกการสนทนากลุ่มได้รับการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาข้อคำถาม (Content validity index) อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 2. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแก้ไขแล้วทำการทดสอบ (Try Out) จำนวน 30 ชุด กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลไพรบึง ของเทศบาลตำบลไพรบึง อำเภอไพร

บึง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้ของการพัฒนาการบริหารเวชภัณฑ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตของเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาอย่างเฉพาะเจาะจง และเป็นกลุ่มเดียวกันด้วยสถิตินอนพารามेटริก (Non-Parametric) โดยใช้การทดสอบลำดับพิสัยวิลคอกซอล (Wilcoxon's Sign Rank Test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษานี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มเป้าหมายทุก

รายได้รับการชี้แจงสิทธิในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้มาจากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย และในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตก่อน โดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 348-31/2565 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน เมื่อพิจารณาภาพรวมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการ ภายใต้การพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลันพบว่า มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น ดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.91 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ รายละเอียดดังตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลัน ของกลุ่มผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1.ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	2.28	1.84	น้อย	2.88	0.69	ปานกลาง
2.การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	3.34	1.09	ปานกลาง	2.50	1.02	น้อย
3.ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.78	0.79	มาก	3.22	0.73	ปานกลาง
4.ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด	2.80	0.75	ปานกลาง	3.78	0.81	มาก
5.ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	2.56	1.10	น้อย	3.58	0.77	มาก
6.ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด	1.54	0.94	น้อยที่สุด	2.94	0.93	ปานกลาง
7.ท่านรู้สึกพอใจตนเองมากน้อยแค่ไหน	2.26	0.96	น้อย	3.48	0.98	มาก
8.ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	2.86	0.77	ปานกลาง	4.38	1.13	มาก
9.ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.70	0.88	มาก	2.06	1.19	น้อย
10.ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	2.14	0.69	น้อย	3.24	0.79	ปานกลาง
11.ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.58	0.87	มาก	3.64	0.99	มาก
12.ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาากน้อยเพียงใด	3.06	0.73	ปานกลาง	1.60	0.92	น้อย
13.ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	2.98	0.85	ปานกลาง	4.06	0.76	มาก
14.ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น	3.10	0.61	ปานกลาง	4.32	0.76	มาก
15.ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.16	0.70	ปานกลาง	4.20	0.72	มาก
16.ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	2.54	1.00	ปานกลาง	3.06	1.01	ปานกลาง
17.ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมาก	2.34	0.93	น้อย	2.60	0.98	น้อย

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
น้อยเพียงใด						
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.62	1.04	มาก	3.94	0.84	มาก
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	2.72	0.89	ปานกลาง	3.66	1.01	มาก
20. ท่านมีโอกาสดักฟังผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	2.56	0.94	ปานกลาง	3.52	0.96	มาก
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.00	0.82	ปานกลาง	3.80	0.89	มาก
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	2.12	1.13	น้อย	2.68	1.27	ปานกลาง
23. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	2.94	0.88	ปานกลาง	3.90	0.81	มาก
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	2.12	1.13	น้อย	2.68	1.27	ปานกลาง
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	2.92	0.66	ปานกลาง	3.76	0.88	มาก
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	2.98	0.42	ปานกลาง	3.94	0.58	มาก
รวม	2.81	0.90	ปานกลาง	3.36	0.91	มาก

สำหรับผลการดำเนินงานยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อพิจารณาภาพรวมความพึงพอใจในการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ อยู่ในระดับมากกว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ

0.57 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ รายละเอียดดังตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระหว่างความพึงพอใจในการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน ก่อน- หลังการดำเนินการ

ความพึงพอใจ	n	Mean	SD	Z	95%CI	p-value
ก่อนการดำเนินการ	10	63.10	15.89	1.89	0.46 – 13.92	>0.05
หลังดำเนินการ	10	79.83	13.15			

การมีส่วนร่วมของของกลุ่มภาคการเมืองและ
กลุ่มวิชาการด้านสาธารณสุข พบว่า หลังการดำเนินการ
ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากทุกด้าน

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จใน
การพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน

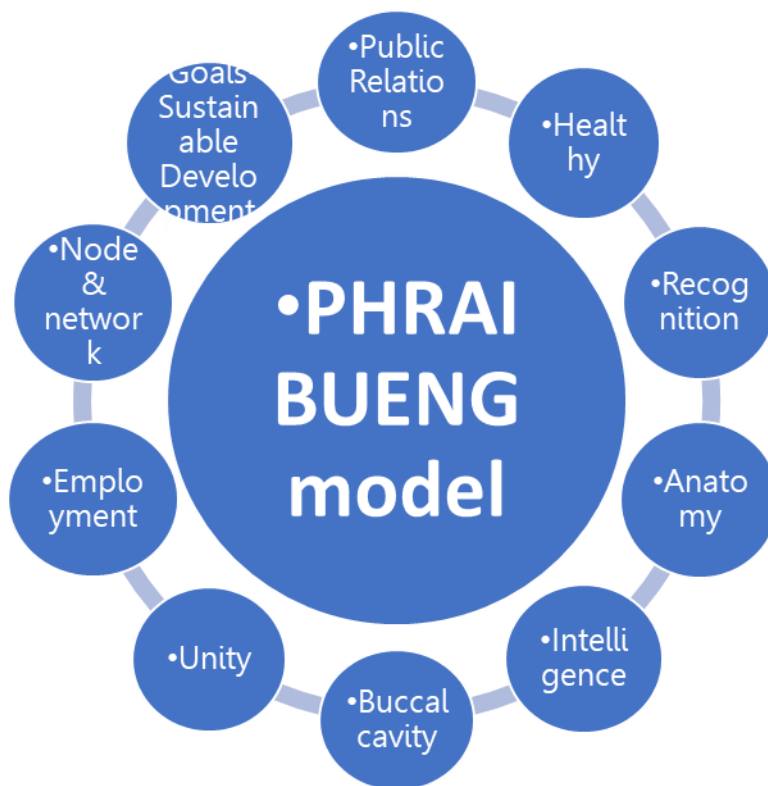
โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลัน อำเภอไพรบึง
จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้ 1) แผนยุทธศาสตร์ (Strategy) 2)
ความสัมพันธ์ (Relationship) 3) บุคคล (Person) ซึ่งจาก
ที่กล่าวมาทั้ง 3 ข้อนั้นได้รูปแบบของ “คณะทำงาน”



ภาพที่ 1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนา
กระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียน
ผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรี
สะเกษ (SRP Key Success)

ผลการพัฒนากระบวนการการพัฒนา
กระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ
เทศบาลตำบลลำโรงพลันมีรูปแบบที่ชัดเจน 9 1)
ประชาสัมพันธ์เปิดรับสมัครและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย
(Public Relations) 2) ศึกษาบริบทและเก็บข้อมูลทั่วไป
เพื่อเตรียมความพร้อม (Healthy) 3) สร้างการรับรู้และ
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Recognition) 4) สร้างเสริม
สุขภาพกาย (Anatomy) จิตใจ (Intelligence) ให้กับ
นักเรียนผู้สูงอายุ 5) สร้างเสริมสุขภาพช่องปากให้กับ
นักเรียนผู้สูงอายุ (Buccal cavity) 6) การเยี่ยมเสริมพลัง

สร้างความสามัคคี (Unity) 7) สร้างอาชีพ เสริมคุณค่า
ผู้สูงอายุ ให้กับนักเรียนผู้สูงอายุ (Employment) 8) การ
เรียนรู้ร่วมกัน จัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การสังเกต
การดำเนินงานติดตามความก้าวหน้า ติดตามผลการดำเนิน
(Node & network) 9) สะท้อนผลการพัฒนา เพื่อการ
พัฒนาอย่างยั่งยืน การพัฒนาอย่างยั่งยืน ภายใต้การมีส่วน
ร่วมที่เข้มแข็งของภาคีเครือข่าย และการออกแบบกิจกรรม
โครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา
(Goals-Sustainable Development) และ ส่งผลให้
ภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีระดับดี
ซึ่งรูปแบบการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลัน อำเภอ
ไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ที่เรียกว่า PHRAI BUENG
model



ภาพที่ 2 ต้นแบบการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอบึง จังหวัดศรีสะเกษ (PHRAI BUENG model)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอบึง จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แนวคิดของ Kemis & McTaggar ดำเนินการตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

ผลการติดตามการมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 10 คน โดยนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านบริบท/ความชัดเจนของการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเป้าหมายพึงพอใจในความชัดเจนของการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วม

โครงการมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับโรงเรียนผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์ให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ด้านต่างๆ ในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข โรงเรียนผู้สูงอายุสามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้ถูกวิธี และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ/แกนนำในการประชุม ร่วมอภิปรายเรื่องต่างๆ ในที่ประชุม

ด้านบริบท/ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจในความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับโรงเรียนผู้สูงอายุต้องการให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ โรงเรียนผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพ

โรงเรียนผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความสามารถดูแลสุขภาพ การส่งเสริมผู้สูงอายุพัฒนาทักษะความรู้ด้านสังคม วัฒนธรรม และความรู้ด้านต่างๆ

ด้านปัจจัยความสำเร็จ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจในความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

ด้านกระบวนการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโครงการ ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

ด้านผลของการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจในการวัดผลประเมินผล

กระบวนการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโครงการ ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ การพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำโรงพลัน เป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ และมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยาการจิตอาสา หรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่ากับชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับงานวิจัย

1.1 ควรสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และเน้นสร้างการรับรู้ถึงความสำคัญโรงเรียน ให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนเหล่านั้นมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของโรงเรียน

1.2 สนับสนุนให้ภาครัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุน ให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์โรงเรียนความหวานให้กิจกรรมสร้างสรรค์ให้นักเรียนได้ร่วมกันทำในช่วงเวลาว่างเพื่อให้นักเรียนรู้สึกว่าคุณค่าต่อชีวิตประจำวัน

1.3 ผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องสร้างหลักสูตรการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุไม่ควรเน้นวิชาการที่ต้องให้ความจำมากเกินไปควรเป็นรายวิชาที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุสนุกสนานและมีความคิดสร้างสรรค์ และจัดหางบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ ตามแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

2.2 ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมการเกษตรวัยเกษียณ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ว่างงานและมีความรู้ด้านการเกษตร และเคยประกอบอาชีพเกษตรกรรม หากได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการเกษตรที่เหมาะสมกับวัย จะมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองผู้สูงอายุลดระยะเวลาการมีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กองส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกรมกิจการผู้สูงอายุ.
2. กรมสุขภาพจิต. (2545). แบบคัดกรองทางสุขภาพจิต: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ. 2545. เชียงใหม่.

3. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
4. ยาวเรศ แต่งจวง. (2558). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร (Phetchabun Rajabhat Journal), 16(2), 85-93.
5. วิชาติ ผ้าผิวดิ. (2556). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
6. เทศบาลตำบลสำโรงพลัน. (2562). แผนพัฒนาสี่ปี (พ.ศ.2561-2565). ศรีสะเกษ: งานวิเคราะห์นโยบายและแผนสำนักปลัดเทศบาลเทศบาลตำบลสำโรงพลัน (เอกสารอัดสำเนา).
7. ณัฐภูมิ ชูเชื้อ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบล อำเภอบึงนาราง จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
8. นีรสาห์ ลาลิทธิ. (2559) การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธาณมหาวิทยลัยมหาสารคาม.
9. ประเวศ วะสี. (2546). การปฏิรูประบบบริการสาธาณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
10. ฤทธิชัย แกมมณาค และคณะ. (2559). รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 11, 47-62.
11. พัทธภรณ์ พัฒนะ. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
12. พิษยามล ชูเดชศิริ. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน ตำบลวังแสง อำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
13. พิชิต ลายน้ำเงิน. (2552). การจัดการแบบมีส่วนร่วมสำหรับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
14. วรณดี สุทธิรากร. (2556). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. [ออนไลน์]. ได้จาก: www.rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=1123. [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2562].
15. ยุพิน ทรัพย์แก้ว. (2559). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. วารสารการพยาบาลและการศึกษา ปีที่ 9, 25-39
16. ระเบียบ เทียมมณี, สุภาณี เสนาดีสัย และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2554). บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษา. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล.
17. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พงษ์นศรี และธนิกันต์ ศักดาพร. (2560). การถอดบทเรียนตัวอย่างที่ดีของโรงเรียนและชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
18. ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรณ. (2560). การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน

ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะทุม
ตำบลจันทึก อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

19. สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต.
(2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.
20. สุรพล ชยภพ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัด
นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎี
บัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.
21. เอนก ชิตเกสร และพรรณนุช ไชยปิ่นชนะ. (2556).
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. [ออนไลน์] ได้
จาก: [www.business.peyap.ac.th/ba-km%20](http://www.business.peyap.ac.th/ba-km%20วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.pdf)
[วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.pdf](http://www.business.peyap.ac.th/ba-km%20วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.pdf) [สืบค้นเมื่อ
วันที่ 24 ตุลาคม 2562]
22. อุบล นวนวงศ์เสถียร. (2550-2560). การพัฒนา
หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล
จังหวัดบึงการ. บทความการพัฒนาหลักสูตรโรงเรียน
ผู้สูงอายุ.
23. Johnson AP. (2008). A Short Guide to Action
Research (3 ed.). Boston: Pearson Education.
Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z.,
Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006).
Quality of life at older ages: evidence from
the English longitudinal study of
aging (wave1). Journal of Epidemiology and
Community Health, 60(4), 357-363.

Received: 10 Jan. 2023, Revised: 20 Feb. 2023

Accepted: 27 Feb. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

กระบวนการพัฒนาการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) งานบริการผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานีสมาพร สันถะสกุล^{1,*} เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์² วรพจน์ พรหมสัตยพรต³

บทคัดย่อ

การประสานรายการยาสามารถลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการประสานรายการยา งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) คือ ขั้นที่ 1 การวางแผน ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ ขั้นที่ 3 การสังเกตผล ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล กลุ่มเป้าหมายหลัก เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลนาเยีย จำนวน 17 คน กลุ่มเป้าหมายรองเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรค NCDs จำนวน 84 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินความเห็นต่อบริบทและสถานการณ์การประสานรายการยา แบบบันทึกในกระบวนการประสานรายการยา และแบบรายงานความคลาดเคลื่อนการใช้ยา และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.47 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 47.06 อายุเฉลี่ย 42.46 ± 8.28 ปี อายุราชการอยู่ในช่วง < 10 ปี ร้อยละ 58.82 หน่วยงานสังกัดงานผู้ป่วยในมากที่สุด ร้อยละ 47.06 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 41.18 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 46.47 ประสบการณ์ในการประสานรายการยา 10-19 ปี เฉลี่ย 18.62 ± 9.68 ปี ความคิดเห็นในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา บทบาทในการพัฒนากระบวนการประสานรายการ และ ความพึงพอใจในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา โดยรวมอยู่ในระดับมาก กระบวนการประสานรายการยาอย่างมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย การทวนสอบ การตรวจสอบการเปรียบเทียบ และการสื่อสารส่งต่อข้อมูลมีการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วยต้นแบบ Na Yia คือ Note การบันทึกในการประสานรายการยา Ability พัฒนาศักยภาพบุคลากร Year การกำหนดกิจกรรมในหนึ่งปี Improvement ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง Analysis การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมลดลง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา คือ Na Yia ประกอบด้วย Notice : การประกาศนโยบาย และแนวปฏิบัติในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา ให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพรับทราบเพื่อนำสู่การปฏิบัติ Able : การมีทักษะที่ดีของบุคลากร Yield : การยินยอมปฏิบัติตามหลักการ Instrument : เครื่องมือ/อุปกรณ์ ที่เพียงพอ Adjust: มีการปรับปรุงและพัฒนาสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : การประสานรายการยา,ความคลาดเคลื่อนทางยา, NAYIA Model

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding Author: sma.aew@gmail.com

Original Article

The development of Inpatient Medication Reconciliation At Na Yia Hospitals, Ubon Ratchthani Province

Samaporn Santhawasulul¹ Terdsak Promarak²Vorapoj Promasatayaprot³**ABSTRACT**

Medication reconciliation can reduce medication errors. This action research aimed to development of inpatient medication reconciliation at Na Yia Hospitals, Ubon Ratchathani province. 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. The main target group were 17 personnel in Nayia Hospital, the secondary target group was 84 NCDs patients. Quantitative data was collected using questionnaires, opinion assessment form on the context and situation of medication reconciliation and prescription error report form. The data were collected by using focus group discussion and questionnaire. The quantitative data were mainly analyzed through descriptive statistics and the qualitative data were mainly analyzed through content analysis. The results showed that,

The most of the personnel were female, 76.47%. Most were in the range of 30 to 39 years old, 47.06%⁶, with a mean age of 42.46 ± 8.28 years, service years < 10 58.82%, departments affiliated with inpatient department the most, 47.06 %, professional nurse the most, 41.18%, graduated with a bachelor's degree the most, 46.47%, experience in medication reconciliation 10-19 years, mean 18.62 ± 9.68 years. Opinions on the medication reconciliation process, the role in the medication reconciliation process and the satisfaction in the development of the medication reconciliation process were at a high level. The process of medication reconciliation with the participation of the verification classification reconciliation and transfer. The medication reconciliation system was developed through operational research process using the NAYIA (Note, Ability, Year, Improvement, Analysis) The success factors are Na Yia (Notice, Able, Yield, Adjust)

Keyword : medication reconciliation, medication error, NAYIA 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: sma.aew@gmail.com

บทนำ

การเทียบประสานรายการยา เป็นกระบวนการที่ทำให้ได้มาซึ่งประวัติการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลขณะย้ายไปหผู้ป่วยอื่น และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นรอยต่อของการรักษาที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การเทียบประสานรายการประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การทวนสอบ การตรวจสอบ การเปรียบเทียบ และการสื่อสารส่งต่อข้อมูล การเทียบประสานรายการช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยา ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นหนึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงว่าการเทียบประสานรายการยา ช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยาและอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลทั้งที่แผนกฉุกเฉินและการเข้ารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่ป้องกันได้ ซึ่งการที่ยึดหลักความถูกต้อง 7 ด้าน (7 Rights: Right Patient Right Drug Right Dose Right Time Right Route Right Technique Right Documentation) ในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการเทียบประสานรายการยาจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยาได้¹

การประสานรายการยาผู้ป่วยใน เภสัชกรและพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรวบรวมประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งใช้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล² ควรกำหนดรูปแบบดำเนินการให้มีแบบแผน โดยใช้การฝึกอบรมและจัดทำแบบบันทึกประสานรายการยาขึ้นมาช่วยเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ³ ซึ่งการดำเนินงานให้ตรงตามแนวคิด การประสานรายการยานั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายส่วนประกอบกัน เช่น กำกับดูแล ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรอย่างชัดเจน⁴ ความพร้อมของปัจจัยในด้านต่างๆ นี้มีส่วนช่วยสนับสนุน

ให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถดำเนินงานตามแนวคิดของการประสานรายการยาได้อย่างครบถ้วนตามองค์ประกอบและครอบคลุมผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วยต่อไป⁵

กระบวนการประสานรายการยาในระบบยาสามารถช่วยป้องกันปัญหาทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ใช้สิ่งที่ยากลำบาก แต่ต้องอาศัยทีมที่จะกำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบหลักที่มีความเข้าใจเป้าหมายในการสร้างและประสานรายการยา ให้มีโอกาสดลดความคลาดเคลื่อนทางยา หลักของฝ่ายการพยาบาลก็ต้องดำเนินการให้มีแบบแผน โดยใช้การฝึกอบรมและจัดทำแบบฟอร์มเฉพาะขึ้นมาช่วยการซักประวัติการใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยเมื่อรับผู้ป่วยใหม่หรือการจ่ายยาและให้คำแนะนำการใช้ยากลับบ้าน เป็นกิจกรรมหนึ่งของงานบริหารเภสัชกรรมซึ่งมีอยู่แล้วในโรงพยาบาลหลายแห่ง หากเพิ่มอีก 2 ขั้นตอนในการเปรียบเทียบข้อมูลยาจัดทำขึ้นกับคำสั่งแพทย์และติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม จะกลายเป็นกระบวนการประสานรายการยา⁶

องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข เห็นปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยให้ความสำคัญในการจัดการกับปัญหานี้อย่างจริงจังเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหา สาธารณสุขที่เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ตลอดจนส่งผลความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ

โรงพยาบาลนาเยียเปิดให้บริการ ในปี 2557 และเริ่มเปิดให้บริการงานบริการผู้ป่วย ในปี 2559 และกระบวนการประสานรายการยาเป็นหนึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และโรงพยาบาลนาเยีย ได้นำกระบวนการประสานรายการยามาใช้ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการเทียบประสานรายการยาจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยา ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ยังคงพบปัญหาในการบวนการประสานรายการยาที่ไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติมีการสื่อสารล่าช้า เกิดความคลาด

เคลื่อนทางยาในขั้นตอนแรกรับและขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการในการศึกษาเรื่อง การพัฒนากระบวนการประสานรายการงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนากระบวนการประสานรายการงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

กลุ่มที่ 1 บุคลากรในโรงพยาบาลนาเยีย จำนวน 17 คน โดยมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จำนวน 4 คน แพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน และ พยาบาล 7 คน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย ตลอดระยะเวลาของการวิจัย

2) เป็นผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ที่ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย หรืองดให้ข้อมูล

2) บุคลากรที่ย้ายไปทำงานที่อื่นในระหว่างการทำงานวิจัย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยโรค NCDs ได้แก่ 5 โรค ดังนี้ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตวายเรื้อรัง หอบผู้ป่วย ในโรงพยาบาลนาเยีย ในขณะศึกษาเพื่อการเก็บบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก ของ

กระบวนการประสานรายการยา รวมทั้งสิ้น จำนวน 84 คน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยในกลุ่มโรคNCDs ได้รับการรักษาด้วยยาแผนกผู้ป่วยใน โดยคัดเลือกจาก 5 โรคหลัก ในโรงพยาบาล

2) ผู้ป่วยที่สามารถทวนสอบประวัติการใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง (ไม่ขาดยามากกว่า 6 เดือน)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

2) ผู้ป่วยที่จำหน่ายโดยไม่ได้รับยาใดไปใช้ต่อที่บ้าน

3) ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลไม่ถึง 24 ชม และได้รับการส่งต่อ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวงล้อของการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนตามแนวคิด Kemmis และ McTaggart⁸ มีแนวทางการดำเนินการตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR)

ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ดำเนินการ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

กิจกรรมที่ 1 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กำหนดเป้าหมายสูงสุดของกระบวนการประสานรายการยา คือ ความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การสนทนากลุ่ม ทบทวนบริบทและสถานการณ์ กำหนดขอบเขตขั้นตอนการประสานรายการยาช่วงเวลาการเริ่มกระบวนการแนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

กิจกรรมที่ 3 ศึกษาดูงานโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 และ F3 เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการประสานรายการยา งานบริการผู้ป่วยใน

ของโรงพยาบาลใกล้เคียงในจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อ
ข้อมูลเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียเพื่อนำมาใช้ประโยชน์

กิจกรรมที่ 4 ประชุมสนทนากลุ่ม

กิจกรรม 5 ดำเนินการประสานรายการยา
โดยมีกระบวนการประสานรายการยาดังนี้ 1)
กระบวนการประสานรายการยาอย่างมีส่วนร่วมของ
ทีมสหวิชาชีพ

การทวนสอบ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทำ
หน้าที่รวบรวมประวัติการใช้ยาข้อมูลยาทั้งหมดที่
ผู้ป่วยได้รับก่อนมาโรงพยาบาล รวมถึงประวัติการแพ้
ยา อย่างถูกต้อง รายงานแพทย์และแจ้งแพทย์บันทึก
รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องลงในแบบฟอร์ม
Medication Reconciliation

การตรวจสอบ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย
ในทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลรายการยา ให้มั่นใจว่า
ชนิด ขนาด วิธีใช้ยาถูกต้อง กรณีมีปัญหาให้ปรึกษา
เภสัชกร และบันทึกข้อมูลการใช้ยาประวัติยาเดิม
ข้อมูลยาระหว่างเข้ารับการรักษา และยาที่ได้รับกลับ
บ้าน ลงในแบบบันทึกการประสานรายการยา

การเปรียบเทียบเภสัชกรเปรียบเทียบ
รายการยาที่บันทึกกับรายการยาแกร็บที่แพทย์สั่งใช้
ในแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วยใน ประเด็นต่าง ๆ
เพื่อค้นหาความคลาดเคลื่อน หากพบความแตกต่าง
ให้สื่อสารกับแพทย์ เพื่อให้มีการทบทวน/แก้ไข

การสื่อสารส่งต่อข้อมูลเภสัชกรตรวจสอบดู
รายการยาปัจจุบัน อ้างอิงรายการยาที่บันทึกไว้เมื่อ
เริ่มรับผู้ป่วยนอน เมื่อนอนโรงพยาบาล จำหน่าย
กลับบ้านโรงพยาบาล และอธิบายรายการยาที่ผู้ป่วย
ได้รับเมื่อต้องออกจากโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing)

ดำเนินการ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

กิจกรรมที่ 6 ติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง
โดยการบันทึกความคลาดเคลื่อนการสั่งใช้ยา
รายงานแพทย์ผู้สั่งใช้ยา เพื่อใช้ในการสรุป ความ
ครอบคลุมการประสานรายการยาในงานบริการ
ผู้ป่วยใน และสรุปความคลาดเคลื่อนการสั่งใช้ยา
ในช่วงรอยต่อของการรักษา

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ
(Reflection) ดำเนินการ เดือน ธันวาคมพ.ศ. 2565

กิจกรรมที่ 7 สอบถามความเห็นบุคลากร
ต่อบริบทและสถานการณ์การประสานรายการยา
โรงพยาบาลนาเยีย

กิจกรรมที่ 8 การสนทนากลุ่มบุคลากร หา
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ บุคลากรหาปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการประสาน
รายการยา และการสะท้อนกลับผลการประเมินผ่าน
กระบวนการกลุ่มในลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อ
ประเมินแนวทางการปฏิบัติตามความเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามในการวิจัย ใช้
สำหรับกลุ่มเป้าหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับ
กระบวนการประสานรายการยา งานบริการผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัด
อุบลราชธานี มี 4 ส่วน ดังนี้

1) ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป
จำนวน 7 ข้อ 2) ความคิดเห็นในการพัฒนา
กระบวนการประสานรายการยาจำนวน 20ข้อ
คำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3
ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้
คะแนน (มาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน
น้อย ให้ 1 คะแนน) 3) บทบาทในการพัฒนา
กระบวนการประสานรายการยา จำนวน 20ข้อ
คำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3
ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย 4) ความพึงพอใจใน
การประสานรายการยาจำนวน 20 ข้อ ลักษณะ
คำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale)
ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย

ชุดที่ 2 แบบบันทึกในการวิจัย ใช้
สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกระบวนการประสาน
รายการ งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย
อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบบบันทึก
ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) แบบบันทึกการ
ประสานรายการยาจำนวน 7 ข้อ 2) ความพึงพอใจใน
การพัฒนาระบบการประสานรายการยา จำนวน
20ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า
(Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง
น้อย

ชุดที่ 3 แบบรายงานความคลาดเคลื่อนการส่งเข้าของแพทย์ เก็บข้อมูลโดยกลุ่มงานเภสัชกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ในกระบวนการประสานรายการยา งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เครื่องมือ 2

ชุด คือ

ชุดที่ 1 ประเด็นสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ทบทวน(Focus Groups) บริบทและสถานการณ์ของการประสานรายการยา

ชุดที่ 2 ประเด็นการสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข (Focus Groups) หาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความถูกต้องเชิงปรากฏ (Face Validity) โดยปรับปรุงแบบสอบถามโดยศึกษาค้นคว้าและตรวจสอบความถูกต้องตามวัตถุประสงค์จากเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านที่มีคุณสมบัติด้านคุณวุฒิที่จบไม่ต่ำกว่าปริญญาโท และ/หรือ เคยทำวิทยานิพนธ์หรืองานวิจัย เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบสำนวนภาษาหลังจากนั้นได้อาข้อเสนอแนะ มาปรับแก้ข้อความของเนื้อหาให้ถูกต้องเหมาะสม ได้ค่า IOC = 0.88 (0.67-1)

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามภายหลังการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขโรงพยาบาลนาเยีย ที่ไม่ใช่กลุ่มที่ให้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรหาความเชื่อมั่นใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอน บาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ค่าความเชื่อมั่นคิดเห็นในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาเท่ากับ 0.780

บทบาทในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา เท่ากับ 0.870

ความพึงพอใจการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา เท่ากับ 0.875 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งหมดเท่ากับ 0.841

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามในการวิจัยใช้สำหรับกลุ่มตัวอย่าง บุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการประสานรายการยาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความคิดเห็นในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งการมีระดับความ

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มเป้าหมายทุกรายได้รับการชี้แจงสิทธิในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้มาจากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย และในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตก่อน โดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 351-166/2565 ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) งานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาล นาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) คือ ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มเป้าหมายหลัก (บุคลากร)

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่าง บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.47 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 47.06 อายุเฉลี่ย 42.46 $\pm$ 8.28 ปี อายุราชการอยู่ในช่วง < 10 ปี ร้อยละ 58.82 หน่วยงานสังกัดงานผู้ป่วยในมากที่สุด ร้อยละ 47.06 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 41.18 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 46.47 ประสบการณ์ในการประสานรายการยา 10-19 ปี เฉลี่ย 18.62 $\pm$ 9.68 ปี

2.ความคิดเห็นในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ กระบวนการประสานรายการยาทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว และแม่นยำในการส่งต่อข้อมูลการใช้เมื่อย้ายหอผู้ป่วย ย้ายสถานพยาบาลหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และ กระบวนการประสานรายการยาช่วยให้สามารถการตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาได้ง่ายขึ้น ($\bar{X}$ =2.94, S.D.=0.24) รองลงมาคือ กระบวนการประสานรายการยาช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้อย่างต่อเนื่องขณะเข้ารับการรักษาและเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($\bar{X}$ =2.89, S.D.=0.32) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ได้ประกาศให้กระบวนการประสานรายการยาเป็นส่วนหนึ่งในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ($\bar{X}$ =2.35, S.D.=0.49)

3.ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =2.61, S.D.=0.17) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีการกำหนดช่วงเวลาในการนำยาเดิมมาให้ ที่บนหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล (ภายใน 24 ชม. ยกเว้นยากลุ่มเสี่ยงสูงภายใน 8 ชม.) ($\bar{X}$ =2.83, S.D.=0.36) รองลงมาคือแบบบันทึกการประสานรายการยาเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลด้านยาได้ดีขึ้น ($\bar{X}$ =2.82, S.D.=0.39) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือกระบวนการ

ประสานรายการยา ทำให้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานนานขึ้น ($\bar{X}$ =1.88, S.D.=0.86)

4.ความพึงพอใจในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =2.66, S.D.=0.16) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ กระบวนการประสานรายการยาทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว และแม่นยำในการส่งต่อข้อมูลการใช้เมื่อย้ายหอผู้ป่วย ย้ายสถานพยาบาลหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ($\bar{X}$ =2.83, S.D.=0.44) รองลงมาคือ กระบวนการประสานรายการยาสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการได้รับยาซ้ำซ้อนได้ ($\bar{X}$ =2.82, S.D.=0.39) และกระบวนการประสานรายการยาทำให้เกิด ความสัมพันธ์และการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ ($\bar{X}$ =2.82, S.D.=0.53) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ กระบวนการประสานรายการยา ทำให้รับทราบข้อมูลการใช้ยาทั้งหมดของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งต่อไป ($\bar{X}$ =2.29, S.D.=0.59)

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะด้านระบบการประสานรายการยา 1) ควรนำวิธีการประสานรายการยาไปใช้ในการตรวจเช็คยาประจำที่ต้อรับประทาน

2.ควรทำแบบบันทึกการประสานรายการยาให้ละเอียด

3.เน้นให้สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากับผู้ป่วยตระหนักถึงความปลอดภัยของโดยเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ยาให้มากขึ้น

4.ควรหาวิธีแก้ไขปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาจากคลินิก ซึ่งหาของยามักจะไม่ระบุชื่อยาทำให้ไม่ทราบชื่อยานั้น เกิดปัญหาเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติงานการประสานรายการยา เภสัชกรควรหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

5.วิธีปฏิบัติงานการประสานรายการยาต้องขอความร่วมมือในการตอบคำถามของ ผู้ป่วยจากญาติ

2.ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. ควรประกาศนโยบายและแนวทางทางปฏิบัติงานการประสานรายการยาให้บุคลากรใน

โรงพยาบาลรับรู้โดยทั่วกันเพิ่มช่องทางสื่อสารในทุก
ระดับให้มากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะด้านบุคลากร

1. ในการปฏิบัติงานการประสานรายการ
ยา บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรมีส่วนร่วมในการติดตาม
แพทย์เดินตรวจผู้ป่วย บนหอผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูล
ผู้ป่วย และเป็นการตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยควรได้ ใน 8
ชั่วโมง 24 ชั่วโมง

2. ควรประสานความร่วมมือจากทีมสห
สาขาวิชาชีพในการทำงาน

3. ควรมีการประชาสัมพันธ์ นโยบายและวิธี
ปฏิบัติงานการประสาน

6. การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
โรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง มากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 32.28 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง ร้อย
ละ 25.20 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 7.09 และ โรค
หลอดเลือดสมองและหัวใจ ร้อยละ 25.20

7. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความพึง
พอใจในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา
โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.63$, S.D.=0.17)
เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด
คือ กระบวนการประสานรายการยาช่วยให้สามารถ
การตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาได้ง่ายขึ้น
($\bar{X} = 2.86$, S.D.=0.35) รองลงมาคือ กระบวนการ
ประสานรายการยาทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว
และแม่นยำในการส่งต่อข้อมูลการใช้เมื่อย้ายหอ
ผู้ป่วย ย้ายสถานพยาบาลหรือจำหน่ายผู้ป่วยออก
จากโรงพยาบาล ($\bar{X} = 2.83$, S.D.=0.42) และ
วัตถุประสงค์ของกระบวนการประสาน รายการยา
เพื่อติดตามการใช้ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน เป็นประจำ
อย่างต่อเนื่องรวมทั้งยาที่ซื้อใช้เอง สมุนไพรวิตามิน
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ($\bar{X} = 2.82$, S.D.=0.43) ส่วน
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถนำข้อมูลที่ลงใน
แบบบันทึกการ ประสานรายการยาไปประโยชน์ใน
การ ปฏิบัติงานได้มากขึ้น ($\bar{X} = 2.82$, S.D.=0.43)



ภาพที่ 1 ต้นแบบกระบวนการประสานรายการยา อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี (NA YIA)



ภาพที่ 2 ภาพปัจจัยความสำเร็จ (Na Yia) ในกระบวนการประสานรายการยา

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการประสานรายการยาบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี สามารถสรุปประเด็นเพื่อนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนาการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) คือ ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) 7 กิจกรรม 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนปฏิบัติการ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี 3) จากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ 4) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมจากการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย/การให้ข้อมูลแบบสอบถาม 5) การดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนการวางแผน 6) จัดอบรมให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนผลการพัฒนา และถอดบทเรียนกิจกรรมที่ 7 การสนทนากลุ่ม (Focus Groups) หาปัจจัยแห่งความสำเร็จ เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนและกิจกรรมดำเนินการชัดเจน สอดคล้อง

กับผลการศึกษาของ วนิดา ชุมแร่⁹ ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าม่วง อำเภوتاม่วง จังหวัดลพบุรี” วิธีการวิจัย วิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมี 3 ขั้นตอนคือ 1) สร้างและพัฒนาารูปแบบกระบวนการประสานรายการยา ประเมินความเข้าใจของประชากรบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล จำนวน 71 คน 2) ทดลองใช้กระบวนการประสานรายการยา 3) ประเมินผลของกระบวนการ

2. กระบวนการประสานรายการยาอย่างมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย การทวนสอบ (Verification) การตรวจสอบ (Classification) การเปรียบเทียบ การสื่อสารส่งต่อข้อมูล (Transfer) ผลของกระบวนการพัฒนาการประสานรายการยาบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการใช้แบบบันทึกการประสานรายการยา ความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมลดลง ทั้งนี้เนื่องจากโดยรวมความผิดพลาดในการพิมพ์ข้อมูลลงบนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยซึ่งพยาบาลไม่ได้ดูรายการยาความแรงและเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอธิบายได้ว่าการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) มีกิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการประสานรายการยาแก่บุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ ทุกสาขาวิชาชีพ ได้

ร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน นำสู่การปฏิบัติส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนทางยาใน ภาพรวมลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วนิดา ชุมแระ⁹ ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการประสาน รายการยาบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวุ้ง อำเภอ ท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี พบความคลาดเคลื่อนทางยา ทั้งหมดจำนวน 205 รายการ ทั้งนี้ได้รับการแก้ไข จากแพทย์จำนวน 200 รายการ คิดเป็นร้อยละ 97.56 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ธนนานท์นิवास¹⁰ ศึกษากระบวนการติดตามการใช้ ยาอย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนจำหน่าย ต่อความคลาด เคลื่อน ทางยาใน ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าม่วง กาญจนบุรี หลังมีการติดตาม การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง พบความคลาดเคลื่อนทางยา ลดลงร้อยละ 79 ประเภทของความคลาดเคลื่อนที่ พบส่วนใหญ่ร้อยละ 13.96 เป็นความคลาดเคลื่อนที่ แพทย์ไม่ได้สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับก่อนเปลี่ยน ระดับการรักษา(Omission Error) รองลงมาร้อยละ 0.49 เป็นการสั่งใช้ยาผิดขนาดและความถี่ (Wrong Dose or Frequency) และความรุนแรงของความ คลาดเคลื่อนทางยาส่วนใหญ่เป็นระดับที่ไม่เป็น อันตราย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไม่ถึงตัวผู้ป่วย (Category B) และเภสัชกรสามารถดักจับความ คลาดเคลื่อนทางยาได้ก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย(56 ราย ร้อยละ 62.22) ประเภทของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ แพทย์ไม่ได้สั่งใช้ยาที่ควรได้รับ พบร้อยละ 11.9 การพัฒนาระบบการประสานรายการยา

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนา กระบวนการประสานรายการยาบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัด อุบลราชธานี

ต้นแบบที่ได้จากการพัฒนา คือ ต้นแบบ Na Yia โมเดล (Na Yia model) ได้จากการถอด บทเรียนและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่พัฒนา ซึ่ง ประกอบด้วยตัวอักษรภาษาอังกฤษของอำเภอนาเยีย ประกอบด้วย N= Note ให้ความสำคัญกับการ บันทึกในการประสานรายการยา ต้องมีแบบฟอร์ม บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนในการจัดเก็บข้อมูล A = Ability คือบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการประสานรายการยาที่ถูกต้องและ เหมาะสม โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่าง

สม่ำเสมอ Y = Year การกำหนดระยะเวลาของ กิจกรรมในหนึ่งปีงบประมาณ โดยดำเนินการอย่าง ต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ I = Improvement การประสานรายการยา ต้องมี การปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง A = Analysis การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ นำข้อมูลที่ได้มา วางแผนแก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบการ ประสานรายการยาให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนา กระบวนการประสานรายการยา โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี คือ Na Yia ประกอบด้วย Notice : การประกาศนโยบาย และ แนวปฏิบัติในการพัฒนาระบบการประสาน รายการยา ให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพรับทราบเพื่อ นำสู่การปฏิบัติ Able : การมีทักษะที่ดีของบุคลากร Yield : การยินยอมปฏิบัติตามหลักการ Instrument : เครื่องมือ/อุปกรณ์ ที่เพียงพอ Adjust : มีการ ปรับปรุงและพัฒนาสม่ำเสมอ การประกาศนโยบาย และแนวปฏิบัติในการพัฒนาระบบการประสาน รายการยา ให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพรับทราบเพื่อ นำสู่การปฏิบัติ สิ่งที่เป็นในการการพัฒนา กระบวนการประสานรายการยา คือ ทีมที่จะกำหนด นโยบายและผู้รับผิดชอบหลักในการสร้างและ ประสานรายการยาให้มีโอกาสลดความคลาดเคลื่อน ทางยา กำหนดรูปแบบดำเนินการให้มีแบบแผน โดย ใช้การฝึกอบรม และแบบบันทึกประสานรายการยา ขึ้นมาช่วยเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งหากมี ระบบจัดเก็บข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่ดีจะสามารถลด ภาระเจ้าหน้าที่ในการค้นหาประวัติของผู้ป่วยได้ การ มีกระบวนการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ใน ระบบยาผู้ป่วยในขั้นตอนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ โดยเภสัชกรส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ ยาลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษากัญญามาส จินอนันต์และคณะ² ศึกษาการดำเนินงานการ ประสานรายการยากรณีผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 7 สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการ การประสานรายการยาได้ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้าน บริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง 2) นโยบายของ โรงพยาบาล 3) กระบวนการขั้นตอนการดำเนินงาน ที่ชัดเจน 4) บุคลากรที่ดำเนินงาน ความพร้อมของ

ปัจจัยในด้านต่างๆ มีส่วนช่วยสนับสนุนให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถดำเนินงานตามแนวคิดของการประสานรายการยาได้อย่างครบถ้วนตามองค์ประกอบและครอบคลุมผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วยอันเป็นเป้าหมายต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการประสานรายการยาบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดควรกำหนดนโยบายในการประสานรายการยาเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานประสานรายการยาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.2 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดควรมีการประกาศนโยบาย และแนวปฏิบัติในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยา ให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทราบเพื่อนำสู่การปฏิบัติ

1.3 ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประสานรายการยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการอบรมวิชาการ การศึกษาดูงาน

1.4 ควรกำหนดรูปแบบดำเนินการให้มีแบบแผน โดยใช้การฝึกอบรม และแบบบันทึกประสานรายการยาขึ้นมาช่วยเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ

1.5 ควรพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลคอมพิวเตอร์เพื่อลดภาระเจ้าหน้าที่ในการค้นหายาเดิมของผู้ป่วย

1.6 มีกระบวนการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในระบบยาผู้ป่วยในขั้นตอนจำหน่ายอย่างเป็นระบบโดยเภสัชกรส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายลดลง

1.7 สามารถนำกระบวนการประสานรายการยาบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนาเยีย

2.2 ควรศึกษาและพัฒนาระบบการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรองหทัย มะยะเฉี่ยว และ โยม วงศ์วรวิทย์. ผลของกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย, 8(1), 35-47. 2559
2. กัญญามาส จินอนันต์, อาริวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, กรแก้ว จันทภาษา และ ธิดา นิงสานนท์. การดำเนินการประสานรายการยากรณีผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐในเขตสุขภาพที่ 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 13(4), 11-23. 2560
3. กิตติพนธ์ เครือวงศ์. ความคลาดเคลื่อนทางยา. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4(2), 251-265. 2561
4. คณิตา ปันตระกูล และ อัจฉรารัตน โตภาคงาม. การประสานรายการยา ณ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 8(1), 28-40. 2555
5. จักรี แก้วคำบัง.. ผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย, 1(2), 162-170. 2552
6. จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์ และ สุรพงษ์ ตูลาพันธุ์. ผลของกระบวนการประสานรายการยา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 15(3), 95-102. 2561
7. Medication Reconciliation ผ่านแนวคิด 3P(Purpose-Process Performance)[Internet]. Retrieved from <https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.p>

hp?option=article_detail&subpage=article_detail&id=469

8. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University.
9. วนิตา ชุมแร่ การพัฒนากระบวนการประสานรายการยาบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าม่วง อำเภوتاม่วง จังหวัดลพบุรี มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.2553
10. ศุภลักษณ์ รัตนนันทินวาส. ผลของกระบวนการประสานรายการยาในขั้นตอนจำหน่าย ต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าม่วง กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.2554

Received: 13 Jan. 2023, Revised: 7 Feb. 2023

Accepted: 13 Feb. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ธัญมาศ เมืองเดช¹ ประจวบ แหลมหลัก^{2*}

บทคัดย่อ

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่ต้องใช้เวลารักษายาวนาน และควรมีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจและศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 28 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าชุมชนตำบลแม่ใจเป็นพื้นที่ที่พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคและมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดจากทุกตำบล แต่การเข้าถึงบทบาทของการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัวและชุมชนยังไม่ชัดเจน ผลการศึกษารูปแบบพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจเกิดขึ้นด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1.คน ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วย 2. เงินที่ได้รับจัดสรรงบประมาณจากหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และเทศบาล 3. วัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุนยาในการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4. การจัดการที่เกิดการประสานงานตามขั้นตอนตามหลักการ “กำลังใจ ใส่ใจ และร่วมใจ” ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลทำให้การรักษาเกิดผลสำเร็จโดยที่ผู้ป่วยไม่ขาดยา พบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่และพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ต่อไป

คำสำคัญ วัณโรค การมีส่วนร่วม รูปแบบการดูแล

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author : drpj999@gmail.com

Original Article

The Study of participatory care model for pulmonary tuberculosis patients in Mae Jai sub-district community, Mae Jai district, Phayao province

Thanyamas Muengdet ¹ Prachuab lamluk ^{2*}

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis is a contagious disease that have to take a long time for treatment and needs appropriate care model. This action research aimed to study the participatory care model for pulmonary tuberculosis patients in Mae Jai sub-district community, Mae Jai district, Phayao province. This study was divided into 2 phases: 1) situation analysis for pulmonary tuberculosis patients care in Mae Jai sub-district community and 2) investigate participatory care model for pulmonary tuberculosis patients in Mae Jai sub-district community. The key informants were 28 stakeholders such as man included village health volunteer, village headman, health officials, patients, people who were diagnosed and treated for tuberculosis and their relatives. Data were collected by in-dept interview and focus group discussion and content analysis was performed for data analysis. The results revealed that Mae Jai sub-district community was the highest morbidity and mortality rate of tuberculosis but the role of family and community for patient care prod is unclear. The participatory care model investigated was composed of 4 components; 1 .Man included village health volunteer, village headman, health officials, patients, people who were diagnosed and treated for tuberculosis and their relatives, 2. Money allocated from Primary Care Unit, hospital and municipality, 3. Materials supported by community hospitals and subdistrict health promotion hospitals and 4 .Management according to “3 hearts concept” (encourage heart, pay attention heart and confederate heart). The results of model lead to patient self-care, community participation and effective treatment. This model will be applied for all area in Mae Jai district or other area as the similar context.

Keywords Tuberculosis, Participation, Care model

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

² Asst Prof., School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author: drpj999@gmail.com

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งวัณโรคเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลกที่องค์การอนามัยโลกพบว่าในช่วงปี 2563 การตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกลดลงเฉลี่ยร้อยละ 25 ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากวัณโรคถึง 1.66 ล้านคน โดยใกล้เคียงกับการเสียชีวิตจากวัณโรคทั่วโลกในปี 2558 และในปี 2562 พบผู้ป่วยรายใหม่ 130 รายต่อแสนประชากร และพบผู้เสียชีวิตจากวัณโรค 1.2 ล้านคน¹

ประเทศไทย ซึ่งจากการรายงานในปี 2563 ประเทศไทยพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา 87,789 ราย² จังหวัดพะเยา จากข้อมูลในปี 2559 – 2563 มีผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนปี 2559 – 2563 คิดเป็น 108.70, 116.10, 122.95, 119.63 และ 116.68 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จในปี 2559 – 2563 คิดเป็นร้อยละ 78.41, 64.91, 65.89, 75.00 และ 76.6 ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตในปี 2559 – 2563 คิดเป็นร้อยละ 13.64, 13.60, 20.62, 21.85 และ 17.90 ตามลำดับ ซึ่งเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคพบว่าตั้งแต่ปี 2553 – 2563 มีจำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 56 ต่อแสนประชากร เหลือ 18 ต่อแสนประชากร ในปี 2563 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.4 ในปี 2558 เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.67 ในปี 2563³

อำเภอแม่ใจมีการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยมุ่งเน้นการลดการแพร่เชื้อในชุมชนและลดอัตราป่วยรายใหม่ โดยจากสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่อำเภอแม่ใจ ในปี 2561 พบผู้ป่วย 23 ราย รักษาสำเร็จ 17 ราย เสียชีวิต 3 ราย ปี 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 31 ราย รักษาสำเร็จจำนวน 19 ราย เสียชีวิตจำนวน 4 ราย ในปี 2563 พบผู้ป่วยจำนวน 18 ราย รักษาสำเร็จจำนวน 7 ราย เสียชีวิตจำนวน 3 ราย และกำลังรักษา 8 ราย และในปี 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 29 ราย รักษาสำเร็จ 7 ราย เสียชีวิต 4 ราย และกำลังรักษา 13 ราย⁴และจากในพื้นที่ตำบลแม่ใจ เป็นพื้นที่ที่มีประชากรมากที่สุดในเขตอำเภอแม่ใจ และประชากรเหล่านั้นพบว่าป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรควัณโรคมากที่สุด ได้แก่ 1. ผู้สัมผัสวัณโรค เช่น ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3. ผู้ป่วยเบาหวาน

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 4. ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม 5. ผู้ต้องขัง 6. แรงงานต่างชาติ และ 7. บุคลากรสาธารณสุข ทำให้พบผู้ป่วยวัณโรคสูงที่สุดตั้งแต่ปี 2560 - 2564 จำนวนทั้งหมด 21 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดในทุกตำบล ตั้งแต่ปี 2560 - 2564 จำนวนทั้งหมด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.05⁵ ซึ่งจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านมาในชุมชน ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยวัณโรค จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลร่วมกันจากครอบครัว ชุมชน เครือข่ายสาธารณสุข ในการดูแลแบบมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตำบลแม่ใจ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนและลดอัตราการเสียชีวิต

ในปัจจุบันชุมชนตำบลแม่ใจปี 2564 จากการศึกษาโครงการนำร่อง (Pilot Project) ของชุมชนตำบลแม่ใจ ยังมีความคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคเป็นโรคติดต่อได้ง่าย ไม่ต้องการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือดูแลจากชุมชน และการเข้าถึงบทบาทของการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัว อสม. ชุมชน ยังขาดการรับรู้ถึงบทบาทที่ต้องปฏิบัติหากพบผู้ป่วยในชุมชน โดยการเก็บข้อมูลผู้ป่วยและญาติ รวมถึงญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาในพื้นที่ตำบลแม่ใจ พบว่าผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จ เกิดจากการดูแลของญาติและตัวผู้ป่วยเอง การรับประทายยาต่อเนื่อง และ อสม.เข้ามาดูแลในการประสานงานติดตามกับทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระหว่างการรักษา และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา การติดตามอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญจากการติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวลกลัวชุมชนรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยวัณโรค ไม่ต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้ามาติดตามอาการ สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะกำลังรักษานั้นจากการสอบถามทางญาติ เกิดจากผู้ป่วยเองไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดการพบแพทย์และปฏิเสธการกินยา

ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการทำงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้นต้องมีการดำเนินงานร่วมกับชุมชน โดยสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและการคิดหาวิธีการดำเนินงานให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและรักษาสำเร็จ ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ในการรักษาสำเร็จ² เนื่องจากเดิมในชุมชนตำบลแม่ใจยังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งเดิมเป็นเพียงการรับรายงาน

ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและเข้าไปติดตามผู้ป่วยเป็นบางช่วงเวลา ไม่เกิดการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) อสม.และยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน เทศบาลตำบลแม่ใจ ที่ต้องอาศัยด้านคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ เข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ดังนั้นทำให้ต้องมีการพึ่งพาชุมชน รวมถึงเพื่อให้เกิดการกระทำในระดับบุคคลและชุมชน ให้ชุมชนสามารถเป็นที่พึ่งแก่ผู้ป่วยได้ ในการดำเนินงานรักษาโรคให้หายขาด และหยุดการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ โดยการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน – 30 ธันวาคม 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษา คือ การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจและศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ โดยประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ทำการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation) จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นการสะท้อนกลับจากการดำเนินงานตามรูปแบบการ

ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ และสรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาดต่อไป

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ขั้นการวางแผน ขั้นจัดทำแผนปฏิบัติการ ขั้นสังเกตผล และการสะท้อนผล Planning Action plan, Observation and Reflection ผู้ให้ ข้อมูล หลัก จำนวน 28 คน ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 7 คน อสม.จำนวน 7 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 2 คน ญาติผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 6 คน และ ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค จำนวน 6 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดคือเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลฐานข้อมูลชุมชน ญาติผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคหลังได้รับการรักษาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้นโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างรายบุคคล ที่กำหนดไว้ในคำถามปลายเปิด โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ประมาณ 30 นาที ต่อบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1. แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือผู้ใหญ่บ้าน ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ส่วนที่ 3 บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ส่วนที่ 4 การป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ส่วนที่ 5 การควบคุมวัณโรคป้องกันโรคในปัจจุบัน ส่วนที่ 6 ระบบสุขภาพในชุมชน และส่วนที่ 7 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการดำเนินงานในพื้นที่

1.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ส่วนที่ 3 บทบาทหน้าที่ในดูแลผู้ป่วยวัณโรค ส่วนที่ 4 การป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ส่วนที่ 5 การ

ควบคุมโรคป้องกันโรคในปัจจุบัน ส่วนที่ 6 มีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคและครอบครัว และส่วนที่ 7 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการดำเนินงานในพื้นที่

1.3 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคและผู้เคยป่วยโรคและญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวหากพบผู้ป่วยเป็นโรคในครอบครัวหรือญาติ ส่วนที่ 4 การดูแลสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยโรค และ ส่วนที่ 5 ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค

1.4 แบบสัมภาษณ์ สำหรับ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง ส่วนที่ 4 การดูแลสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยโรค และส่วนที่ 5 ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Guideline) จำนวน 1 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยการจดบันทึก บันทึกเสียง เก็บภาพ โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมง ซึ่งในการสนทนากลุ่มจะเป็นการสนทนากลุ่มร่วมกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกคน จำนวน 28 คน สำหรับแนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยโรคในชุมชน การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคและครอบครัวในชุมชน บทบาทหน้าที่และการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนและปัญหา และข้อเสนอแนะวิธีเก็บข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มทุกคน โดยทำการนัดหมายจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือการสัมภาษณ์ และครั้งที่ 2 คือการสนทนากลุ่ม

1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) ที่กำหนดไว้ในคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ ซึ่งจะมีการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบข้อคำถามที่กำหนดไว้ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

1.2 โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยการจดบันทึก บันทึกเสียง เก็บภาพ ซึ่งในการสนทนากลุ่มจะเป็นการสนทนากลุ่มร่วมกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกคน จำนวน 28 คน

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

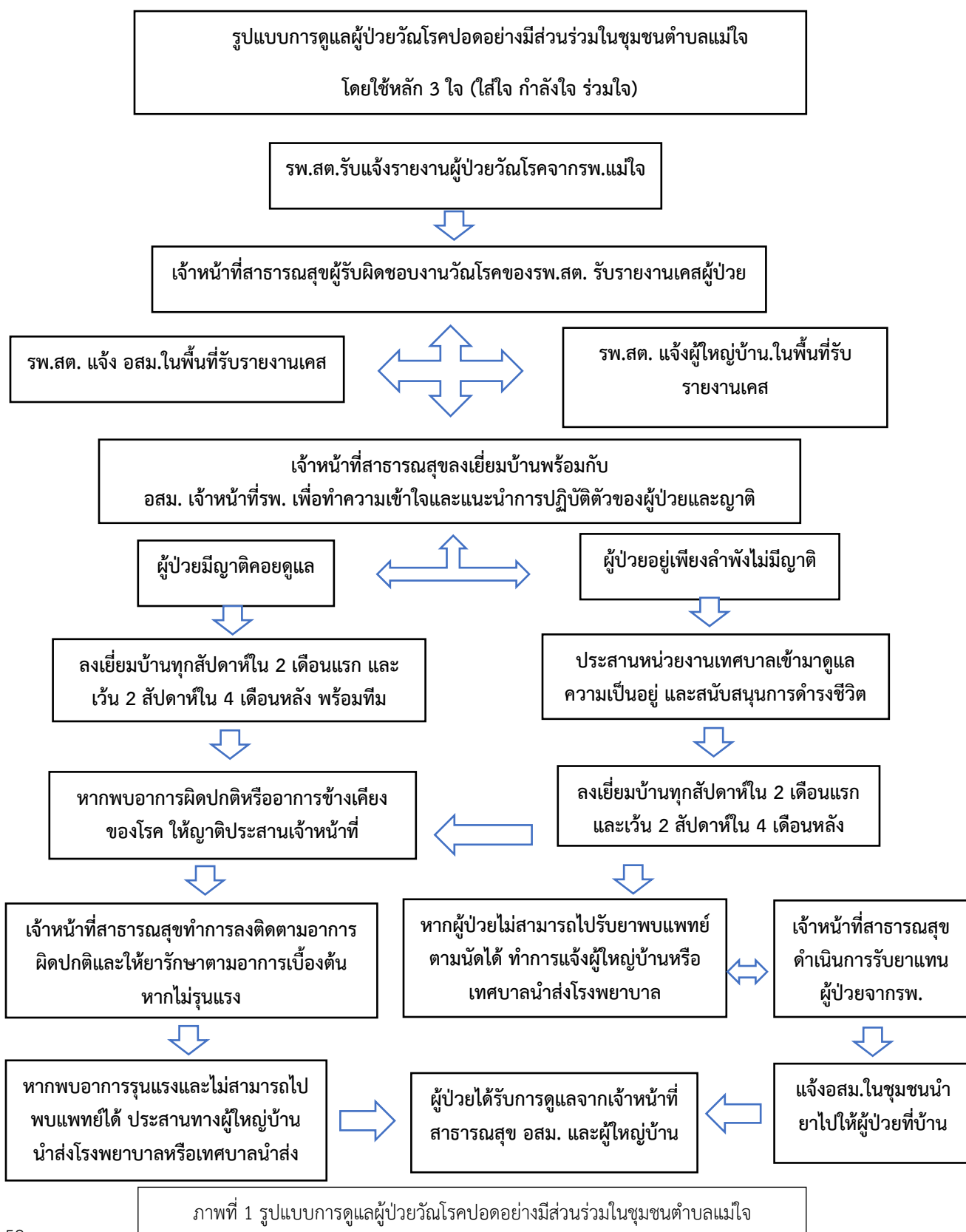
การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ และจดบันทึก โดยทำการถอดเทปข้อมูลที่ได้และจดบันทึกข้อมูล ทำการให้รหัส (Coding) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Category) และสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

จริยธรรมในการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา เอกสารรับรองเลขที่ UP-HEC 1.2/066/65 ลงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and discussion)

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ ซึ่งได้นำองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบที่สำคัญคือ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ มาเป็นตัวขับเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้พบว่า คน ได้มีการเพิ่มเจ้าหน้าที่ของทางเทศบาลตำบลแม่ใจ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคของโรงพยาบาลในการติดตามลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เงิน เกิดการมีส่วนร่วมด้านงบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ใจในส่วนกระบวนการรักษา และการจัดอบรมให้แก่ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย ในการดูแลตนเอง และงบประมาณที่ต้องได้รับจากทางเทศบาลตำบลแม่ใจเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล วัสดุอุปกรณ์ โดยต้องขอรับสนับสนุนเพิ่มเติมจากโรงพยาบาล และการจัดการ มีการแจ้งรายงานผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้นจากญาติผู้ป่วย รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่บ้านและคนในชุมชน โดยเกิดจากการที่ชุมชนได้นำรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดมาเป็นแนวทางในครั้งนี้



อภิปรายผลการศึกษา

1. ด้านคนในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยได้มีการยอมรับการรักษา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมทั้งผู้ใหญ่บ้าน ตั้งแต่ครั้งแรกเมื่อพบผู้ป่วย และทุกสัปดาห์ใน 2 เดือนแรก และทุก 2 สัปดาห์ใน 4 เดือนหลังทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจากชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมของทีมบุคลากร เช่นเดียวกับจุฬารรรณ จิตตอนและคณะ⁶ ศึกษาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น พบว่า 2 เดือนแรกมีการติดตามทุกสัปดาห์ หลังจากนั้น 4 เดือนจะติดตามเดือนละครั้ง พบว่าผู้ป่วยรับรู้การรักษาเพิ่มขึ้น และรับรู้การปฏิบัติชุมชนและอัญชลี มงกุฎทอง และคณะ⁷ ศึกษาการพัฒนาแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของ อสม. พบว่า การที่ผู้ป่วยวัณโรครักษาสำเร็จทุกรายเกิดจากการดูแลของทีมสหวิชาชีพและ อสม.ที่มีความรู้และการดูแลผู้ป่วยที่ดี

2. ด้านเงิน พบว่า งบประมาณที่ได้รับมานั้นมาจากการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้ดำเนินการสนับสนุนพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ส่วนงบประมาณในการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยระหว่างการรักษานั้นยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนเท่าที่ควร เช่นเดียวกับ พรณิกา อนุรักษากรกุล⁸ ศึกษาการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด โดยการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น และเฉวตสรร นามวาท⁹ ศึกษาความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย โดยพบว่าต้นทุนการเจ็บป่วยที่ไม่รวมการเสียชีวิต มีจำนวนสูงกว่า ร้อยละ 36 เป็นต้นทุนตรงทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ที่เหลือเป็นค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติ

3. ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการขอรับสนับสนุนอุปกรณ์ทาง

การแพทย์เพิ่มเติมจากโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงผู้มีจิตศรัทธา สำหรับเวชภัณฑ์ยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานเป็นประจำนั้น จะได้รับยาตามการรักษาที่ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พร้อมสนับสนุนยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสิ่งสนับสนุนระหว่างการรักษาจากสถานพยาบาล เช่นเดียวกับสุพัตรา สิมมาทันและชนะพล ศรีฤชา¹⁰ ศึกษาการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนได้และ ภูษิต ชันกลีกรรมและจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ¹¹ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของ อสม. จังหวัดพิษณุโลก พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของ อสม.

4. ด้านการจัดการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า การดูแลผู้ป่วยในชุมชนนั้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาตามแพทย์นัด ซึ่งเกิดจากการดำเนินงานร่วมกันของชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน เทศบาลตำบลแม่ใจ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามขั้นตอนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนที่เกิดจากการวางแผนในการดำเนินงาน และมีการประเมินติดตามผลในรูปแบบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีแนวโน้มการรักษาสำเร็จ ไม่ขาดยา ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เช่นเดียวกับดาวประกาย หย้างาม¹² การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยมีขั้นตอนประกอบด้วย การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ประเมินติดตามผลและสะท้อนผลการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลโดยเครือข่ายสุขภาพ ทำให้ไม่พบผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดยา และมีพึงพอใจกับการรับประทานยา และนิรันดร์ ถาละคร¹³ ศึกษาการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค คือเกิด

การมีส่วนร่วมในชุมชน มีภาคีเครือข่ายและการดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบที่ดี

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้กับชุมชนที่มีลักษณะของการพบผู้ป่วยวัณโรคและพบอัตราการเสียชีวิต เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีการเชื่อมโยงระหว่างบุคคล เจ้าหน้าที่ งบประมาณ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงการบริหารจัดการ ที่สามารถเกิดผลลัพธ์ในการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยได้

1.2 ควรนำเข้าสู่แผนการดำเนินงานของคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้มีการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและระบบรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2.2 จากการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการนำหน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย และโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เกิดรูปแบบในการรักษาของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน และเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดจากชุมชนอย่างสมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ อสม.ผู้ใหญ่บ้านตำบลแม่ใจ และกลุ่มประชากรผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2020). Global tuberculosis report 2020 Retrieved July 8, 2022, from https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค (2564) แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย ปี2564, ออนไลน์ สืบค้นจาก https://www.tbthailand.org/download_2565.
- กลุ่มงานวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, “รายงานสถานการณ์วัณโรค,” เอกสารรายงานสถานการณ์วัณโรค. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ, “ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค,” เอกสารทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ, “ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค,” เอกสารทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
- จุฬารัตน จิตดอน, วนิดา คุรุฤทธิ์ชัย และกมลทิพย์ ชลัทธิธรรมเนียม . “การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ,” วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 20(40) : 1-11 ; มกราคม - มิถุนายน, 2560.
- อัญชลีมิ่งกุฎทอง, เชิดพงษ์ทองสุข และแดนสรวงวรรณวงษ์สอน. “การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,” วารสารกองระบาดวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 53(8) : 110-117 ; มีนาคม, 2565.
- พรณิภา อนุรักษากรกุล. “การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ,” วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 28(1) : 195-215 ; มกราคม - เมษายน, 2563.
- โครงการวิเคราะห์ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย, ออนไลน์ สืบค้นจาก <https://www.hitap.net/research/170457>, 2565.
- สุพัตรา สิมมาทัน และชนะพล ศรีฤทธา. “การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้าน

การดูแลรักษาโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน
โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7,” วารสาร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 24(3) :
88-99 ; กันยายน - ธันวาคม, 2560.

11. ภูษิต ชันกลิ่นกรม และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. “ปัจจัย
ที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรค
ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัด
พิษณุโลก.” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสต
รมหาบัณฑิต. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร ;
2560.
12. ดาวประกาย หุ้ยงาม. “ การพัฒนารูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่าย
สุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม.”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.
มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2565.
13. นิรันดร์ ธารละคร. “การพัฒนารูปแบบในการ
ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ อำเภอท่าบ่อ
จังหวัดหนองคาย.” วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ
และการสาธารณสุขชุมชน 2(2) : 38-49 ;
กรกฎาคม - ธันวาคม, 2562.

Received: 13 Jan. 2023, Revised: 7 Mar. 2023

Accepted: 9 Mar. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา

โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม

สุภารัตน์ ลีบ่อน้อย^{1*} วรพจน์ พรหมสัตตพรต² อาภรณ์ โพธิ์ภา³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมาย เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 159 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารและหัวหน้าผู้ฝึกสอนกีฬา จำนวน 4 คน บุคลากรโค้ชผู้ฝึกสอนกีฬา จำนวน 10 คน นักเรียนในโครงการห้องเรียนกีฬาจำนวน 145 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การประเมินภาวะโภชนาการ การทดสอบสมรรถภาพทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired T-Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1. การพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬาประกอบด้วย 1) ปรับเปลี่ยนเมนูอาหารรายสัปดาห์ให้เหมาะสมตามความต้องการของร่างกายนักเรียนและให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการเสนอเมนูอาหาร 2) อบรมให้ความรู้และปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคในนักเรียน 3) แบบบันทึกการประเมินภาวะโภชนาการในนักเรียน 2. ผลของการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านบริโภคอาหารและด้านสุขภาวะทางกายก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ส่วนการทดสอบวัดองค์ประกอบด้านร่างกายก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าเส้นรอบวงของกล้ามเนื้อที่จุดกึ่งกลางแขนท่อนบนมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าการลุกนั่งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากนักเรียนยังมีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารในส่วนอื่นนอกเหนือที่โครงการจัดสรรให้และในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 จึงทำให้ประสิทธิภาพการฝึกซ้อมลดลง แต่ก็ยังแสดงให้เห็นว่าภาวะโภชนาการและสมรรถภาพทางกายมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ผลของการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาบูรณาการในการพัฒนาร่วมกับหลักสูตรการเรียนการสอนของห้องเรียนกีฬา เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของนักเรียนห้องเรียนกีฬาต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการโภชนาการ, โภชนาการกีฬา, ภาวะโภชนาการ

¹ นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: suparatlee2536@gmail.com

*Original Article***Improvements in Nutritional Management for Sports Program Students at Sarakhampittayakhom School, Mahasarakham**Suparat Leebornoi ^{1*} Vorapoj Promasatayaprot ² Arporn Popa³**Abstract**

This experimental research aimed to investigate the improvements in nutritional management for sports program students at Sarakhampittayakhom School. The purposive sampling method was used to select 159 participants for the study. The participants were divided into three groups: directors and sport head coaches (4 participants), sports coaches (10 participants), and sports program students (145 participants). Data were collected from a nutritional evaluation questionnaire and physical performance tests. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test, while qualitative data were analyzed with content analysis. The results are divided into two parts. 1. The improvements in nutritional management for sports program students consisted of 1) changing the weekly food menus to suit the needs of the students' bodies and allowing students to suggest menus; 2) training to educate and adjust consumption behavior; and 3) record form for evaluating nutritional status in students. 2. As a result of improving nutritional management for sports program students, the levels of health behaviors in food consumption and physical health before and after participating in the activities were not different. For the body composition test before and after the activity, it was found that the muscle circumference at the midline of the forearm was different at a statistically significant level ($p < 0.05$). In addition, physical fitness tests before and after participating in activities It was found that sit-up was different at a statistically significant level ($p < 0.05$). This was because students chose food other than the diet the program prepared. In addition, the study was conducted during the COVID-19 pandemic when training efficiency was lower than usual. Despite these limitations, the results still suggested that nutritional status and physical performance showed signs of improvement. Therefore, the results of nutritional management improvements for sports program students in this research can be integrated with the development of the curriculum of the sports program to promote the physical fitness of sports program students in the future.

Keywords: nutritional management, sports nutrition, nutritional status¹ Graduate Student, Master of Public Health, Mahasarakham University² Assoc Prof. at the Faculty of Public Health, Mahasarakham University³ Asst Prof. at the Faculty of Education Mahasarakham University

* Corresponding author: suparatlee2536@gmail.com

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จึงต้องได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการเพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของร่างกาย และสร้างพลังงานสำหรับประกอบกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน แต่ในปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งนี้เป็นเพราะสภาพสังคม วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้น¹ จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยปี 2556 ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ² ได้ดำเนินการสำรวจทุก 4 ปี พบว่ากลุ่มวัยเด็กอายุ 6-14 ปี มีสัดส่วนการบริโภคอาหารครบ 3 มื้อ ถึงร้อยละ 92.70 และเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 86.70 อย่างไรก็ตามกลุ่มเด็กและเยาวชนเหล่านี้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักมากกว่า 3 มื้อ และนิยมบริโภคกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง 1-2 วันต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 48.10 รวมทั้งนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปสูงถึงร้อยละ 52.20 ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนและส่งผลเสียต่อสุขภาพ การซื้ออาหารที่ไม่ได้ปรุงขึ้นเองนั้นอาหารมักมีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในปริมาณค่อนข้างสูง โดยกลุ่มอายุน้อย ๆ จะรับประทานผักและผลไม้ไม่บ่อยแต่รับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วนและดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม น้ำหวานมากกว่ากลุ่มอายุที่มากขึ้น³ นอกจากนี้กระแสสื่อสังคมออนไลน์ (social media) ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น ซึ่งปัจจุบันสื่อโฆษณาในประเทศไทยมีแนวโน้มเป็นที่นิยมมากขึ้น อาหารเสริมและอาหารสำเร็จรูปจึงเป็นสินค้าที่เป็นที่ต้องการและหาซื้อได้ง่ายโดยผ่านสื่อโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต เป็นที่ถูกใจคนทุกเพศทุกวัยโดยเฉพาะวัยรุ่นให้หันมาใช้สินค้าและเลือกบริโภคอาหาร³

ซึ่งในแต่ละวันวัยรุ่นและในวัยรุ่นที่เล่นกีฬา มีความต้องการพลังงานสูงเป็นพิเศษ (วิทยาภา, 2557) ดังนั้นการได้รับพลังงานและสารอาหารที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายระบบ เกิดภาวะทุพโภชนาการ ถ้าได้รับมากเกินไปความต้องการจะทำให้เกิดโรคอ้วนหรือมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน หรือถ้าได้รับน้อยเกินไปจะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร⁴ ในวัยรุ่นที่เล่นกีฬาอาจส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโต สมรรถภาพทางการกีฬาได้ ในการฝึกซ้อมกีฬาหรือการแข่งขัน

กีฬานั้นจะต้องอาศัยพลังงาน และพลังงานที่ใช้จะได้อาจมาจากสารอาหารชนิดต่าง ๆ ที่บริโภค โดยสารอาหารต่าง ๆ เหล่านี้มีประโยชน์และข้อจำกัดในการสร้างพลังงานเฉพาะแตกต่างกันออกไป (วิทยาภา, 2557) ซึ่งจะต้องบริโภคสารอาหารแต่ละชนิดให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายด้วย ดังนั้นนักกีฬาควรได้รับพลังงานและสารอาหารซึ่งได้แก่คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน แกลีโธร่ง วิตามินและน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง และมีสมรรถภาพทางการที่ดี⁵

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการด้านโภชนาการสำหรับนักเรียนกีฬาโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมด้านโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับนักเรียน โดยศึกษาสถานการณ์สภาพปัจจุบันด้านการจัดการโภชนาการให้ตรงความต้องการที่เหมาะสมกับนักเรียน ส่งผลให้ภาวะโภชนาการของนักเรียนดีขึ้น เนื่องจากการบริโภคอาหารที่ผิดหลักโภชนาการและการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในช่วงการฝึกซ้อมจะมีผลต่อสมรรถภาพทางกาย โดยข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อนักโภชนาการ และผู้ฝึกสอนกีฬาในการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงสมรรถภาพทางกายของนักเรียนแต่ละคน โดยเฉพาะนักเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ เพื่อให้ผู้ฝึกสอนดูแลและเฝ้าระวังเรื่องการรับประทานอาหารและนักโภชนาการในการกำหนดตารางการบริโภคอาหาร เพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สาเหตุ แนวทางการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการ

ห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc.Taggart⁶ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 159 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้บริหารและหัวหน้าผู้ฝึกสอนกีฬา จำนวน 4 คน 2) บุคลากรโค้ชผู้ฝึกสอนกีฬา จำนวน 10 คน 3) นักเรียนในโครงการห้องเรียนกีฬา จำนวน 145 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นนักเรียนในโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม 2) เป็นผู้บริหารและโค้ชผู้ฝึกสอนให้กับนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย 3) ยินยอมให้เก็บข้อมูล จนกว่าจะเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) เสียชีวิต ลาออก ย้ายงาน ย้ายสถานศึกษาไปแห่งอื่น ในระหว่างการศึกษาวิจัย 2) ไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลในระหว่างการศึกษาวิจัย การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 158-155/2565 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกการประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย ข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด ระดับการศึกษา จังหวัดของที่ตั้ง

สถานศึกษา จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและสุขภาพทางกาย จำนวน 27 ข้อ

1.2 แบบประเมินวัดองค์ประกอบร่างกาย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 4 แบบ ได้แก่ 1) แบบสังเกตการณ์กระบวนการวิจัย 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกการประเมินผลการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัย 4) แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก

แบบสอบถามสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และปรับปรุงจากแบบสอบถามของงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน และเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน และปรับปรุงแบบสอบถามก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล ได้ค่า IOC = 0.90 ค่า Cronbach's Alpha Coefficient = 0.90

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนปฏิบัติการของประชากรและกลุ่มเป้าหมาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะโภชนาการ ตลอดจนศึกษาปัญหาและความต้องการด้านโภชนาการ

1.1 การมีส่วนร่วมจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มย่อย/เก็บข้อมูลจากประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคจากแบบสอบถาม ประเมินภาวะโภชนาการจากการวัดองค์ประกอบร่างกาย และทดสอบสมรรถภาพทางกายกับกลุ่มนักเรียน ก่อนการวิจัย

1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สร้างความรู้ ความเข้าใจในการศึกษาวิจัย และร่วมกำหนดแนวทาง จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

2. การปฏิบัติ (Action)

2.1 ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) โดยมีกรอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม โภชนาการกับการ

รับประทานอาหารอย่างเหมาะสมตามวัย และการรับประทานเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย

3. การสังเกตการณ์พัฒนา (Observation)

3.1 สังเกตและติดตามกระบวนการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียน

3.2 ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคจากแบบสอบถาม ประเมินภาวะโภชนาการจากการวัดองค์ประกอบร่างกาย และทดสอบสมรรถภาพทางกายกับกลุ่มนักเรียน หลังการวิจัย

4. สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

4.1 สรุปปัญหา อุปสรรค คืบข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน และถอดบทเรียนระยะเวลาในการเก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลังด้วย Paired T-Test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. บริบท สาเหตุ แนวทางการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 159 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4 เพศหญิง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 โดยจำแนกได้ ดังนี้

1.1 บริบทพื้นที่ที่ศึกษา คือ โครงการห้องเรียนกีฬาโรงเรียนสารคามพิทยาคม หน่วยงานสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ มีหน้าที่ในการจัดการเรียนการสอนและฝึกนักเรียนให้เป็นนักกีฬามืออาชีพต่อไป หลังจบการศึกษาจากโรงเรียน พัฒนาความรู้และทักษะด้านการกีฬา โดยมีผู้ฝึกสอนที่มีประสบการณ์ระดับชาติและนานาชาติ มีการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์การกีฬาด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย ตลอดจนมีหอพักนอนและสถานที่ฝึกซ้อมกีฬาไว้รองรับ ทั้งนี้

เมื่อจบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจะได้รับสิทธิ์ในการเรียนต่อสถาบันพลศึกษาในระดับปริญญาตรี

1.2 บริบทจากการจัดการด้านโภชนาการในโครงการห้องเรียนกีฬาของผู้บริหารโครงการและหัวหน้า ผู้ควบคุมการฝึกซ้อม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 กลุ่มบุคลากรผู้ฝึกสอนกีฬาในห้องเรียนกีฬาจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 มีลักษณะงานคือการแบ่งหน้าที่ในการรับผิดชอบตามหน่วยงานของตนเอง ดำเนินงานตามแผนการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันในแต่ละหน้าที่ ไม่มีห้องทำงาน ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานภายนอกตัวอาคาร สนามกีฬา โรงยิม ขาดการติดต่อประสานงานไม่สม่ำเสมอ ประสานงานกันระหว่างเพื่อนร่วมงานน้อยครั้ง เนื่องจากช่องทางการติดต่อน้อย ต้องอาศัยการนัดพบจากหัวหน้างาน นัดหมายประชุม หรือใช้เพียงโทรศัพท์ในการติดต่อประสานงานในแต่ละครั้ง และระยะเวลาการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแผนการฝึกซ้อมของโค้ชผู้ดูแลในแต่ละวัน และแยกฝึกซ้อมตามแต่ละรุ่นอายุ เวลาทำงานจึงต่างกัน การมีส่วนร่วมของบุคลากรในโครงการจึงน้อยและยังขาดการกำกับดูแล โดยแบ่งงานกันต่างทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในแต่ละตำแหน่ง ส่วนบริบทในการจัดการด้านโภชนาการจะอยู่กับนักโภชนาการคนเดียวทั้งหมด จึงต้องมีแบบแผนในการดำเนินงาน เพื่อที่จะพัฒนางานและประสานงาน และสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นให้พัฒนาได้อย่างครอบคลุม

1.3 บริบทนักเรียนในโครงการห้องเรียนกีฬา จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 91.2 เป็นนักเรียนเพศชาย จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 75.9 และนักเรียนเพศหญิง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 24.1 ประชากรนักเรียน แบ่งตามช่วงอายุ 13 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 14 ปี และ 15 ปี จำนวนเท่ากัน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 16 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 ส่วนน้อยที่สุดคือ ช่วงอายุ 17 ปี และ 18 ปี จำนวนเท่ากัน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 ผลการวัดภาวะโภชนาการ จากค่าดัชนีมวลกายของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ยังมีพบว่ามีนักเรียนหญิงวอลเลย์บอลชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบอยู่ในกลุ่มท้วม มีค่า BMI เฉลี่ย 23.37 และการทดสอบสมรรถภาพทางกาย เรื่องความอ่อนตัว

พบว่าค่าเฉลี่ยต่ำสุดเพียงแค่ 2 เซนติเมตร และยังพบว่ายังมีผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป็นส่วนมาก เนื่องจากเกณฑ์ต่ำสุดของผู้ที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไปคือ เพศชาย 18 เซนติเมตร ลงมาเพศหญิง 15 เซนติเมตร การทดสอบค้นพบจำนวนครั้งที่ทำได้น้อยที่สุดคือ 5 ครั้ง ถือว่ายังมีผู้ไม่ผ่านตามเกณฑ์ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป การทดสอบลูกนั่งจำนวนครั้งที่ทำได้น้อยที่สุดคือ 28 ครั้ง ถือว่าผ่านเกณฑ์ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป การทดสอบยืนยกเข่า พบว่าจำนวนครั้งที่ทำได้น้อยที่สุดคือ 105 ครั้งถือว่าผ่านเกณฑ์ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป และรายการทดสอบวิ่ง 1,000 เมตร มีผู้ที่ทำเวลาได้มากที่สุดคือ 5.34 นาที ถือว่าอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์มาตรฐาน ของเพศหญิงและชายที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป ระดับพฤติกรรมด้านบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ย 2.81 อยู่ในระดับค่อนข้างดี และด้านสุขภาวะทางกายมีค่าเฉลี่ย 2.81 อยู่ในระดับค่อนข้างดี

ผลการประเมินการจัดการด้านโภชนาการในโครงการโรงเรียนกีฬา พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่แล้วเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียน ที่เกี่ยวข้องจากหลายปัจจัย พฤติกรรมการเลือกรับประทานรับประทานอาหารประเภททอด ไขมันสูง น้ำอัดลมเป็นประจำ ขาดความรู้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหาร จึงประเมินผลจากพฤติกรรมการบริโภคจากพฤติกรรมการปฏิบัติต่อสัปดาห์ พบว่า อยู่ในระดับปรับปรุงและพอใช้เป็นส่วนใหญ่ และยังพบนักเรียนที่เลือกรับประทานไม่เหมาะสม จากผลการประเมินภาวะโภชนาการนักเรียน พบว่านักเรียนที่มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับ ท้วม ควรต้องได้รับการแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงเป็นปัญหาในการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียน ต้องมีการพัฒนาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โดยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ทำแบบบันทึกตรวจติดตามการรับประทานอาหาร 3 มื้อ กิจกรรมให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม สาธิตด้วยสื่อการสอนจากโมเดลอาหาร และการสนทนากลุ่มโดยให้ทำกิจกรรมร่วมแบบกลุ่มโดยการเสนอความคิดเห็นและ

ให้เป็นแบบแผนงานกลุ่ม ปรับเมนูอาหารให้พลังงานอย่างเหมาะสมจากข้อมูลสมรรถภาพที่ทำการทดสอบและติดตามประเมินผลจากแบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหารผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19

สรุปประเด็นสนทนา คือ การพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬาโรงเรียนสารคามพิทยาคม ประสพการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จ และอุปสรรคดังกล่าวที่ว่า “ต้องการให้เพิ่มความหลากหลายให้กับเมนูอาหาร และให้เพียงพอกับความต้องการในแต่ละช่วงการแข่งขัน เพิ่มอาหารเสริมเพื่อให้นักเรียนได้เลือกทาน ไม่จำเจ เหมาะสมกับแต่ละมื้อที่ควรทาน พร้อมด้วยปริมาณที่เพียงพอต่อมือนั้น ๆ”

แนวทางการแก้ไขในกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะว่าให้ติดตามการรับประทานอาหารทุกมื้อของนักเรียน เพื่อสังเกตพฤติกรรมและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม การจัดการด้านร้านอาหาร นักโภชนาการควรเพิ่มการตรวจเช็คก่อนเริ่มให้นักเรียนรับประทานอาหาร เพื่อให้ให้นักเรียนได้อาหารคุณภาพที่ดีที่สุด และจัดการรายการอาหารให้ถูกต้องเหมาะสม เมนูที่หลากหลาย สด สะอาด ให้นักเรียนรับประทานได้ตามปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน

โดยสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการเป็นรูปแบบการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา ได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

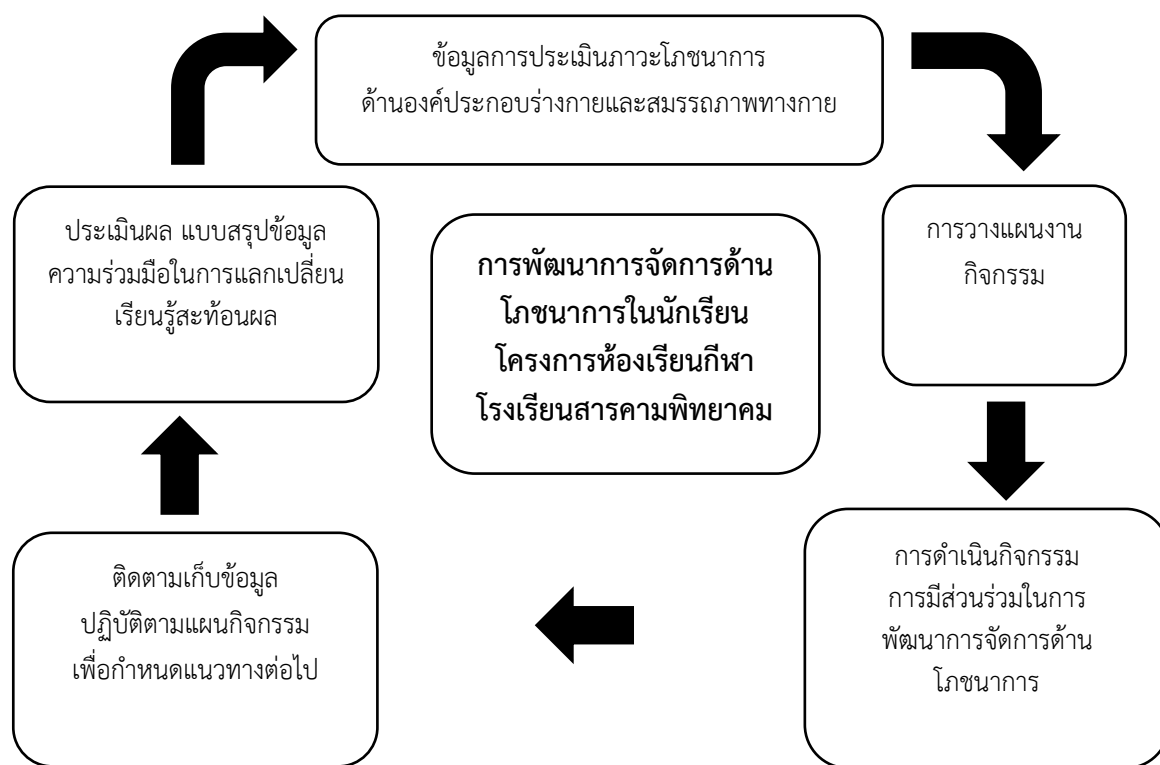
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้การยอมรับ และให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัย รวมทั้งศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของห้องเรียนกีฬา

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน โดยมีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มร่วมกับทีมผู้ทำงานร่วม (โค้ชผู้ฝึกสอนและหัวหน้าผู้ฝึกสอน) ทำแบบบันทึกตรวจติดตามการรับประทานอาหาร 3 มื้อของนักเรียนทำแบบสอบถามพฤติกรรม การรับประทานอาหารตามความถี่ และทดสอบสมรรถภาพทางกาย เพื่อทำความเข้าใจ ปัญหา

อุปสรรคของโค้ชผู้ฝึกสอน หัวหน้าผู้ฝึกสอน และนักเรียนแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของห้องเรียนกีฬา ตรงกับความต้องการนักเรียน ตามรูปแบบที่กลุ่มกำหนด ได้แก่ 1) จัดกิจกรรมให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม (ให้ความรู้และมีการถามตอบ) 2) สาธิตด้วยสื่อการสอนจาก โมเดลอาหารและให้ทำกิจกรรมร่วมแบบกลุ่มโดยการเสนอความคิดเห็นและให้เป็นแบบแผนงานกลุ่ม 3) ปรับเมนูอาหารให้พลังงานอย่างเหมาะสมจากข้อมูลสมรรถภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุง โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายเปรียบเทียบกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินหรือสะท้อนกลับผลการปฏิบัติ ตลอดจนวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยใช้การสนทนากลุ่มเพื่อประเมินผลและหาข้อสรุปร่วมกันเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการเป็นรูปแบบการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬาโรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬาโรงเรียนสารคามพิทยาคม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียน โครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม คือ การพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียน

โครงการห้องเรียนกีฬา โดยมีการนำข้อมูลแบบสอบถาม และความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์และผลการประเมินภาวะโภชนาการจากการวัดองค์ประกอบร่างกาย และผลการทดสอบ

สมรรถภาพทางกายของนักเรียนในโครงการห้องเรียนกีฬา มาเป็นข้อมูลประกอบในการค้นหาปัญหาการจัดการด้านโภชนาการ ร่วมกับการ เสนอปัญหาของผู้ร่วมวิจัย ร่วมสรุปประเด็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และหาแนวทางแก้ไข ตลอดจนร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาแล้ววางแผนงานกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการตามแผนงานกิจกรรม ซึ่งมีการสื่อสารที่มีศักยภาพ และความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกันในโครงการของผู้ร่วมวิจัย ทำให้เกิดสนใจเข้าร่วมงานวิจัยด้วยคำนึงถึงการร่วมวิจัยนี้ส่งผลดีต่อนักเรียนในโครงการและเป็นประโยชน์ต่อแนวทางในการพัฒนางาน ผู้วิจัยมีแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

โดยยึดแนวทางการประเมินภาวะโภชนาการที่ได้จัดเก็บข้อมูล รวมถึงหลักโภชนาการที่จะใช้ในการพัฒนางาน และติดตามและประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้สะท้อนปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

ผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม

สำหรับผลลัพธ์ที่เกิดจากรูปแบบการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม พบว่าพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมทางด้านสุขภาวะทางกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านบริโภคอาหารและด้านสุขภาวะ (n=145)

รายการ		Mean	S.D.	ระดับพฤติกรรม	t	p-value
ก่อนกิจกรรม	ด้านบริโภคอาหาร	2.81	0.27	ค่อนข้างดี	4.14	0.690
หลังกิจกรรม	ด้านบริโภคอาหาร	3.85	0.15	ดี		
ก่อนกิจกรรม	ด้านสุขภาวะทางกาย	2.80	0.24	ค่อนข้างดี	1.67	0.057
หลังกิจกรรม	ด้านสุขภาวะทางกาย	3.87	0.20	ดี		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการทดสอบวัดองค์ประกอบด้านร่างกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าเส้นรอบวงของกล้ามเนื้อที่จุดกึ่งกลางแขนท่อนบนมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าการลุกนั่งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลัง มาตรฐานวัดองค์ประกอบด้านร่างกาย (n=145)

รายการ	องค์ประกอบร่างกาย				t	p-value
	ก่อนกิจกรรม		หลังกิจกรรม			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.น้ำหนัก (กก.)	59	7.96	58.9	7.29	2.053	0.420
2.ส่วนสูง (ซม.)	167	6.46	169	6.57	2.588	0.782
3.ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	20	2.09	20.7	2.15	7.18	0.643
4. เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย	9.4	6.62	9	6.27	7.225	0.549
5.ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง	21	6.5	20.2	6.8	9.128	0.736
6.เส้นรอบวงของจุดกึ่งกลาง แขนท่อนบน (มม.)	28.3	1.33	27.9	1.44	2.964	0.206
7.เส้นรอบวงของกล้ามเนื้อที่จุด กึ่งกลางแขนท่อนบน (มม.)	17.9	4.66	8.7	4.78	7.02	0.020*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลัง มาตรฐานทดสอบสมรรถภาพทางกาย (n=145)

รายการทดสอบ	สมรรถภาพทางกาย				t	p-value
	ก่อนกิจกรรม		หลังกิจกรรม			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.นั่งงอตัวไปข้างหน้า (ซม.)	13.7	5.43	14.3	05.4	3.16	0.35
2.ดันพื้น (ครั้ง)	20	6.57	23	6.50	2.97	0.06
3.ลุกนั่ง (ครั้ง)	43	6.96	46	6.77	2.98	0.01*
4.ยืนยกเข่าขึ้นลง (ครั้ง)	152	14.5	156	14.7	3.47	0.67
5.วิ่งระยะไกล 1,000 (นาที)	4.07	0.46	3.99	0.46	0.76	0.55

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

1. บริบท สาเหตุ แนวทางการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม

1.1 บริบทจากการจัดการด้านโภชนาการในโครงการห้องเรียนกีฬาของผู้บริหารโครงการและหัวหน้าผู้ควบคุมการฝึกซ้อม บุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการจัดการด้านโภชนาการ ต้องสื่อสารและระดมความคิดเห็นในการที่จะพัฒนาการจัดการโภชนาการให้ดีขึ้นได้ โดยการหาความเชื่อมโยงของการจัดการให้ครอบคลุม ข้อมูลจากตัวนักเรียน ข้อมูลจากโค้ชผู้ฝึกสอน และผู้บริหารโครงการ ให้ความเข้าใจและเป้าหมายไปในแนวทางเดียวกัน ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหาและแนวทางในการพัฒนาสมรรถภาพของนักเรียน และนักเรียนก็มีพัฒนาการและพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยมีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรมที่จะจัดขึ้นเพื่อพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนกีฬา 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยกับโค้ชผู้ดูแลและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหาร เพื่อให้ได้ข้อมูลแนวทางในการแก้ไขและแนวทางการพัฒนา 2) กิจกรรมเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบทดสอบด้านสมรรถภาพ วัดสัดส่วนร่างกาย แนะนำการพัฒนาสมรรถภาพทางกาย 3) กิจกรรมอบรมให้ความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มสมรรถภาพ ที่จะจัดขึ้นให้เพื่อพัฒนาความเข้าใจให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการบริโภค ซึ่งมีกิจกรรมแบ่งเพิ่มเติม คือ สานิตด้วยสื่อการสอนจาก โมเดลอาหาร และให้ทำกิจกรรมร่วมแบบกลุ่มโดยการเสนอความคิดเห็นและให้เป็นแบบแผนงานกลุ่ม บันทึกตรวจ

ติดตามการรับประทานอาหาร 3 มื้อของนักเรียน เพื่อให้ให้นักเรียนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้ดียิ่งขึ้น และเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน⁷ พบว่ารูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน 2) การวางแผน 3) การปฏิบัติ และ 4) การพัฒนาและปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพกเฉลี่ย หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องแนวทางการปรับปรุงการจัดการอาหารในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา⁸ พบว่าแนวทางในการจัดการอาหารโดยเน้นให้นักเรียนได้รับประทานอาหารครบถ้วน ตามหลักโภชนาการโดยรักษาการจัดการด้านสุขลักษณะที่ดี จัดอาหารให้น่ารับประทาน และมีรูปแบบที่ทันสมัย ปรับปรุงจำนวนเมนูอาหารให้เหมาะสม รวมทั้งปลูกฝังลักษณะนิสัย มารยาทในการรับประทานอาหาร ตลอดจนพฤติกรรมด้านสุขลักษณะที่ดีในการบริโภคอาหารแก่นักเรียน เพื่อให้นักเรียนมีการเจริญเติบโตที่สมวัย และมีพฤติกรรมรับประทานที่ดี และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและอาหารเสริมของนักกีฬาจักรยาน จังหวัดเชียงใหม่⁹ ที่พบว่าระดับความต้องการพลังงานของนักกีฬาแต่ละคนนั้นจะแตกต่างกันไปตามเพศ อายุ น้ำหนักตัว และระดับความหนักของการ ฝึกซ้อมหรือการแข่งขัน สำหรับนักกีฬานั้นในแต่ละประเภทของการแข่งขันก็มีส่วนสัมพันธ์กับพลังงานที่ร่างกายต้องการ และพบว่า

ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการโภชนาการของนักกีฬานั้นอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการวางแผนโภชนาการสำหรับนักกีฬาเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในเรื่องโภชนาการให้มากขึ้น

1.2 บริบทนักเรียนในโครงการห้องเรียนกีฬา นักเรียนในโครงการจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 91.2 เป็นนักเรียนเพศชาย จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 75.9 และนักเรียนเพศหญิงจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 24.1 ประชากรนักเรียน แบ่งตามช่วงอายุ 13 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 14 ปี และ 15 ปี จำนวนเท่ากัน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 16 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 ส่วนน้อยที่สุดคือ ช่วงอายุ 17 ปี และ 18 ปี จำนวนเท่ากัน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 ผลการวัดภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกายของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ยังมีพบว่ามีนักเรียนหญิงวอลเลย์บอลชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบอยู่ในกลุ่มท้วม มีค่า BMI เฉลี่ย 23.37 และการทดสอบสมรรถภาพทางกาย เรื่องความอ่อนตัว พบว่าค่าเฉลี่ยต่ำสุดเพียงแค่ 2 เซนติเมตร และยังมีผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป็นส่วนมาก เนื่องจากเกณฑ์ต่ำสุดของผู้ที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไปคือ เพศชาย 18 เซนติเมตร ลงมา เพศหญิง 15 เซนติเมตร การทดสอบดันพื้นพบจำนวนครั้งที่ทำได้น้อยที่สุดคือ 5 ครั้ง ถือว่ายังมีผู้ไม่ผ่านตามเกณฑ์ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป การทดสอบลูกนั่งจำนวนครั้งที่ทำได้น้อยที่สุดคือ 28 ครั้ง ถือว่าผ่านเกณฑ์ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป การทดสอบยืนยกเข่า พบว่าจำนวนครั้งที่ทำได้น้อยที่สุดคือ 105 ครั้งถือว่าผ่านเกณฑ์ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป และรายการทดสอบวิ่ง 1,000 เมตร มีผู้ที่ทำเวลาได้มากที่สุดคือ 5.34 นาที ถือว่าอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์มาตรฐานของเพศหญิงและชายที่มีอายุ 13 ปี ขึ้นไป ระดับพฤติกรรมด้านบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ย 2.81 อยู่ในระดับค่อนข้างดี และด้านสุขภาวะทางกาย มีค่าเฉลี่ย 2.81 อยู่ในระดับค่อนข้างดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังมีสุขภาพแข็งแรงดี และยังไม่เกิดโรค ทำให้การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยจึงทำให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับค่อนข้างดี¹⁰ และยังสามารถคล้อยกับงานวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของนิสิตคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา ที่

พบว่าเมื่อพิจารณาภาวะโภชนาการ โดยใช้ค่าดัชนีมวลกายร่วมกับเปอร์เซ็นต์ไขมัน นิสิตส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการ คือ เพศ แหล่งอาหาร และจำนวนมื้ออาหาร โดยเพศชายมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกิน มากกว่าเพศหญิง การซื้ออาหารจากตลาดนัดมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกิน มากกว่าการซื้อจากแหล่งอื่น และการรับประทานอาหารตั้งแต่ 3 มื้อขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกิน น้อยกว่าการ รับประทานอาหารน้อยกว่า 3 มื้อ การศึกษามีข้อเสนอแนะ ว่าควรออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้การสอนเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง โดยให้ความสำคัญกับนิสัยเพศชาย การเลือกซื้ออาหารที่ถูกหลักโภชนาการ จากแหล่งต่างๆ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ทั้งนี้เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของนิสิตที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมในอนาคตต่อไป จึงควรมีการวางแผนในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ทราบถึงภาวะโภชนาการ และขึ้นสะท้อนผลหลังจากจัดกิจกรรมให้กับนักเรียน

2. รูปแบบการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม กระบวนการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม ทำให้ทราบถึงปัญหาที่ผ่านมาของพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา ขั้นตอนในการจัดการรายการเมนูอาหารให้เหมาะสมเพียงพอกับพลังงานที่ควรได้รับของนักเรียน และค้นหาปัญหาจากปัจจัยอื่น พบว่าพฤติกรรมการบริโภคก่อนการเข้าร่วมวิจัยยังไม่เหมาะสม พบนักเรียนที่อยู่ในเกณฑ์ท้วม นักเรียนยังขาดความรู้ในเรื่องของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และสำหรับในแต่ละช่วงของฤดูกาลแข่งขันยังรับประทานได้ไม่ตรงตามความเหมาะสมที่นักโภชนาการกำหนด และการขาดการกำกับดูแลของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการจัดการด้านโภชนาการ และยังไม่มีการกำหนดที่ชัดเจนถึงการวัดและประเมินผลการจัดการด้านโภชนาการ เพื่อรับทราบและสร้างความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของกระบวนการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการใน

นักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม คือ บุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการจัดการด้านโภชนาการ ต้องสื่อสารและระดมความคิดเห็นในการที่จะพัฒนาการจัดการโภชนาการการให้ดีขึ้นได้ โดยการหาความเชื่อมโยงของการจัดการให้ครอบคลุม ข้อมูลจากตัวนักเรียน ข้อมูลจากโค้ชผู้ฝึกสอน และผู้บริหารโครงการ ให้ความเข้าใจและเป้าหมายไปในแนวทางเดียวกัน ที่โค้ชก็ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหาและแนวทางในการพัฒนาสมรรถภาพของนักเรียน และนักเรียนก็มีพัฒนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยมีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรมที่จะจัดขึ้นเพื่อการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนกีฬา

จึงได้สรุปรูปแบบในการปฏิบัติ 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยกับโค้ชผู้ดูแลและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหาร เพื่อให้ได้ข้อมูลแนวทางในการแก้ไขและแนวทางการพัฒนา 2) กิจกรรมเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบทดสอบด้านสมรรถภาพ วัดสัดส่วนร่างกาย แนะนำการพัฒนาสมรรถภาพทางกาย 3) กิจกรรมอบรมให้ความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มสมรรถภาพ ที่จะจัดขึ้นให้เพื่อพัฒนาด้านความเข้าใจให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการบริโภค ซึ่งมีกิจกรรมแบ่งเพิ่มเติม คือ สาธิตด้วยสื่อการสอนจากโมเดลอาหาร และให้ทำกิจกรรมร่วมแบบกลุ่มโดยการเสนอความคิดเห็นและให้เป็นแบบแผนงานกลุ่มบันทึกตรวจติดตามการรับประทานอาหาร 3 มื้อของนักเรียน เพื่อให้ให้นักเรียนได้ปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้ดียิ่งขึ้นและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน⁷ พบว่ารูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน 2) การวางแผน 3) การปฏิบัติ และ 4) การพัฒนาและปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพกเฉลี่ย หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยตามลำดับ

3. ผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการในนักเรียนโครงการห้องเรียน

กีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม พบว่าพฤติกรรมกรรมการด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการด้านสุขภาวะทางกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 ทำให้มีปัญหาการรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล ได้รับสารอาหารบางอย่างไม่เพียงพอ เกินหรือผิดสัดส่วน โดยเฉพาะในช่วงต้องเรียนออนไลน์ มีการสั่งอาหารเดลิเวอรี่หรือออกไปนั่งกินในร้านอยู่บ้าง ซึ่งการสั่งอาหารเดลิเวอรี่ มีความยากมากที่จะสั่งอาหารที่มียอดประกอบของสารอาหารครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผักและผลไม้ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง โปรตีนสูง คาร์โบไฮเดรตสูง กลุ่มอาหารทอด บางครั้งนอนดึก สั่งอาหารเดลิเวอรี่หลัง 2 ทุ่ม ซึ่งเป็นร้านชื่อดังตามกระแสสื่อสังคมออนไลน์ พวกโก๋ทอดหรือพิซซ่าจะส่งผลให้มีภาวะอ้วนมากขึ้น¹¹ ส่วนผลการทดสอบวัดองค์ประกอบด้านร่างกายก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าเส้นรอบวงของกล้ามเนื้อที่จุดกึ่งกลางแขนท่อนบนมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าการลุกนั่งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของนิสิตคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา¹² ที่พบว่าเมื่อพิจารณาภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกายร่วมกับเปอร์เซ็นต์ไขมัน นิสิตส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ และพบนิสิตที่มีภาวะโภชนาการเกิน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการ คือ เพศ แหล่งอาหาร และจำนวนมื้ออาหาร โดยเพศชายมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าเพศหญิง การซื้ออาหารจากตลาดนัดที่สะดวกมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกินมากกว่า ควรออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง โดยให้ความสำคัญกับนิสิตเพศชายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ทั้งนี้เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคของนิสิตที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬาที่มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
2. ควรมีการทำวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อทดสอบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนโครงการห้องเรียนกีฬา เพื่อป้องกันภาวะผอม น้ำหนักตัวเกินหรือโรคอ้วนในโรงเรียน เพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านภาวะโภชนาการ ได้แก่ พฤติกรรมการด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการด้านสุขภาวะทางกาย การทดสอบวัดองค์ประกอบด้านร่างกาย การทดสอบสมรรถภาพทางกายต่อไป
3. ควรมีการติดตามเก็บข้อมูลเป็นสถิติเปรียบเทียบในการวัดผลจากแบบทดสอบรวมกับการประเมินผลการพัฒนาการจัดการด้านโภชนาการของนักเรียน เพื่อสร้างแนวทางเป็นหัวข้อวิจัยจากการพัฒนางานต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียน บุคลากรโครงการห้องเรียนกีฬา รวมถึงนักเรียนในโครงการห้องเรียนกีฬา โรงเรียนสารคามพิทยาคม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการใช้พื้นที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลและให้ความกรุณาในการตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น และตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งเข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา และงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากเงินอุดหนุนการวิจัย จากงบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2565 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอขอบพระคุณที่ให้ทุนในการสนับสนุนงานวิจัยนี้จึงสำเร็จได้อย่างลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุลัดดา พงษ์อุทธา และวาทีณี คุณเผือก. อาหารและโภชนาการในประเทศไทย: เราอยู่ตรงจุดใดในปัจจุบัน (รายงานประจำปี). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2556.

กรุงเทพ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2557.

3. ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และวรางคณา อุดมทรัพย์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 28(1): 122-128; มกราคม-มิถุนายน, 2560.
4. อติชา สังขะทิพย์ และสุลาลี โลวีกรณ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในตำบลกุดปลาตุก อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 19(1): 178-189; มกราคม-เมษายน, 2560.
5. วิชยาภา เอี่ยมสว่าง, จิรนนท์ แก้วกล้า, กฤตกรณ ประทุมวงษ์ และเอกราช บำรุงพิชน์. การได้รับพลังงานและสารอาหารของนักเรียนในโรงเรียนกีฬากรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1438-1445; 2557.
6. Kemmis & McTaggart. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria, Australia: Deaken University Press; 1988.
7. ไพรวลัย โคตรตะ,อมรรัตน์ นธะสนธิ์ และอรอุมา แก้วเกิด. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(3): 799-815, 2565.
8. สุนันทา คเชชนะนนท์. แนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการจัดอาหารในโรงเรียน. ปญญกิจวิวัฒน์, 11(2): 177-192, 2562.
9. ดนตรี สิทธิธัญญ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและอาหารเสริมของนักกีฬาจักรยาน จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยกีฬาแห่งชาติ; 2561.
10. ไพรวลัย โคตรตะ,อมรรัตน์ นธะสนธิ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 26(3): 338-53, 2563.

11. ปิยะดา ประเสริฐสม.เด็กไทยเผชิญปัญหาการกินในช่วงโควิด. [อินเทอร์เน็ต]. [กรุงเทพฯ]: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; 2464 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/>
12. ปิยาภรณ์ ตุ่มนาค. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของนิสิตคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 13(4): 14-22, 2563.

Received: 18 Jan. 2023, Revised: 7 Mar. 2023

Accepted: 9 Mar. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพการให้บริการ กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร

สุพัตรตา งามดำ^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ประเมินคุณภาพการให้บริการของกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร 2. ศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรคในการให้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสังกัดโรงพยาบาลกลางที่เคยรับบริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 78 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของการรับรู้และความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ 5 มิติ โดยใช้ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการ 5 มิติ ประกอบด้วย มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ มิติที่ 3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ และมิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ การรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการ ($\bar{x} = 132.05$, $SD = 37.50$) สูงกว่าความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ ($\bar{x} = 128.83$, $SD = 36.28$) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการและความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ 5 มิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน ($p = 0.091$) แสดงว่าคุณภาพการให้บริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง อยู่ในระดับบริการดี

ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ลำดับที่ 1 คือการจัดหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการให้คำปรึกษา ดังนั้นหน่วยงานควรพัฒนาระบบบริการขอรับคำปรึกษาที่สามารถเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านได้ง่าย สร้างเครือข่ายการให้คำปรึกษางานวิจัยและนวัตกรรม รวมถึงจัดหาสัญญาณอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ และสถานที่สำหรับให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน

คำสำคัญ : ความคาดหวัง การรับรู้ คุณภาพการให้บริการ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

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

Original Article

Service Quality at Research Promotion Section
of Bangkok Metropolitan Administration General HospitalSupatta Ngamdum^{1*}

Abstract

This research aims to evaluate the Research Promotion Section of BMA General Hospital service quality and examine users' issues, obstacles and suggestions in order to develop the service quality at the BMA General Hospital. The population and samples of this research are 78 staff at BMA General Hospital who experienced the service at the Research Promotion Section from October 1st, 2018, to September 30th 2021. The information is gathered by conducting an online survey and analyzing by descriptive statistics to test the 5-dimension different service quality perception and expectation by the paired t-test method.

The result shows that the users' 5-dimension different service quality perception and expectation consists of dimension 1: the tangibility, dimension 2: the reliability, dimension 3 : the responsiveness, dimension 4 : the assurance, and dimension 5 : the empathy, service quality perception ($\bar{x}$ = 132.05, SD = 37.50) are higher than the service quality expectation ($\bar{x}$ = 128.83, SD = 36.28). Testing the 5-dimension different service quality perception and expectation, it was found that the mean of perception and the mean of expectation are similar (p = 0.091). The overall result has shown that the Research Promotion Section of BMA General Hospital is at the level of good service quality.

The result of users' issues, obstacles, and suggestions to improve the service quality are 1) providing the consultation experts. As a result, the subdivision ought to develop the counselling service systems that the users can easily reach out to the experts, build the counselling network in research and innovation, including providing internet connection, computers and places for consultation.

Key words: expectation, perception, service quality

¹ Professional Public Health Technical Officer, Research Promotion Section, Bangkok Metropolitan Administration General Hospital, Medical Service Department Bangkok Metropolitan Administration

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

บทนำ

คุณภาพการให้บริการ หมายถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการหรือความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภายใต้การดำเนินงานที่เหมาะสม¹⁻⁴ การวัดคุณภาพการให้บริการ ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (customer satisfaction) คุณภาพการให้บริการ (service quality) และคุณค่าของผู้รับบริการ (customer value)³⁻⁴ สำหรับแนวคิดคุณภาพการให้บริการ (Service Quality) คือ การพัฒนาสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับการบริการให้เหนือความคาดหวังเพื่อทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจในบริการ¹⁻³ โดยใช้แบบวัด SERVQUAL ที่ประกอบด้วย 5 มิติหลัก ได้แก่ มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการดูแล ห่วงใย และความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นๆ ได้ชัดเจนขึ้น มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการ ที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้ มิติที่ 3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ นุ่มนวล มีกริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ

(Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการแต่ละคน^{2,5-6}

ตามที่โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้รับอนุมัติให้ปรับปรุงโครงสร้างกำหนดอำนาจหน้าที่ และกำหนดกรอบอัตรากำลัง โดยปรับปรุงโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการภายในโรงพยาบาล เป็น 6 กลุ่มภารกิจ ดังนี้ 1) กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ 2) กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการและระบบคุณภาพ 3) กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ 4) กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ 5) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 6) กลุ่มภารกิจด้านบริการ ซึ่งกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานหนึ่งในกลุ่มภารกิจด้านบริการพิเศษ จัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน⁷ กรอบอัตรากำลังประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงาน นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสถิติ และนักจัดการงานทั่วไป มีภารกิจหลักคือ ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรโรงพยาบาลสามารถผลิตผลงานวิจัยและนวัตกรรม ที่มีคุณภาพถูกต้องตามมาตรฐานจริยธรรม และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง มีขอบเขตการให้บริการดังนี้ 1) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างผลงานวิจัยและนวัตกรรมภายในโรงพยาบาล 2) พัฒนาระบบการเสนอโครงการวิจัยที่เอื้อและสนับสนุนการทำวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาล 3) บริการข้อมูลการจัดฝึกอบรมให้ความรู้และคำปรึกษาด้านการวิจัยและนวัตกรรม 4) จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยเพื่อพิจารณาปรับปรุงโครงสร้างการวิจัยก่อนขอรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร 5) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเผยแพร่และนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล 6) ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายด้านงานวิจัยและนวัตกรรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลและจัดหาทุนวิจัย⁸

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2565 คณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครมีนโยบายในการตรวจเยี่ยมงานส่งเสริมการวิจัยโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์

โดยใช้แบบประเมินตามเกณฑ์การประเมินงานส่งเสริมการวิจัย สำนักรแพทย์ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ ด้านคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยในโรงพยาบาล ด้านผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่จำเป็นต่อการพัฒนาและพิจารณาโครงการวิจัย ด้านการให้คำปรึกษาและสถานที่สำหรับให้คำปรึกษา ด้านบุคลากรของกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย ด้านอุปกรณ์สำนักงานและสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัย ด้านศูนย์กลางการให้บริการรับปรึกษาวิจัยและสถิติ ด้านศูนย์กลางการฝึกอบรมการวิจัย ด้านศูนย์กลางข้อมูลวิจัย ด้านความสำเร็จของการส่งเสริมงานวิจัย และด้านจำนวนผลงานวิจัยหรือ ผลงานวิชาการที่ขึ้นนำสังคม⁹ กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง ได้นำเสนอรายงานการประเมินตนเอง ในวันที่ 3 สิงหาคม 2564 ผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับที่ 2 จากทั้งหมด 4 ระดับ¹⁰

แม้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัยได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร แต่ยังไม่พบสถิติโครงการวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2562 - 2564 จำนวน 12 โครงการ 9 โครงการ และ 4 โครงการ ตามลำดับ¹¹ รวมถึงยังไม่พบการศึกษาคุณภาพการให้บริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย จึงสนใจศึกษาคุณภาพการให้บริการของกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร โดยเน้นมุมมองจากกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลกลางที่เคยรับบริการในด้านความคาดหวังและการรับรู้ถึงคุณภาพบริการ ภายใต้กรอบแนวคิด SERVQUAL ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาระบบการให้บริการและเตรียมความพร้อมเพื่อรับรองการประเมินคุณภาพกลุ่มงาน ส่งเสริม การ วิจัย โรง พ ย า บ า ล ก ล า ง กรุงเทพมหานคร ต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อประเมินคุณภาพการให้บริการของกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรคในการให้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสังกัดโรงพยาบาลกลาง ที่เคยรับบริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 78 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1) เป็นบุคลากรโรงพยาบาลกลาง หรือ แพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ สังกัดโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร

2) เคยรับบริการด้านขอรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอรับทุนส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรม ขอรับคำปรึกษาเพื่อพัฒนาโครงการงานวิจัย ขอรับคำปรึกษาเพื่อพัฒนากระบวนการทำงานและสร้างสรรค์นวัตกรรม จากกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 1 ครั้งขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตอบแบบสอบถามออนไลน์ในช่วงระยะเวลา 14 วัน นับจากที่ได้รับ E-mail ครั้งที่ 1 และ 7 วัน นับจากได้รับ E-mail ครั้งที่ 2

2) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามออนไลน์โดยเลือกตอบในช่องไม่เคยรับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งสร้างด้วยโปรแกรม Google Form ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยข้อคำถามประยุกต์มาจากงานวิจัย¹²⁻¹⁵ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง บริการที่ได้รับและจำนวนครั้งที่รับบริการโดยลักษณะคำถามเป็นข้อให้เลือกตอบ และแบบเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการ 5 มิติ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำตอบย่อยที่แบ่งเป็น 7 ระดับ และให้คะแนนแต่ละระดับตั้งแต่ต่ำที่สุด คือ 1 ถึง สูงที่สุดคือ 7¹

เกณฑ์การประเมินคุณภาพการให้บริการตามหลักการ พาราสุรามาณ, ไชยมอล และแบร์รี¹ ดังนี้

คุณภาพการให้บริการ = คะแนนการรับรู้(P) – คะแนนความคาดหวัง(E)

คะแนนการรับรู้(P) – คะแนนความคาดหวัง(E)	ระดับคุณภาพการให้บริการ
ผลลัพธ์เป็น +	บริการเป็นเลิศ
ผลลัพธ์เป็น 0	บริการดี
ผลลัพธ์เป็น -	บริการไม่ดี (ต้องปรับปรุง)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมและจัดเตรียมเอกสารโครงร่างการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบสอบถามและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Item Objective Congruence Index :IOC) และความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน¹⁶ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาตั้งแต่ 0.67 - 1.00

ขั้นตอนที่ 3 ขออนุมัติการทำวิจัยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ เพื่อขอรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองในวันที่ 9 ธันวาคม 2564 รหัสโครงการ S014q/64_EXP

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน¹⁷ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.98

ขั้นตอนที่ 5 สร้างแบบสอบถามออนไลน์ด้วยโปรแกรม Google Form

ขั้นตอนที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยส่งอีเมลไปยังกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าทุกราย ประกอบด้วย ไฟล์เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ลิงค์แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัครเพื่อประกอบการตัดสินใจแล้วว่า อาสาสมัครมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถามหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงการรับคืนแบบสอบถามไม่มีการพบปะอาสาสมัครโดยตรง และกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่ได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลกลาง ในช่วงเวลาที่รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงขอยกเว้นการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบรายละเอียดโครงการวิจัยและอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย จากอีเมลหรือไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ และจัดส่งแบบสอบถามออนไลน์ ถือว่าอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย¹⁸⁻¹⁹

ขั้นตอนที่ 7 วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ 5 มิติ โดยใช้

paired t-test ในส่วนของความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Contents Analysis)

ผลการวิจัย

จากการส่งอีเมลไปยังกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 คน มีผู้ตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 46 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลตามเกณฑ์คัดเข้าคงเหลือจำนวน 41 คน (ร้อยละ 52.56)²⁰ ซึ่งเพียงพอที่จะทำให้การกระจายข้อมูลปกติ²¹ ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วนดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 41)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	19.51
หญิง	33	80.49
อายุ (ปี)		
21 - 30	5	12.20
31 - 40	12	29.27
41 - 50	11	26.83
51 - 60	13	31.70
$\bar{x}$ = 43.63, SD = 9.96, Min = 28, Max = 60		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	7.32
ปริญญาตรี	24	58.54
ปริญญาโท	10	24.39
ปริญญาเอก	4	9.75
ตำแหน่ง		
แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน	12	29.27
นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข	4	9.75
พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค	22	53.66
ผู้ช่วยทันตแพทย์ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทั่วไป	3	7.32
บริการที่ได้รับ		
ขอรับรองจริยธรรมการวิจัย		
ไม่เคยรับบริการ	17	41.46
เคยรับบริการ (ความถี่)		
1 - 2 ครั้ง	22	53.66
3 - 4 ครั้ง	2	4.88
มากกว่า 4 ครั้ง	0	0.00

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.50) มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 31.70) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 58.56) สำหรับบริการที่ได้รับ พบว่าขอรับคำปรึกษาเพื่อพัฒนาโครงร่างงานวิจัยมากที่สุด (ร้อยละ 68.30) รองลงมาขอรับคำปรึกษาเพื่อพัฒนากระบวนการทำงานและสร้างสรรค์นวัตกรรม (ร้อยละ 53.70) ดังแสดงในตารางที่ 1

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
$\bar{x} = 1.38, SD = 0.65, Min = 1, Max = 3$		
ขอรับทุนส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรม		
ไม่เคยรับบริการ	34	82.93
เคยรับบริการ (ความถี่)		
1 – 2 ครั้ง	7	17.07
3 – 4 ครั้ง	0	0.00
มากกว่า 4 ครั้ง	0	0.00
$\bar{x} = 1, SD = 0, Min = 1, Max = 1$		
ขอรับคำปรึกษาเพื่อพัฒนาโครงงานวิจัย		
ไม่เคยรับบริการ	13	31.71
เคยรับบริการ (ความถี่)		
1 – 2 ครั้ง	13	31.71
3 – 4 ครั้ง	5	12.19
มากกว่า 4 ครั้ง	10	24.39
$\bar{x} = 3.32, SD = 2.26, Min = 1, Max = 10$		
ขอรับคำปรึกษาเพื่อพัฒนากระบวนการทำงานและสร้างสรรค์นวัตกรรม		
ไม่เคยรับบริการ	19	46.34
เคยรับบริการ (ความถี่)		
1 – 2 ครั้ง	14	34.15
3 – 4 ครั้ง	6	14.63
มากกว่า 4 ครั้ง	2	4.88
$\bar{x} = 2.41, SD = 1.99, Min = 1, Max = 10$		

ส่วนที่ 2 คุณภาพการให้บริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย
โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร

คุณภาพการให้บริการรวม 5 มิติ พบว่า
ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อคุณภาพการให้บริการอยู่
ในระดับบริการเป็นเลิศ มากที่สุดร้อยละ 41.46
รองลงมาบริการดี ร้อยละ 31.71 และน้อยที่สุดบริการ
ไม่ดี ต้องปรับปรุง ร้อยละ 26.83

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการแต่ละมิติ
พบว่า มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการอยู่ในระดับ

บริการดี มากที่สุดร้อยละ 51.22 มิติที่ 2 ความเชื่อถือ
ไว้วางใจได้อยู่ในระดับบริการดี มากที่สุดร้อยละ 53.66
มิติที่ 3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับบริการ
ดี มากที่สุดร้อยละ 51.22 มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่น
ต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับบริการดี มากที่สุดร้อยละ
73.17 มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการอยู่ในระดับ
บริการดี มากที่สุดร้อยละ 63.41 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพการให้บริการ 5 มิติ (n = 41)

คุณภาพการให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนการรับรู้(P) – คะแนนความคาดหวัง(E)		
มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ		
บริการเป็นเลิศ (ผลลัพธ์เป็น +)	14	34.15
บริการดี (ผลลัพธ์เป็น 0)	21	51.22
บริการไม่ดี ต้องปรับปรุง (ผลลัพธ์เป็น -)	6	14.63

คุณภาพการให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนการรับรู้(P) – คะแนนความคาดหวัง(E)		
มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้		
บริการเป็นเลิศ (ผลลัพธ์เป็น +)	12	29.27
บริการดี (ผลลัพธ์เป็น 0)	22	53.66
บริการไม่ดี ต้องปรับปรุง (ผลลัพธ์เป็น -)	7	17.07
มิติที่ 3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ		
บริการเป็นเลิศ (ผลลัพธ์เป็น +)	13	31.71
บริการดี (ผลลัพธ์เป็น 0)	21	51.22
บริการไม่ดี ต้องปรับปรุง (ผลลัพธ์เป็น -)	7	17.07
มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ		
บริการเป็นเลิศ (ผลลัพธ์เป็น +)	8	19.51
บริการดี (ผลลัพธ์เป็น 0)	30	73.17
บริการไม่ดี ต้องปรับปรุง (ผลลัพธ์เป็น -)	3	7.32
มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ		
บริการเป็นเลิศ (ผลลัพธ์เป็น +)	10	24.39
บริการดี (ผลลัพธ์เป็น 0)	26	63.41
บริการไม่ดี ต้องปรับปรุง (ผลลัพธ์เป็น -)	5	12.20
รวม 5 มิติ		
บริการเป็นเลิศ (ผลลัพธ์เป็น +)	17	41.46
บริการดี (ผลลัพธ์เป็น 0)	13	31.71
บริการไม่ดี ต้องปรับปรุง (ผลลัพธ์เป็น -)	11	26.83

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการและค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ 5 มิติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน ($p = 0.091$) แสดงว่าคุณภาพการให้บริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง อยู่ในระดับบริการดี เมื่อพิจารณาแต่ละมิติ พบว่า มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$)

แสดงว่าคุณภาพการให้บริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง มิติที่ 1 อยู่ในระดับบริการเป็นเลิศ ส่วนมิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ มิติที่ 3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ และมิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน แสดงว่าคุณภาพการให้บริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง มิติที่ 2 ถึง มิติที่ 5 อยู่ในระดับบริการดี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ 5 มิติ ($n = 41$)

คุณภาพการให้บริการ 5 มิติ	การรับรู้		ความคาดหวัง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ	26.09	7.51	25.19	6.83	2.16	0.037*
มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้	26.31	7.92	25.83	7.63	1.12	0.270

มิติที่ 3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	26.66	8.19	25.83	7.83	1.81	0.078
มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อ ผู้รับบริการ	26.59	7.24	26.09	7.21	1.34	0.189
มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ	26.44	7.27	25.88	7.36	1.49	0.144
รวม 5 มิติ	132.05	37.50	128.83	36.28	1.73	0.091

*p-value < 0.05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการ

ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการ จำแนกตามความถี่ของความคิดเห็นเรียงจากมากไปน้อย ดังนี้

ลำดับที่ 1 ยังขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสำหรับให้คำปรึกษา ข้องจำกัดในการขอรับคำปรึกษาในด้านเวลา ช่องทางการติดต่อกับที่ปรึกษา หรือความเข้าใจในงานที่ไม่ตรงกัน

ลำดับที่ 2 การขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนต้องสำเนาเอกสารหลายฉบับ สิ้นเปลืองทรัพยากรและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการทำวิจัย

ลำดับที่ 3 การเตรียมเอกสารโครงการวิจัยมีรายละเอียดที่มากเกินไปทำให้ลดทอนความต้องการทำวิจัยของบุคลากร

ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการ จำแนกตามความถี่ของความคิดเห็นเรียงจากมากไปน้อย ดังนี้

ลำดับที่ 1 พัฒนาระบบบริการขอรับคำปรึกษาที่สามารถเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านได้ง่าย สร้างเครือข่ายการให้คำปรึกษางานวิจัยและนวัตกรรมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลกลาง จัดหาสถานที่ สัญญาณอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ สำหรับให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน

ลำดับที่ 2 พัฒนาระบบการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน ลดการใช้กระดาษ และจัดให้มีบริการนอกเวลาราชการ

ลำดับที่ 3 ควรจัดทำคู่มือ วิธีการขอรับบริการทุกประเภท และประชาสัมพันธ์คู่มือ ช่องทางการติดต่อสื่อสาร และบทบาทหน้าที่ของกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัยให้ทุกหน่วยงานทราบ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการให้บริการของกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย

โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ตามแนวคิดคุณภาพการให้บริการ (Service Quality) คือ การพัฒนาสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจากการบริการให้เหนือความคาดหวังเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจในบริการ โดยใช้แบบวัด SERVQUAL ที่ประกอบด้วย 5 มิติหลัก เมื่อพิจารณาคูณภาพการให้บริการแต่ละมิติ พบว่า

มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ มีการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการสูงกว่าความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัยสำนักงานสะอาดและเป็นสัดส่วน มีอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอและเหมาะสม การให้บริการมีขั้นตอนที่เป็นระบบ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เจ้าหน้าที่แต่งกายสุภาพเรียบร้อย อยู่ในระดับบริการเป็นเลิศ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร สีสาทะพันธ์ พัทธยา มาลีศรี และปรารณา ปุณณกิติเกษม²² ที่พบว่าคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมส่งผลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งมีการรับรู้มากกว่าความคาดหวัง เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพการบริการโดยใช้ระบบ TQM และการศึกษาของ ณภัทร ภูนาขาว และ ทดมัล แสงสว่าง²³ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการ ได้แก่ อาคารสถานที่ สะอาด กว้างขวางเหมาะสม และเป็นระเบียบ สำหรับประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการ คือ สถานที่สำหรับให้คำปรึกษาไม่เป็นสัดส่วน

มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ มีการรับรู้และความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการสามารถให้บริการอยู่ในระดับบริการดี ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ และแนวทางที่กำหนดไว้ ไม่เกิดความผิดพลาด สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมา แฉ่งเวชฉาย¹³ พบว่า คุณภาพการให้บริการด้านความน่าเชื่อถือส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ควรสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการด้วยระบบการทำงานตามมาตรฐาน

มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับรายละเอียดการให้บริการตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคน รวมถึงความเที่ยงตรงของการให้บริการ

มิติที่ 3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีการรับรู้และความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการสามารถให้บริการอยู่ในระดับบริการดี ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่ามีความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการโดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ทวีนิษฐ์ และ แววมยุรา คำสุข²⁴ นิธิศ สระทองอยู่²⁵ โสภิต มนต์ฉันทะ²⁶ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ คือ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ โดยเฉพาะการให้บริการด้วยความรวดเร็วตามกำหนดเวลา ในขณะที่การศึกษาของ อานนท์ จันจิตร²⁷ พบว่า แม้จะมีการจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ผ่านระบบออนไลน์แต่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการบริการที่จับต้องได้ทันที สำหรับประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการคือ ช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านยังพบข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาที่เปิดให้บริการระหว่างเวลา 08.00 – 16.00 น. ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่มีภาระงานประจำ รวมถึงการเตรียมเอกสารโครงการวิจัยมีรายละเอียดที่มากเกินไปทำให้ลดทอนความต้องการทำวิจัยของบุคลากร

มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการมีการรับรู้และความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการสามารถให้บริการอยู่ในระดับบริการดี สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการเมื่อผู้รับบริการมาติดต่อ และมีความรู้ในงานบริการเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐ์ ภูนาช และ ทตมัล แสงสว่าง²³ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่มีการให้บริการหรือตอบข้อซักถามได้อย่างดี พร้อมทั้งมีความรู้ความสามารถตรงกับสายงานที่ปฏิบัติ สำหรับประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการ คือ เจ้าหน้าที่ยังขาดความแม่นยำในขั้นตอนการให้บริการรวมถึงการจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องเนื่องจากทางสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร อยู่ระหว่างการปรับปรุงวิธีดำเนินการมาตรฐานการวิจัย กรุงเทพมหานคร

78

มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ มีการรับรู้และความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการสามารถให้บริการอยู่ในระดับบริการดี เอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน สอดคล้องกับการศึกษาของเบญญา แฉงเวชฉาย¹³ พบว่า คุณภาพการให้บริการด้านการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับรายละเอียดตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคนส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการศึกษาของ ณัฏฐ์ ภูนาช และ ทตมัล แสงสว่าง²³ พบว่า เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเป็นมิตร อธิบายดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ สำหรับประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการ คือ การจัดหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการให้คำปรึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ได้แก่ สถานที่ให้คำปรึกษาจัดหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น บริการอินเทอร์เน็ต วารสาร ตำราที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัย
2. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงทุกหน่วยงาน ด้านการให้บริการ ช่องทางการดาวน์โหลดเอกสาร และช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือหรือขอรับคำปรึกษา
3. จัดทำคู่มือแนวทางการขอรับบริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร เพื่อให้บริการอย่างเป็นระบบ ตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการในมุมมองของผู้รับบริการเปรียบเทียบกับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการตามการประเมินตนเองของผู้ให้บริการ
2. ควรมีการศึกษาผลของแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยและนวัตกรรมสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑา เก่งการพานิช รองศาสตราจารย์ ธีรดา เก่งการพานิช

ดร.ภัทรรัตน์ ตันนุกิจ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการจัดเตรียมเอกสารโครงการวิจัยรวมถึงการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง บุคลากรโรงพยาบาลกลาง รวมถึงเจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ตอบแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะ ทำให้สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงระบบการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมในโรงพยาบาลกลางต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL : A Multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988;64(1):12-40.
2. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985;49(1):41-50.
3. ภาวิณี ทองแย้ม. ความสำคัญของคุณภาพการบริการต่อความสำเร็จของธุรกิจ. *วารสารเกษมบัณฑิต* 2560;1:219-32.
4. ชัชวาล อรวงศ์ศุภทัต. คุณภาพการให้บริการ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tpa.or.th/writer/read_this_book_topic.php?bookID=1285&pageid=3
5. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. Delivering quality service : balancing customer perceptions and expectations. ใน: กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลีศรี, ปารรณนา ปุณณกิติเกษม. การประเมินระดับคุณภาพ การบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. *วารสารการวิจัยและพัฒนา มจร* 2554;4:446.
6. ขวัญฤทัย เคชทองคำ. ความสำคัญของคุณภาพการบริการสู่ความสำเร็จของธุรกิจท่องเที่ยวภายใต้วิกฤติ COVID-19. [บทความวิชาการ] *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ* 2563;317-26.
7. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการกรุงเทพมหานคร และบุคลากรกรุงเทพมหานคร. รายงานการประชุมคณะกรรมการข้าราชการกรุงเทพมหานครและบุคลากรกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 9/2559. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.bangkok.go.th/csc/มติ ก.ก. ปี 2559 /2559_09.pdf](http://www.bangkok.go.th/csc/มติ%20ก.ก.%202559/2559_09.pdf)
8. โรงพยาบาลกลาง. Service Profile กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย; 2564.
9. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย สำนักงานการแพทย์. แบบประเมินตามเกณฑ์การประเมินงานส่งเสริมการวิจัย สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร; 2564.
10. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย สำนักงานการแพทย์. รายงานการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยสำนักงานการแพทย์ ครั้งที่ 2/2564; วันที่ 3 สิงหาคม 2564; ห้องประชุมแพทย์พัฒนา ชั้น 5 สำนักงานการแพทย์ (ผ่านระบบ WebEx Meeting); 2564. หน้า 1-6.
11. โรงพยาบาลกลาง. สถิติผู้รับบริการกลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2562 – 2564. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานส่งเสริมการวิจัย; 2564.
12. กิตติศักดิ์ แสงทอง, จินตนา เลิศสกุล, ศิริลักษณ์ หนูทอง, พุทธิมล คชรัตน์, อรุณษา อยู่สกุล. ปัจจัยคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. [รายงานการวิจัย]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2561.
13. เบญจภา แฉ่งเวชฉาย. คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้โดยสารรถไฟฟ้า BTS ในกรุงเทพมหานคร. [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2559.
14. ภาวัต วรรณพิน. การประเมินคุณภาพการบริการของร้าน True Coffee สาขาในมหาวิทยาลัย. [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2555.
15. รุ่งทิพย์ นิลพัท. คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำ

- ของผู้รับบริการ โรงพยาบาลเปาโลรังสิต. [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2561.
16. อิทธิพัทธ์ สุวทันพรกุล. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการวิจัย. ใน: การวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562. หน้า 200-21.
17. Bujang M, Omar E, Baharum N. A Review on Sample Size Determination for Cronbach's Alpha Test: A Simple Guide for Researchers. The Malaysian Journal of Medical Science, 2018;25(6):85-99.
18. สิวลี ศิริไล. กระบวนการขอความยินยอม. สารชมรมจริยธรรมวิจัยในคนในประเทศไทย 2558;3:1-9. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก :<http://www.fercit.org>
19. จักรพันธ์ ชัดชุ่มแสง. กระบวนการขอความยินยอม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก :https://irb.mju.ac.th/goverment/25640224094258_irb/Doc_25640908140300_843052.pdf
20. นิศาชล รัตนมณี, ประสพชัย พสุนนท์. อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามในงานวิจัยเชิงปริมาณ. Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University 2019;3:181-8.
21. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
22. กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลีศรี, ปราบธนา ปุณณกิติเกษม. การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. วารสารการวิจัยและพัฒนา มจร 2554;4:443-56.
23. ณภัทร ภูนาขาว, ทดมัล แสงสว่าง. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการงานการเงินและบัญชีในสถานศึกษาอาชีวศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2563;240-53.
24. กาญจนา ทวีพันธ์, แววมยุรา คำสุข. คุณภาพการบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในธุรกิจการท่องเที่ยวแบบพำนักระยะยาวในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในประเทศไทย. วารสารธุรกิจปริทัศน์ 2558;2:151-67.
25. นิธิศ สระทองอยู่. คุณภาพการให้บริการของพนักงานปฏิบัติหน้าที่การรถไฟแห่งประเทศไทยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้โดยสารรถไฟสายตะวันออกเฉียงเหนือ กรุงเทพฯ-ชลบุรี. วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง 2562;1:66-75.
26. โสภิต มนต์ฉันทะ. โมเดลเชิงสาเหตุอิทธิพลคุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจความไว้วางใจและความจงรักภักดีของผู้รับบริการ ธนาคารกรุงไทย สาขากาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. นครปฐม:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
27. อานนท์ จันจิตร. การพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อการตั้งใจกลับมาใช้บริการซ้ำของสายการบินต้นทุนต่ำในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต สาขาการจัดการการท่องเที่ยวและบริการแบบบูรณาการ]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2563

Received: 22 Jan. 2023, Revised: 3 Mar. 2023

Accepted: 9 Mar. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ศึกษาสูตรสมุนไพรเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์นวดสมุนไพรถิ่นเพื่อการบริหาร
ด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์นุรีย์ยะ ลำตะเคาะ^{1*} มุสตูรา ยะโกะ²
รัตติกรณ์ บุญทัศน์³ นัฏมน โรจน์หัตถิน⁴

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสูตรสมุนไพรเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์นวดสมุนไพรถิ่นเพื่อการบริหารด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์ โดยการพัฒนสูตร จำนวน 2 ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ น้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่า และยาหม่องสืบแปดเงิน ผลการวิจัยพบว่า 1 การประเมินคุณภาพของน้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่า พบว่าความใสของผลิตภัณฑ์ มีความใสอยู่ในระดับมากที่สุด สีสันมีความสม่ำเสมอระดับดีเป็นธรรมชาติ มีกลิ่นตามธรรมชาติของสมุนไพรระดับดี การละลายของน้ำมันบนผิวหนัง อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับมาก ไม่ทำให้เกิดแสบผิว 2 การประเมินคุณภาพของยาหม่องสืบแปดเงิน พบว่าลักษณะเนื้อครีมมีความละเอียด ไม่แข็งและไม่เหลว อยู่ในระดับมากที่สุด สีสันมีความสม่ำเสมอระดับดีเป็นธรรมชาติ มีกลิ่นตามธรรมชาติของสมุนไพรระดับดี การละลายของเนื้อครีมบนผิวหนัง อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับมาก สามารถนำไปใช้ขนาด ไม่ทำให้เกิดอาการแสบ ร้อนบริเวณผิวหนัง

สามารถนำผลิตภัณฑ์ถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้ชุมชนสามารถนำสมุนไพรมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ใช้ดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือกได้

คำสำคัญ : สูตรสมุนไพร สมุนไพรถิ่น การบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์

¹ คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

² ศูนย์การเรียนรู้ด้านการแพทย์วิถีไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

* Corresponding author E-mail : nureeyah.m@yru.ac.th

*Original Article***Study Herbal Recipes for Developing Local Herbal Massage Products
for Identity Health Services**

Nuriya Latekeh^{1,*} Mustura Yacob²,
Rattiporn Boontud³ Natthamon Rothatsadin⁴

Abstract

The Research is objectives of study herbal recipes for developing local herbal massage products for identity health services Developed formulas for 2 products : 18 Zhen massage oil and wild camphor root and 18 Zhen balm. The study results indicated as follows: 1 The quality evaluation of 18 Zhen massage oil and wild camphor root found the clearness of the product was at the highest level. Its color was consistent and it has natural aroma of herbs at a high level. The solubility of the massage oil on the skin was at the highest level and the temperature of therapeutic ingredients in the product was at a high level; it did not irritate the skin. 2 The quality evaluation of 18 Zhen balm found it had smooth texture, not too soft or too hard, at the highest level and the temperature of therapeutic ingredients in the product was at a high level. It can be used in massage as it does not irritate the skin.

Disseminate Knowledge to the Community. The Community can use Herbs to Develop Products. used for Health Care and Health Recovery with Alternative Medicine.

Keyword : Herbal Recipes, Local Herbal, Identity Health Services

¹Faculty of Science Technology and Agriculture, Yala Rajabhat University

²Thai Traditional Medicine Learning Center, Yala Rajabhat University

* Corresponding author E-mail : nurreeyah.m@yru.ac.th

บทนำ

สมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการสมุนไพรกับสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการนำสมุนไพรมาใช้บำบัดรักษาโรคในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาลขึ้น และส่งเสริมให้ปลูกสมุนไพรเพื่อใช้ภายในหมู่บ้านเป็นการสนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรมากยิ่งขึ้นอันเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยประเทศชาติประหยัดเงินตราในการสั่งซื้อยาสำเร็จรูปจากต่างประเทศได้ปีละเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันมีผู้พยายามศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนาสมุนไพรให้สามารถนำมาใช้ในรูปแบบที่สะดวกยิ่งขึ้น เช่น นำมาบดเป็นผงบรรจุแคปซูล ตอกเป็นยาเม็ด เตรียมเป็นครีมหรือยาขี้ผึ้งเพื่อใช้ทาภายนอก เป็นต้น ในการศึกษาวิจัยเพื่อนำสมุนไพรมาใช้เป็นยาแผนปัจจุบันนั้น ได้มีการวิจัยอย่างกว้างขวาง โดยพยายามสกัดสารสำคัญจากสมุนไพรเพื่อให้ได้สารที่บริสุทธิ์ ศึกษาคุณสมบัติทางด้านเคมี ฟิสิกส์ของสารเพื่อให้ทราบว่าเป็นสารชนิดใด ตรวจสอบฤทธิ์ด้านเภสัชวิทยาในสัตว์ทดลอง เพื่อดูให้ได้ผลดีในการรักษาโรคหรือไม่เพียงใด ศึกษาความเป็นพิษและผลข้างเคียง เมื่อพบว่าสารชนิดใดให้ผลในการรักษาที่ดี โดยไม่มีพิษหรือมีพิษข้างเคียงน้อยจึงนำสารนั้นมาเตรียมเป็นยารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อทดลองใช้ต่อไป¹

ปัจจุบันมีสมุนไพรมากมายหลายชนิดที่สามารถนำมาใช้เป็นยาเพื่อรักษาโรคทั้งภายในและภายนอก ผู้วิจัยได้พัฒนาผลิตภัณฑ์นวดสมุนไพรเพื่อการบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์ เพื่อนำมาใช้ในการนวด ซึ่งพัฒนาผลิตภัณฑ์ 2 ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ น้ำมันนวดสับปะรดเงินและรากการบูรป่า และยาหม่องสับปะรดเงินในการใช้สมุนไพร ผู้ใช้ควรมีความรู้เบื้องต้นในการใช้เพื่อจะได้ปฏิบัติใช้อย่างถูกวิธี ได้ผลดีและมีความปลอดภัย การพัฒนาผลิตภัณฑ์นวดสมุนไพรเพื่อการบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์ มีการใช้สมุนไพรได้แก่ 1) สับปะรดเงิน สรรพคุณ ขับลม ช่วยให้เลือดลมไหลดี แก้อาการปวดเมื่อยตามข้อ และบำรุงกระดูก² 2) รากการบูรป่า สรรพคุณ ขับลมด้านหนาว ระบายหลอดลมให้หายใจสบายขึ้น แก้ปวดรักษาเฉพาะ คือ อาการปวดศีรษะอันเนื่องจากใช้หวัดใหญ่ อาการปวดที่ไขข้อกระดูก ขอกซ้ายภายนอก และเหน็บชาทั้งมือและเท้าอาการปวดกระเพาะอาหาร และเจ็บท้องหลังคลอด และมีระดูผิดปกติ³ 3) น้ำมันมะกอก น้ำมันมะกอกมีคุณสมบัติในการซึมผ่านผิวหนังได้ มีวิตามินอีเป็น

ส่วนประกอบสำคัญ ช่วยเพิ่มและให้ความชุ่มชื้นแก่ผิว ป้องกันการสูญเสียความชุ่มชื้นของผิว และยังต้านอนุมูลอิสระ จึงมีส่วนช่วยในการลดริ้วรอยได้^{3 4} 4) น้ำมันมะพร้าว คือ น้ำมันที่ได้จากการสกัดแยกน้ำมันจากเนื้อผลของมะพร้าว (*Cocos nucifera* L.) โดยองค์ประกอบหลักของน้ำมันมะพร้าวคือกรดไขมันอิ่มตัว (เกิน 90% ของปริมาณกรดไขมันทั้งหมด) ซึ่งกรดไขมันเหล่านี้จะมีขนาดโมเลกุลปานกลาง (Medium chain fatty acid) เช่น กรดลอริก (Lauric acid)^{4 5} ไขมันชั้น ประกอบด้วยสารสำคัญในกลุ่มเคอร์คูมินอยด์ที่มีอยู่ในเหง้าของขมิ้นชัน โดยขมิ้นชันมีสรรพคุณตามตำราอายุรเวชและแพทย์แผนไทยในการต่อต้านอนุมูลอิสระ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ช่วยบำรุงผิวพรรณ ชะลอวัย ลดริ้วรอยตามผิวหนัง ช่วยให้ผิวพรรณนุ่มนวล ขาวผ่องใส แต่งตั้ง รักษาสิวเสี้ยน สิวผด สิวอุดตัน รักษาโรคผิวหนัง ช่วยแก้ผื่นคัน ช่วยสมานแผล รักษาแผลพุพอง รักษาแผลแมลงสัตว์กัดต่อย มีสารต้านแบคทีเรีย มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อรา ใช้รักษาโรคกลาก เกลื้อน โรคผิวหนัง เป็นต้น⁵ และ 6) ไพล มีประโยชน์มากมาย เช่น ช่วยทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น ด้วยการใช้เหง้าสด 1 แ่ง นำมาผวนเป็นชิ้นบาง ๆ แล้วต้มรวมกับสมุนไพรชนิดอื่น ๆ เนื่องจากไพลจะมีน้ำมันหอมระเหย ช่วยไล่แมลง ฆ่าแมลง ช่วยป้องกันยุงและไล่ยุง น้ำมันจากหัวไพลผสมกับแอลกอฮอล์นำมาใช้ทาผิวสามารถช่วยกันยุงและไล่ยุงได้ และสามารถนำมาทำเป็น ครีม ไพล น้ำมันไพล ไพลผง ไพลขัดผิวและไพลทาหน้าได้⁶ ซึ่งผลิตภัณฑ์ที่ได้พัฒนาทั้ง 2 ผลิตภัณฑ์ ผู้วิจัยนำมาใช้ด้านการนวดตัวและนวดฝ่าเท้า เป็นการบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์ และถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ชุมชนต่อไป

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาผลิตภัณฑ์นวดสมุนไพรเพื่อการบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสูตรสมุนไพรเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์นวดสมุนไพรเพื่อการบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาสูตรสมุนไพรเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์นวดสมุนไพรเพื่อการบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การพัฒนาสูตรสมุนไพรเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์
นวดสมุนไพรเพื่อการบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์
จำนวน 2 สูตร

1. สูตรน้ำมันนวดสมุนไพรสับแปดเจ็ญ และรากการบูร

1. สมุนไพรสับแปดเจ็ญ ปริมาณ 150 กรัม
2. รากการบูรป่า ปริมาณ 100 กรัม
3. ไพล ปริมาณ 50 กรัม
4. ดอกกานพลูแห้ง ปริมาณ 20 กรัม
5. น้ำมันระกำ ปริมาณ 100 กรัม
6. น้ำมันยูคาลิปตัส ปริมาณ 40 กรัม
7. น้ำมันโพลสกัต ปริมาณ 100 กรัม
8. น้ำมันมะกอก ปริมาณ 100 กรัม
9. การบูร ปริมาณ 40 กรัม
10. เมนทอล ปริมาณ 80 กรัม
11. พิมเสน ปริมาณ 40 กรัม

วิธีทำ

1. ทำความสะอาดสมุนไพร เตรียมสมุนไพรทุกชนิดให้พร้อม
2. ตั้งกระทะ ใส่ น้ำมันมะกอก น้ำมันโพลสกัต ทอดสมุนไพรที่เตรียม
3. เมื่อทอดสมุนไพรเสร็จ ทำการกรองสมุนไพรเพื่อให้ น้ำมันมีความใส
4. ผสมการบูร เมนทอล พิมเสนให้ละลาย
5. เมื่อได้น้ำมัน เติมน้ำมันยูคาลิปตัส และน้ำมันระกำ คนให้เข้ากัน
6. ปิดไฟ เติมการบูร เมนทอล พิมเสน ที่เตรียม และคนให้เข้ากัน
7. รอให้น้ำมันเย็น บรรจุผลิตภัณฑ์ตามขนาดที่ต้องการ

2. สูตรยาหม่องสารสกัดสมุนไพรสับแปดเจ็ญ

1. สมุนไพรสับแปดเจ็ญ ปริมาณ 150 กรัม
2. ขมิ้นชัน ปริมาณ 50 กรัม
3. ไพล ปริมาณ 50 กรัม
4. น้ำมันยูคาลิปตัส ปริมาณ 40 กรัม

5. น้ำมันมะพร้าว ปริมาณ 80 กรัม
6. น้ำมันมะกอก ปริมาณ 100 กรัม
7. น้ำมันโพลสกัต ปริมาณ 100 กรัม
8. น้ำมันระกำ ปริมาณ 80 กรัม
9. การบูร ปริมาณ 40 กรัม
10. เมนทอล ปริมาณ 80 กรัม
11. พิมเสน ปริมาณ 40 กรัม
12. พาราฟิน ปริมาณ 120 กรัม
13. วาสลีน ปริมาณ 160 กรัม

วิธีทำ

1. ทำความสะอาดสมุนไพร เตรียมสมุนไพรทั้ง 3 ชนิดให้พร้อม
2. ตั้งกระทะ ใส่ น้ำมันมะกอก น้ำมันโพลสกัต ทอดสมุนไพรที่เตรียม
3. เมื่อทอดสมุนไพรเสร็จ ทำการกรองสมุนไพรเพื่อให้ น้ำมันมีความใส
4. ผสมการบูร เมนทอล พิมเสนให้ละลาย
5. เมื่อได้น้ำมัน เติมน้ำมันมะพร้าว พาราฟิน วาสลีน เติมน้ำมันระกำ น้ำมันยูคาลิปตัส คนให้เข้ากัน
6. ปิดไฟ เติมการบูร เมนทอล พิมเสนที่ละลายแล้ว คนให้เข้ากัน
7. เทใส่ถ้วยตวง เพื่อบรรจุผลิตภัณฑ์ตามขนาดที่ต้องการ

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ได้หมายเลขรับรอง SCPHYLIRB-039/2565 วันที่รับรอง 8 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้
ตารางที่ 1 การประเมินคุณภาพของน้ำมันนวดสับแปดเจ็ญและรากการบูรป่า พบว่าความใสของผลิตภัณฑ์ มีความใสอยู่ในระดับมากที่สุด มีความสม่ำเสมอ อยู่ในระดับดีมาก เป็นธรรมชาติ กลิ่นของผลิตภัณฑ์มีกลิ่น อยู่ในระดับดีมาก การละลายของน้ำมันบนผิวหนัง อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับความ

ร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับดีมาก ไม่ทำให้แสบผิว

ตารางที่ 2 การประเมินคุณภาพของยาหม่องสืบแปดเงิน พบว่าลักษณะเนื้อครีมมีความละเอียด ไม่แข็งและไม่เหลว อยู่ในระดับมากที่สุด สีสันมีความสม่ำเสมอ อยู่ในระดับดีมาก สีสันธรรมชาติ มีกลิ่นตามธรรมชาติ ของสมุนไพร อยู่ในระดับดีมาก การละลายของเนื้อครีมบนผิวหนัง อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับมากที่สุด สามารถนำไปใช้นวด ไม่ทำให้เกิดอาการแสบ ร้อนบริเวณผิวหนัง

ตารางที่ 3 ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้น้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่า พบว่าผู้ใช้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งในด้านน้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่ามีสรรพคุณสามารถบรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดการอักเสบของเส้นเอ็นได้จริง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ผลิตภัณฑ์มีความปลอดภัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 มีสะดวกในการใช้งาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ผลิตภัณฑ์มีกลิ่นหอม 3.87 และสมุนไพรที่ใช้และระดับ

ความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.97 ซึ่งมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 4 ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ยาหม่องสืบแปดเงิน พบว่าผู้ใช้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งในด้านยาหม่องสืบแปดเงินมีสรรพคุณสามารถบรรเทาอาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอกตามร่างกาย แก้อาการฟกช้ำได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ผลิตภัณฑ์มีความปลอดภัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 มีสะดวกในการใช้งานและมีประโยชน์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ผลิตภัณฑ์มีสีที่เหมาะสมและมีกลิ่นหอมน่าใช้ 3.80 และสมุนไพรที่ใช้และระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.93 ซึ่งมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 1 การประเมินคุณภาพของน้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่า

ลักษณะที่ตรวจสอบ	ระดับคุณภาพ
ความใสของผลิตภัณฑ์	มากที่สุด
สีของผลิตภัณฑ์	ดีมาก
กลิ่นของผลิตภัณฑ์	ดีมาก
การละลายของน้ำมันบนผิวหนัง	มากที่สุด
ระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์	ดีมาก

ตารางที่ 2 การประเมินคุณภาพของยาหม่องสืบแปดเงิน

ลักษณะที่ตรวจสอบ	รายละเอียด
ลักษณะเนื้อครีมมีความละเอียด ไม่แข็งและไม่เหลว	มากที่สุด
สีของผลิตภัณฑ์	ดีมาก
กลิ่นของผลิตภัณฑ์	ดีมาก
การละลายของเนื้อครีมบนผิวหนัง	มากที่สุด
ระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ใช้น้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่า

ประเด็นการประเมิน	ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1. น้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่ามีสรรพคุณสามารถบรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดการอักเสบของเส้นเอ็นได้จริง	4.00	มากที่สุด

ประเด็นการประเมิน	ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
2. ผลิตภัณฑ์มีความปลอดภัย	4.00	มากที่สุด
3. สะดวกในการใช้งาน	4.00	มากที่สุด
4. ผลิตภัณฑ์มีกลิ่นหอม	3.87	มากที่สุด
5. สมุนไพรที่ใช้และระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสม	4.00	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	3.97	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ใช้ยาหม่องสืบแปดเงิน

ประเด็นการประเมิน	ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1. ยาหม่องสืบแปดเงิน มีสรรพคุณสามารถบรรเทาอาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอกตามร่างกาย แก้อาการฟกช้ำได้	3.87	มากที่สุด
2. ผลิตภัณฑ์มีความปลอดภัย	4.00	มากที่สุด
3. สะดวกในการใช้งาน และมีประโยชน์	4.00	มากที่สุด
4. ผลิตภัณฑ์มีสีที่ีเหมาะสมและมีกลิ่นหอมน่าใช้	3.80	มากที่สุด
5. สมุนไพรที่ใช้และระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสม	4.00	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	3.93	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญที่ได้จากผลการวิจัยในเรื่องนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้วิจัยพัฒนาสูตรสมุนไพรเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์นวดสมุนไพรเพื่อการบริการด้านสุขภาพเชิงอัตลักษณ์ จำนวน 2 สูตร ประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์ และความพึงพอใจของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพของน้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่า พบว่าความใสของผลิตภัณฑ์ มีความใสอยู่ในระดับมากที่สุด สีมี่ความสม่ำเสมออยู่ในระดับดีมาก เป็นธรรมชาติ กลิ่นของผลิตภัณฑ์มีกลิ่นอยู่ในระดับดีมาก การละลายของน้ำมันบนผิวหนัง อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับดีมาก ไม่ทำให้แสบผิว

2. การประเมินคุณภาพของยาหม่องสืบแปดเงิน พบว่าลักษณะเนื้อครีมมีความละเอียด ไม่แข็งและไม่เหลว อยู่ในระดับมากที่สุด สีมี่ความสม่ำเสมออยู่ในระดับดีมาก สีเป็นธรรมชาติ มีกลิ่นตามธรรมชาติของสมุนไพร อยู่ในระดับดีมาก การละลายของเนื้อครีมบนผิวหนัง อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับมากที่สุด สามารถนำไปใช้ขนาด ไม่ทำให้เกิดอาการแสบ ร้อนบริเวณผิวหนัง

3. ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้น้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่า พบว่าผู้ใช้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งในด้านน้ำมันนวดสืบแปดเงินและรากการบูรป่ามีสรรพคุณสามารถบรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดการอักเสบของเส้นเอ็นได้จริง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ผลิตภัณฑ์มีความปลอดภัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 มีสะดวกในการใช้งาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ผลิตภัณฑ์มีกลิ่นหอม 3.87 และสมุนไพรที่ใช้และระดับความร้อน

ของตัวยาในผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.97 ซึ่งมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของไมตรี กุลบุตร และฐานันท์ หงส์รัตนารกิจ (2558) งานวิจัยเรื่อง ผลบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและความพึงพอใจของตำรับมันหอมระเหยสูตรผสม พบว่าหลังการใช้ผลิตภัณฑ์ ความพึงพอใจในภาพรวมของผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.77 จากคะแนนเต็ม 5) ความพึงพอใจต่อลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.40) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกผ่อนคลายหลังการใช้ผลิตภัณฑ์คิดเป็นร้อยละ 74.3 ความพึงพอใจขณะใช้ผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.49) ความคิดเห็นหลังจากการใช้ผลิตภัณฑ์พบว่าผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสมในระดับพอดี (ร้อยละ 60.0) แต่มีความมั่นใจในผลิตภัณฑ์ในระดับน้อย (ร้อยละ 51.4) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.2 มีความตั้งใจซื้อผลิตภัณฑ์หากมีจำหน่ายในท้องตลาด รูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผลิตภัณฑ์นี้คือน้ำมันขวดคิดเป็นร้อยละ 55.9⁷

4. ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ยาหม่องสืบแปดเงิน พบว่าผู้ใช้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งในด้านยาหม่องสืบแปดเงินมีสรรพคุณสามารถบรรเทาอาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอกตามร่างกาย แก้อาการฟกช้ำได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ผลิตภัณฑ์มีความปลอดภัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 มีสะดวกในการใช้งานและมีประโยชน์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ผลิตภัณฑ์มีสีที่เหมาะสมและมีกลิ่นหอมน่าใช้ 3.80 และสมุนไพรที่ใช้และระดับความร้อนของตัวยาในผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.93 ซึ่งมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ซึ่งทั้ง 2 ผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสมในการใช้สมุนไพรแต่ละชนิดเป็นส่วนผสม

ข้อเสนอแนะ

การนำข้อเสนอแนะผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนต่อไป เพื่อให้ชุมชนสามารถนำสมุนไพรถิ่นมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ได้

2. นำผลการวิจัยใช้ในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์และธุรกิจสุขภาพ และหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการธุรกิจสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือก ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารสพรรณของยาหม่องจากสมุนไพรถิ่นชนิดอื่น ๆ เพื่อความหลากหลายในการพัฒนาผลิตภัณฑ์

2. ควรมีการศึกษาลักษณะอื่น ๆ ที่สามารถทำจากสมุนไพรสืบแปดเงิน และรากการบูรป่า เช่น โลชั่น ครีม สเปรย์ และเจล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมุนไพร ออนไลน์. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2565, จาก <https://th.wikipedia.org>
2. กลุ่มสมุนไพรเพื่อสุขภาพปิยะมิตร. (2565). สืบแปดเงิน และรากการบูรป่า , ยะลา : อุโมงค์ปิยะมิตร.
3. ศรัณย์ กิจศิริไพศาล. (2556). สูตรสมุนไพรช่วยหน้าขาว ผิวใส ไร้สิ่วฝ้า. กรุงเทพมหานคร : เอ็มไอเอส
4. ธนิกา ปฐมวิชัยวัฒน์. น้ำมันมะพร้าว ออนไลน์. ค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2565, จาก : <https://medthai.com>
5. ชญานันท์ เอี่ยมสำอางค์. คุณสมบัติของขมิ้นชัน ออนไลน์. ค้นเมื่อ 7 สิงหาคม 2565, จาก : <https://th.search.yahoo.com/search>
6. ศูนย์เรียนรู้ และอนุรักษ์พันธุ์พืชสมุนไพรไทย. ไพล สรรพคุณและประโยชน์ของไพล ออนไลน์. ค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2565, จาก : <https://skm.ssu.ac.th/news/view/a637>
7. ไมตรี กุลบุตร และฐานันท์ หงส์รัตนารกิจ. (2558, มกราคม - มิถุนายน). ผลบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและความพึงพอใจของตำรับมันหอมระเหยสูตรผสม. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 7(13) :50-64.

Received: 2 Feb. 2023, Revised: 26 Feb. 2023

Accepted: 3 Mar. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิ
บัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยองจุฬามาศ ยลศิริวัฒน์^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยปัจจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการระบบสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียนใช้สิทธิตามโรงพยาบาลในจังหวัดระยอง โดยอาสาสมัครจะถูกนำเข้าสู่โครงการจากโรงพยาบาลระยอง แกลง และปลวกแดงจำนวน 392 ราย โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลระหว่าง 1 พฤศจิกายน-31 ธันวาคม 2565 กับแรงงานต่างด้าวที่พักอาศัยในจังหวัดระยอง จำนวน 392 ราย ที่ไปรับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลแกลง ระยองและปลวกแดง จังหวัดระยองมีการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพให้แรงงานต่างด้าวแต่ยังไม่มีการประเมินการใช้บริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่นำบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวไปใช้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสมมติฐานข้อมูลด้วย t-Test, One-Way ANOVA และ Correlation

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 392 ราย ส่วนใหญ่สัญชาติกัมพูชา (49.5%) อายุระหว่าง 26-35 ปี (เฉลี่ย 26.7 ปี) ระยะเวลาที่พักอาศัยในจังหวัดระยอง 5-6 ปี (เฉลี่ย 5.6 ปี) รายได้ 10,001-15,000 บาท (เฉลี่ย 12,500 บาท) และจำนวนครั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ 3-4 ครั้ง (เฉลี่ย 3 ครั้ง) ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 23.62$, $SD = 2.61$) แรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 11.36$, $SD = 1.36$) และการยอมรับบริการเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 9.19$, $SD = 1.29$) การได้รับข่าวสารบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.95$, $SD = 1.41$) ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าปัจจัย เพศ ($p = 0.037$) อายุ ($p < 0.001$) สัญชาติ ($p < 0.001$) ระยะเวลาที่พักอาศัยในจังหวัดระยอง ($p < 0.001$) อาชีพ ($p < 0.001$) รายได้ ($p < 0.001$) และจำนวนครั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ($p < 0.001$) ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพ ($p < 0.001$) และการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง

ผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงบริการสุขภาพและประชาสัมพันธ์เพื่อให้แรงงานต่างด้าวซื้อบัตรประกันสุขภาพมากขึ้นเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายกรณีนี้เสียของโรงพยาบาลจากการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีบัตรสุขภาพแรงงานต่างด้าว

คำสำคัญ : การเข้ารับบริการสุขภาพ/แรงงานต่างด้าว/บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

¹ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

* Corresponding author E-mail : jaju7339@gmail.com, wiepid@gmail.com

Original Article

Factors Associated with Health Care Service of Health Insurance Card
in Migrant Workers, Rayong ProvinceJuthamas Yolsirivat^{1*}

Abstract

The aims of this cross-sectional study to explored factors associated with healthcare service among migrant workers with insurance who had already register at hospitals in Rayong province. The participants were enrolled from Rayong Center, Klang and Plougdang hospitals. In Rayong province, after sale health insurance card and have not research evaluated of health care service in this. All 392 participants were collected data by questionnaires, during 1 November 2022 to 31 December 2022. The data of was analyzed by frequency (n), percentage (%), mean (Average) and standard deviation (S.D.) and hypothesis testing were performed with t-Test, One-way ANOVA and Correlation.

All participants 392, most of participants were Cambodian (49.5%), an age of participants was 26-35 years (Average: 26.7 years), life time in Rayong province was 5-6 years (Average; 5.6 years), income was 10,001-15000 Bath (Average: 12,500 Bath) and 3-4 times (Average: 3 times) for payment healthcare Insurance. The result stratified by excellence score was overall satisfaction of healthcare insurance ($\bar{X}$ = 23.62, SD = 2.61), good score were encouragement ($\bar{X}$ = 11.36, SD = 1.36) and reliability ($\bar{X}$ = 9.19, SD = 1.29) and fairly score was perception information ($\bar{X}$ = 6.95, SD = 1.41), respectively. In addition, the result of hypothesis testing, this study shown significant level by gender (p = 0.037), age (p < 0.001), nationality (p < 0.001), life time (p < 0.001), occupation (p < 0.001), income (p < 0.001) and times to pay for insurance (p < 0.001), respectively. Furthermore, the overall the satisfaction (p < 0.001) and decided pay for health insurance (p < 0.001). Therefore, these factors were significantly associated with service system of healthcare insurance among migrant workers in Rayong province. This study would be improved health care service system and public relations for Non-Thai Residence in Rayong province to be healthcare insurance payment and reduce the expenses of bad debt from migrant worker got health service.

Key word: healthcare/migrant workers/healthcare insurance card

¹Health Strategic Development Group

* Corresponding author E-mail : jaju7339@gmail.com, wiepid@gmail.com

บทนำ

หลายประเทศต้องเผชิญกับการอพยพของแรงงานต่างด้าว และส่วนใหญ่เป็นประเทศเพื่อนบ้านซึ่งรัฐบาลไทยมีนโยบายให้แรงงานต่างด้าว ทุกคนขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องและต้องมีการจัดทำบัตรประกันสุขภาพเพื่อให้แรงงานต่างด้าวมียกประกันสุขภาพเมื่อมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย เมื่อแรงงานต่างด้าวมีการย้ายถิ่นฐานเข้าสู่ราชอาณาจักรไทยเพิ่มขึ้นจึงมีผลกระทบด้านต่างๆ ตามมาและผลกระทบทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อันก่อให้เกิดผลกระทบในแง่ลบต่อมีภาวะสุขภาพอนามัยต่อแรงงานต่างด้าว เช่น การแพร่ระบาดหรือการกระจายโรคติดต่อที่สำคัญแรงงานข้ามชาติติดกฎหมายส่วนหนึ่งเป็นโรคติดต่อและเจ็บป่วยด้วยโรคที่ประเทศไทยเคยควบคุมได้แล้ว และอาจเป็นพาหะของโรคต่างๆ ดังนั้นการให้บริการด้านสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นจะต้องให้บริการแก่บุคคลกลุ่มนี้ด้วยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ ที่อาจติดมากับแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ ซึ่งหากไม่มีการควบคุมให้ดีแล้วอาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในประเทศไทยอีกครั้ง แรงงานต่างด้าวมียกประกันการป่วยเล็กน้อยและการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักในสถานพยาบาลที่ต่ำกว่าคนไทยแต่มีลักษณะของการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักอยู่ที่บ้านเป็นอัตราที่สูงกว่าแรงงานที่เจ็บป่วยทั่วไป ส่วนใหญ่กว่าครึ่งดูแลตัวเองด้วยการซื้อยามากินเอง หรือไปรักษาที่คลินิกเอกชน และอีกจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการรักษาอะไรเลย สาเหตุหลักมาจากการไม่มีหลักประกันและสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพในการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล¹ ปี 2541 ประเทศไทยได้เริ่มมีการขายบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวด้วยความสมัครใจในอัตราคนละ 500 บาทต่อปี เพื่อนำเงินค่าประกันสุขภาพมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว ต่อมาปี 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับราคาสำหรับการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยคิดค่าประกันสุขภาพในอัตรา 1,300 บาทต่อคนต่อปี และเสียค่าตรวจสุขภาพอีกคนละ 600 บาท รวมเป็น 1,900 บาท นอกจากนี้สิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยผ่านระบบประกันสังคมของกระทรวงแรงงาน ซึ่งจะถูกหัก

เงินเดือนเพื่อสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมและนายจ้างจะต้องร่วมจ่ายเข้ากองทุนในจำนวนที่เท่ากันกับแรงงานต่างด้าวในทุกๆ เดือนตลอดอายุการทำงานของแรงงานต่างด้าว² แรงงานต่างด้าวที่เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพสามารถเลือกสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาจะได้รับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่กำหนด ตามชื่อของสถานพยาบาลและชื่อของผู้ประกันตน^(3,4)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการหรือประชาชน มี 7 ปัจจัย ได้แก่ 1.) ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุข 2.) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม 3.) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม เกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ ทัศนคติและความเชื่อของประชาชนที่ 4.) ปัจจัยทางด้าน เศรษฐฐานะ หรือทรัพยากรของครอบครัว 5.) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน สิ่งอำนวยความสะดวกหรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชน 6.) ปัจจัยด้านบริการจัดการ การให้บริการสุขภาพ และ 7.) ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ ทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรให้เพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพ⁵

ในปี 2565 จังหวัดระยอง แรงงานต่างด้าวซื้อบัตรประกันสุขภาพจำนวน 12,262 บัตรจาก 9 โรงพยาบาล ได้แก่โรงพยาบาลระยอง จำนวน 2,596 บัตร โรงพยาบาลแกลง จำนวน 3,046 บัตร โรงพยาบาลปลวกแดง จำนวน 1,777 บัตร โรงพยาบาลนิคมพัฒนา จำนวน 1,752 บัตร โรงพยาบาลบ้านค่าย จำนวน 1,222 บัตร โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง จำนวน 500 บัตร โรงพยาบาลวังจันทร์ จำนวน 771 บัตร โรงพยาบาลบ้านฉาง จำนวน 486 บัตรและโรงพยาบาลเขาชะเมา จำนวน 512 บัตร⁶ จังหวัดระยองได้ให้บริการทางด้านสุขภาพกับแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้และจังหวัดระยองยังไม่เคยมีการประเมินการใช้บริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่นำบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวไปใช้บริการการศึกษาครั้งนี้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับ/พัฒนาการให้บริการเพื่อให้เกิดความพอใจ/ความพึงพอใจและการกลับมาใช้บริการสุขภาพอีกครั้ง และจะปรับเปลี่ยนรูปแบบในการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพเพื่อช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจของนายจ้างและแรงงานต่าง

ตัวในการเชิญชวนให้มีการซื้อบัตรประกันสุขภาพ
แรงงานในแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินการเข้ารับบริการสุขภาพตาม
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
เข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพ
แรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ
อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่พำนักอาศัยในจังหวัดระยอง
และจำนวนครั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์
กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกัน
สุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง
2. ความพึงพอใจการใช้บริการบัตรประกัน
สุขภาพแรงงานต่างด้าวมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับ
บริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของแรงงาน
ต่างด้าวในจังหวัดระยอง
3. การตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงาน
ต่างด้าว ได้แก่ การได้รับข่าวสารการประกันสุขภาพ
แรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ และการยอมรับ
บริการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับ
บริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของแรงงาน
ต่างด้าวในจังหวัดระยอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยอรรถาธิบายเชิง
ภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) ใช้
แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา
(Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่านแล้วนำไป
ปรับปรุงและแก้ไข IOC = 0.87
2. นำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขแล้วไป
Try Out กับแรงงานต่างด้าวที่ไปรับบริการสุขภาพที่
โรงพยาบาลบ้านฉาง จำนวน 30 รายค่า Reliability
รวมเท่ากับ 7.94

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแรงงาน
ต่างด้าวที่พำนักอาศัยในจังหวัดระยอง และไปรับบริการ
ด้านสุขภาพจำนวน 3 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาล
แกลง โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลปลวกแดง
อายุมากกว่า 15 ปี สามารถที่จะสื่อสารภาษาไทยหรือ
ผ่านล่ามภาษา และพำนักอาศัยในจังหวัดระยอง ไม่น้อย
กว่า 1 ปี (เนื่องจากทั้ง 3 โรงพยาบาลแรงงานต่างด้าว
ซื้อบัตรประกันสุขภาพจำนวนมาก 3 อันดับแรกของ
จังหวัดระยอง)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Size) ที่ใช้ในการ
วิจัยจากสูตร⁷

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

$$n = 392$$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามใช้สัมภาษณ์
แรงงานต่างด้าวที่ไปรับบริการด้านสุขภาพด้านการ
รักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแกลง โรงพยาบาลระยอง
และโรงพยาบาลปลวกแดง

2. การสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเป็นแบบ
Accidental Interview ไม่เฉพาะคนใดคนหนึ่งที่ได้รับ
บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแกลง โรงพยาบาล
ระยองและโรงพยาบาลปลวกแดง

3. การสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 10-15
นาที เริ่มต้นการสัมภาษณ์ระหว่างที่แรงงานต่างด้าว
เป้าหมายรอพบแพทย์ตรวจ หรือ ระหว่างรอการรับ
บริการอื่นๆ หรือไปสัมภาษณ์ที่พัก (Camp) ของ
แรงงานต่างด้าวที่นายจ้างอนุญาตให้เข้าดำเนินการ
สัมภาษณ์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้
เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ตอน
ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบ
แบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้
ระยะเวลาที่พำนักในจังหวัดระยอง และครั้งที่ทำบัตร
สุขภาพ จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ โดยแบ่งการตอบเป็น 5 ระดับ โดยให้ตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ถ้าตอบ “มากที่สุด” ให้ 5 คะแนน “มาก” ให้ 4 คะแนน “ปานกลาง” ให้ 3 คะแนน “น้อย” ให้ 2 คะแนน และ “น้อยที่สุด” ให้ 1 คะแนน โดยมีคะแนนสูงสุด 30 คะแนน ต่ำสุด 1 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการข่าวสารบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ลักษณะการตอบเป็นแบบปลายปิด จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ลักษณะการตอบเป็นแบบปลายปิด จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ และตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการยอมรับบริการเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ลักษณะการตอบเป็นแบบปลายปิด จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ โดยให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ถ้าตอบ “ใช่” ให้ 2 คะแนน “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน และ “ไม่แน่ใจ” ให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนสูงสุด 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งช่วงการวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

1.ลักษณะทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.การทดสอบสมมติฐาน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test, ANOVA และ Correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การรับรองการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองเลขที่เอกสารรับรอง COA No.24/2565 เลขที่โครงการ REC-RY No. 29/2565 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง พบว่าเป็นสัญชาติกัมพูชา ร้อยละ 49.5 เพศหญิง ร้อยละ 68.9 อายุเฉลี่ย 26.7 ปี ร้อยละ 48.5 ระยะเวลาที่พำนักอาศัยในจังหวัดระยองเฉลี่ย 5.6 ปี ร้อยละ 46.9 อาชีพกรรมกร ร้อยละ 36.2 มีรายได้เฉลี่ย 12,500 บาท ร้อยละ 67.6 และจำนวนครั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพเฉลี่ย 3 ครั้ง ร้อยละ 38.8 ความพึงพอใจเมื่อมารับบริการตรวจรักษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.3 ความพึงพอใจต่อการตรวจรักษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.9 ความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำด้านสุขภาพของแพทย์และเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.4 ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลที่ไปรับบริการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.8 ความพึงพอใจเมื่อได้เข้าพบแพทย์ตรวจรักษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.2 และความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.4 และเมื่อพิจารณาภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.78

ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจเมื่อมารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ($\bar{X} = 24.06$, $SD = 2.25$) ความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำด้านสุขภาพของแพทย์และเจ้าหน้าที่ ($\bar{X} = 23.85$, $SD = 2.39$) ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลที่ไปรับบริการรักษาพยาบาล ($\bar{X} = 24.37$, $SD = 2.95$) และ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเมื่อเจ็บป่วย ($\bar{X} = 23.85$, $SD = 2.23$) ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มากที่สุด ($\bar{X} = 23.62$, $SD = 2.61$)

การได้รับข่าวสารบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พบว่า การซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพราะนายจ้างบังคับให้ซื้อ อยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง ร้อยละ 49.7 การซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพราะนายจ้างซื้อให้ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 64.0 การได้ยินมาจากวิทยุ/โทรทัศน์ให้

แรงงานต่างด้าวซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวได้ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 37.5 การได้รับคำแนะนำให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจากเพื่อนแรงงานด้วยกันอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 71.2 การซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวด้วยตัวเองอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 49.5 และการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพราะโรงพยาบาลให้ซื้อ อยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง ร้อยละ 64.0 และภาพรวมการได้รับข่าวสารบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 42.3

ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ได้แก่ การซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพราะนายจ้างบังคับให้ซื้อ ($\bar{X} = 8.55$, $SD = 1.02$) การซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพราะนายจ้างซื้อให้ ($\bar{X} = 5.77$, $SD = 1.11$) การได้ยินมาจากวิทยุ/โทรทัศน์ ให้แรงงานต่างด้าวซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวได้ ($\bar{X} = 7.98$, $SD = 1.92$) การได้รับคำแนะนำให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจากเพื่อนแรงงานด้วยกัน ($\bar{X} = 6.31$, $SD = 1.91$) การซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวด้วยตัวเอง ($\bar{X} = 7.40$, $SD = 1.48$) การซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพราะโรงพยาบาลให้ซื้อ ($\bar{X} = 5.66$, $SD = 1.12$) และภาพรวมการได้รับข่าวสารบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X} = 6.95$, $SD = 1.41$)

แรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พบว่า การใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวได้ในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดระยอง อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 66.1 การเปลี่ยนนายจ้างบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวสามารถใช้ได้จนบัตรหมดอายุ อยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง ร้อยละ 62.2 บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีราคาถูก อยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง ร้อยละ 57.9 บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวใช้รักษาพยาบาลฉุกเฉินตอนกลางคืน อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 57.1 การมีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง ร้อยละ 55.1 การมีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเมื่อนอนโรงพยาบาลไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 72.7 การมีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหาก

เป็นผู้หญิงสามารถฝากครรภ์ฟรี อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 55.9 และการมีเงินมากพอซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 52.0 และภาพรวมแรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว อยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X} = 11.36$, $SD = 1.36$)

การยอมรับบริการสุขภาพเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พบว่า บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวใช้ยามเจ็บป่วยได้ทุกเวลา อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 52.3 ได้แก่ เมื่อไปโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่แนะนำการใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวตอนไปรับบริการที่โรงพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 63.3 ตอนเจ็บป่วยไปรับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสามารถพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็วไม่ต้องคอยนาน อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 69.1 บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวสามารถใช้รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจนกระทั่งหายจากโรค อยู่ในเกณฑ์ระดับอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 81.4 เมื่อป่วยมีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเมื่อแพทย์นัดให้พบแพทย์จะไปพบแพทย์จนหายป่วยจากโรค อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 80.9 และมีเจ้าหน้าที่ติดตามการรักษาพยาบาลจนหายจากโรค อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 42.1 และภาพรวมการยอมรับบริการสุขภาพเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 64.6

ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการยอมรับบริการสุขภาพเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ระดับดี จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวใช้ยามเจ็บป่วยได้ทุกเวลา ($\bar{X} = 9.63$, $SD = 1.43$) เมื่อไปโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่แนะนำการใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวตอนไปรับบริการที่โรงพยาบาล ($\bar{X} = 9.32$, $SD = 1.49$) ตอนเจ็บป่วยไปรับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสามารถพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็วไม่ต้องคอยนาน ($\bar{X} = 8.95$, $SD = 1.16$) บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวสามารถใช้รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจนกระทั่งหายจากโรค ($\bar{X} = 8.83$, $SD = 1.18$) เมื่อป่วยมีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเมื่อแพทย์นัดให้พบแพทย์จะไปพบแพทย์จนหายป่วยจากโรค ($\bar{X} = 8.85$, $SD = 1.17$) และมีเจ้าหน้าที่

ติดตามการรักษาพยาบาลจนหายจากโรค ($\bar{X} = 9.54$, $SD = 1.29$) และเมื่อพิจารณาภาพรวมการยอมรับบริการสุขภาพเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ระดับดี ($\bar{X} = 9.19$, $SD = 1.29$)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ ระยะเวลาที่พักอาศัย ในจังหวัดระยอง อาชีพ รายได้ และจำนวนครั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง ($p\text{-value} < 0.037$, < 0.001 , < 0.001 , < 0.001 , < 0.001 , < 0.001 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ว่าลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่พักอาศัยในจังหวัดระยอง และจำนวนครั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการยอมรับเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พบว่า ปัจจัยด้านเพศกับแรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ($p < 0.000$, 95% CI 11.45-1.90) และการยอมรับเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ($p = 0.001$, 95% CI = 9.50-9.90) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง

ปัจจัยอายุ สัญชาติ ระยะเวลาที่พักอาศัยในจังหวัดระยอง อาชีพ รายได้ และจำนวนครั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กับความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง ($p < .000$) ส่วนรายได้กับความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ($p = 0.000$, 95% CI 21.67-22.14) แรงจูงใจในการซื้อบัตร

ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ($p = 0.002$, 95% CI 10.49 -12.35) และการยอมรับเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ($p = 0.000$, 95% CI 9.38-9.60) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยองตารางที่ 1

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง ($p < 0.000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ว่า ความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง และเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ตั้งไว้ว่า การตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง นอกจากนี้ความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ($r = 0.80$, $p = 0.0001$) และการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ($r = 0.88$, $p = 0.88$) มีความสัมพันธ์กับปัจจัยการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง โดยมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกันหรือแปรผกผันต่อกันดังตารางที่ 2

สรุปและอภิปรายผลผลการวิจัย

แรงงานต่างด้าว ได้แก่ สัญชาติลาว เมียนมา กัมพูชา และ ไทใหญ่ เพศหญิง อายุระหว่าง 26-35 ปี ระยะเวลาที่พักอาศัยในจังหวัดระยอง ระหว่าง 5-6 ปี อาชีพกรรมกร รายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท และจำนวนครั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพระหว่าง 3-4 ครั้ง ภาพรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านความพึงพอใจเมื่อมารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำด้านสุขภาพของแพทย์และเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลที่ไปรับบริการรักษาพยาบาล

และความพึงพอใจต่อการต่อคิวคอยตรวจรักษาพยาบาล ภาพรวมมีระดับการได้รับข่าวสารบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว อยู่ในระดับปานกลาง ด้านแรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในภาพรวมมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการยอมรับบริการสุขภาพเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเหมือนกับการศึกษาของ⁸ รายงานการศึกษาการเลือกใช้บริการของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคม จำนวน 358 ราย จากหน่วยบริการสุขภาพ 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลงาว/วังเหนือ/แม่เกาะ/เกาะคา/ห้างฉัตร/เสริมงามและสบปราบ ความรู้ด้านสิทธิประโยชน์การรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการ

สุขภาพของผู้ประกันตน ภาพรวมใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอคอยแพทย์ รวม 53 นาที ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ 1.) บุคคลภายในครอบครัวที่แนะนำให้ไปใช้สิทธิที่โรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง 2.) บุคคลภายนอกแนะนำให้ไปใช้บริการอยู่ในระดับปานกลาง และ 3.) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของการประกันสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการให้คำแนะนำและข้อมูล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (การได้รับข่าวสารบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว แรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและการยอมรับเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว) (n = 392)

ลักษณะทางประชากร	ความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	การตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว		
		การได้รับข่าวสารบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	แรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	การยอมรับเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
เพศ				
$\bar{X}$ (SD.)	23.8 (1.20)	7.95 (1.95)	11.95 (1.55)	9.66 (1.30)
p-value	0.967	0.755	0.000*	0.001
(95% CI)	(23.33-24.38)	(7.65-8.25)	(11.45-11.90)	(9.50-9.90)
อายุ				
$\bar{X}$ (SD.)	23.5 (2.30)	8.6 (2.12)	12.2 (1.60)	8.2 (0.79)
p-value	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
(95% CI)	(22.26-24.90)	(6.73-10.54)	(10.90-13.60)	(9.75-10.69)
สัญชาติ				
$\bar{X}$ (SD.)	24.4 (1.53)	8.5 (1.27)	11.8 (1.12)	8.2 (0.79)
p-value	0.000*	0.000*	0.001	0.000*
(95% CI)	(23.98-24.79)	(8.25-8.71)	(11.59-12.05)	(10.10-10.40)
ระยะเวลาที่พักอาศัยในจังหวัดระยอง				
$\bar{X}$ (SD.)	23.5 (2.77)	8.4 (1.66)	11.6 (1.37)	10.1 (0.99)
p-value	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*

ลักษณะทางประชากร	ความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	การตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว		
		การได้รับข่าวสารบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	แรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	การยอมรับเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
(95% CI)	(22.16-24.99)	(7.83-9.04)	(10.93-12.19)	(9.72-10.42)
อาชีพ				
$\bar{X}$ (SD.)	24.0 (1.74)	8.0 (1.51)	7.4 (1.15)	9.4 (0.69)
p-value	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
(95% CI)	(19.98-24.85)	(7.11-8.96)	(11.18-12.83)	(8.95-9.87)
รายได้				
$\bar{X}$ (SD.)	21.9 (1.67)	3.4 (1.73)	11.5 (1.64)	9.6 (0.91)
p-value	0.000*	0.063	0.002	0.000*
(95% CI)	(21.67-22.14)	(7.65-9.13)	(10.49-12.35)	(9.38-9.60)
จำนวนครั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ				
$\bar{X}$ (SD.)	23.1 (1.42)	7.5 (1.29)	11.6 (1.28)	9.9 (0.69)
p-value	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
(95% CI)	(18.78-19.38)	(6.65-7.63)	(9.29-10.32)	(8.39-8.41)

*p-value < 0.001

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และ การตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง

การเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง	p-value
ความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	< 0.001
การตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	< 0.001

ข่าวสาร ด้านบุคลากรและเจ้าหน้าที่ ด้านสถานที่และสภาพแวดล้อม ด้านความน่าเชื่อถือของสถานพยาบาล และด้านกระบวนการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ บันลือ เกิดไกล และคณะ⁸ รายงานการศึกษาของโรงพยาบาลดอยเต่ากับผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของโรงพยาบาล พบว่าความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการสุขภาพ ด้านอัตราค่าบริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการสุขภาพ ด้านคุณภาพบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อรับบริการ มีค่าคะแนนอยู่ในระดับมาก

ขวัญมนัส พรณสุผล และคณะ⁹ รายงานการศึกษาเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าวในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาศึกษาตีเมียนมา ไทใหญ่ และมอญ ผลการศึกษาสวัสดิภาพสุขภาพพบว่าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 58.1 ไปรับบริการสุขภาพตามสิทธิประกันสังคมที่เป็นสวัสดิการสุขภาพ มากที่สุด ร้อยละ 56.6 ไปยังสถานบริการที่ปกใกล้ที่สุดก่อน และจะเลือกหน่วยบริการสุขภาพของรัฐเป็นอันดับแรก ร้อยละ 45.21 การรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้สิทธิบริการสุขภาพ การสื่อสาร

ข้อมูลสุขภาพ และประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ
อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ ระยะเวลาที่พัก
อาศัยในจังหวัดระยอง อาชีพ รายได้ และจำนวนครั้งที่
ซื้อบัตรประกันสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้า
รับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงาน
ต่างด้าวในจังหวัดระยอง ซึ่งเหมือนกับ จรินทร์ ย่นพันธ์¹⁰
รายงานการศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย ในช่วง 6
เดือนที่ผ่านมาแรงงานต่างด้าวไปใช้บริการด้านสุขภาพ
ของโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 19.5 และโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 14.5 ผลการวิเคราะห์
ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยเพศชาย (Adj OR = 3.36,
95% CI 1.27-8.88, $p = 0.009$) อายุระหว่าง 18-30
ปี (Adj OR = 2.31, 95% CI 1.13-4.72, $p = 0.022$)
สถานภาพโสด (Adj OR = 6.04, 95% CI 1.81-20.20,
 $p = 0.001$) ประสบการณ์ทำงานในประเทศไทย 1-5
ปี (Adj OR = 4.99, 95% CI 2.33-10.72, $p < 0.001$)
ลักษณะที่พักอาศัย (Camp ก่อสร้าง/ห้องพักนายจ้าง
จัดให้: Adj OR = 4.61, 95% CI 2.17-9.71, $p < 0.001$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขแรงงานต่างด้าวในเขตสุขภาพที่ 8 ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กิตติชัย แซ่ลิ้ม และ วรลักษณ์ หิมะกลัส¹¹
รายงานการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงาน
ต่างด้าว ใน 8 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสามารถ
ทำงานได้ในจังหวัดเชียงใหม่มากกว่า 10 ปี สัญชาติ
เมียนมา ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเพศ ($t = 3.099$, $p = 0.001$) อายุ ($t = 4.866$, $p = 0.001$) การศึกษา ($t = 2.332$, $p = 0.001$) ช่วงระยะเวลาที่ทำงานใน
จังหวัดเชียงใหม่ ($t = 3.525$, $p = 0.0001$) การ
เจ็บป่วย ($t = 3.731$, $p = 0.0001$) เป็นปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว
(เมียนมา) ในจังหวัดเชียงใหม่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะ
ทั่วไปกับความพึงพอใจต่อการใช้บริการบัตรประกัน
สุขภาพแรงงานต่างด้าวและการตัดสินใจซื้อบัตรประกัน
สุขภาพแรงงานต่างด้าว พบว่า ปัจจัยด้านเพศกับ

แรงจูงใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
และการยอมรับเมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่าง
ด้าวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการ
สุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวใน
จังหวัดระยอง ซึ่งขวัญมนัส พรรณสุผล และคณะ⁹
รายงานการศึกษาแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาใน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ไทใหญ่ และมอญ ผล
การศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพต่อ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรทำนายที่มี
อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว
ชาวเมียนมา คือการรับรู้สิทธิบริการสุขภาพและการ
สื่อสารข้อมูลสุขภาพ ซึ่งสามารถทำนาย คุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพ ได้เพียงร้อยละ 28.8 และยังเป็นปัจจัยการ
เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาในสถานประกอบการ
อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ($p < 0.05$) นอกจากนี้ ญาดา เรียมริมมะดันและศิริพันธ์ คำสี¹²
รายงานการศึกษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ
แรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์เป็นแรงงานกลุ่มที่
ปฏิบัติตาม MOU (กลุ่มนำเข้า) เป็นผู้ถือครองบัตร
สวัสดิการสุขภาพประกันสังคม (แรงงานต่างด้าว) ถือ
ครองบัตรประกันสุขภาพ และใช้บริการสุขภาพของรัฐ
เมื่อมีอาการเจ็บป่วย พบว่า การได้ข่าวสารเกี่ยวกับ
สุขภาพและการเจ็บป่วยของแรงงานอยู่ในระดับปาน
กลาง ความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานอยู่ในระดับ
ปานกลาง และปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพและการ
เจ็บป่วย ($r = 0.778$, $p = 0.0001$) การได้รับรู้ข้อมูล
ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ($r = 0.330$,
 $p = 0.0001$) และความต้องการด้านสุขภาพ ($r = 0.739$,
 $p = 0.0001$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าวใน
จังหวัดฉะเชิงเทรา และพรวรรพ พิชชา เกลิงพล¹³ รายงาน
ระบบประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวในจังหวัด
สมุทรสาครของ 3 สัญชาติ (เมียนมา ลาว และกัมพูชา)
ที่พักอาศัยในสถานประกอบการ พบว่าปัจจัยด้านการ
บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ ด้านการ
จัดการด้านสาธารณสุข (เฉพาะทางการแพทย์/แนะนำ
บริการ/เจ้าหน้าที่เพียงพอ: $r = 0.843$, $p = 0.010$)
ด้านภูมิศาสตร์ (ที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพ: $r = 0.445$,
 $p = 0.038$) ด้านวัฒนธรรม (การให้การ

ต้อนรับ/ความยินดีให้บริการด้านสุขภาพ: $r = 0.685$, $p = 0.0001$) ด้านความพร้อมของการให้บริการ (อุปกรณ์/เครื่องมือ/แพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ: $r = 0.633$, $p = 0.0001$) ด้านการรับรู้ข่าวสาร (การประชาสัมพันธ์/แนะนำการให้บริการ: $r = 0.392$, $p = 0.0001$) และด้านความสามารถเชิงภาษาเพื่อการสื่อสาร (สามารถใช้/พูด/สื่อสารภาษาไทยได้: $r = 0.268$, $p = 0.001$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิผลการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแรงงานต่างด้าวและนายจ้าง/หัวหน้าคนงานที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ขณะที่รอแพทย์ตรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉรินทร์ คำหวาน. 2559. การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ : กรณีศึกษาอำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2559
2. เบญจพร ทองมาก และ วรวิทย์ มิตรทอง. 2564. การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพและบัตรประกันสังคมในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและบุคลากร ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564
3. วิชุดา สาธิตพร. 2558. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : พัฒนาการ แนวโน้ม และการสำรวจมาตรฐานด้านสุขภาพของไทย. สาขา การเมืองการปกครองและนานาชาติศึกษา, New England, Australia
4. ชนิตา เล็บครุฑ. 2554. ผลกระทบของคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสายสนับสนุน. รายงานการวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
5. พรณรัตน์ อารมณ์พิศาล และ วสันต์ ศิลปะสุวรรณ. 2559. ตัวแบบการบริหารจัดการการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวเมียนมาในประเทศไทย.

- สาขาการจัดการ วิทยาลัยด้านการจัดการและรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
6. กลุ่มงานประกันสุขภาพ. 2565. สถานการณ์การซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง ปี 2561-2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
 7. เวสารัช วรุตมะพงศ์พันธุ์. 2563. ประสิทธิภาพในการสื่อสารของป้ายดิจิทัลแสดงผลคุณภาพอากาศบริเวณรอบนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต การจัดการสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
 8. บัณฑิต เกิดไกล, จิตมา กตัญญู, วันทนี ขวพงษ์. 2557. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบายร่วมจ่าย 30 บาทรักษาทุกโรค) ของโรงพยาบาลดอยเต่าจังหวัดเชียงใหม่. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
 9. ขวัญมนัส พรณสุผล, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กมลทิพย์ ชลัทธิธรรมเนียม. 2559. ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาในสถานประกอบการอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
 10. จรินทร์ ย่นพันธ์. 2562. กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวในเขตสุขภาพที่ 8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย. สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาสารคาม
 11. กิตติชัย แซ่ลิ่ม, วรลักษณ์ หิมะกลั้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงใหม่. เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต (ภาคพิเศษ) คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 12. ญาดา เรียมริมมะดัน, ศิรินันท์ คำสี. 2561. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร มฉก. วิชาการ ปีที่ 21 ฉบับที่ 42 มกราคม-มิถุนายน 2561
 13. พรภาพิชา เกลิงพล. 2563. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสังคมศาสตร์

และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม 2563) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

10. จรินทร์ ย่นพันธ์. 2562. กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวในเขตสุขภาพที่ 8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย. สาธารณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิต มหาสารคาม
11. กิตติชัย แซ่ลิ้ม, วรลักษณ์ หิมะกลั้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงใหม่. เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต (ภาคพิเศษ) คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
12. ญาดา เรียมริมมะดัน, ศิรินันท์ คำสี. 2561. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร มจร. วิชาการ ปีที่ 21 ฉบับที่ 42 มกราคม-มิถุนายน 256

Received: 12 Feb. 2023, Revised: 4 Mar. 2023

Accepted: 6 Mar. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษา

ธนภรณ์ จำรูญจาริต¹ อรณัฐ อัครอนันต์² พิมพ์พิชญา ดามาพงศ์³ ปริญดา เฉลิมถิรเลิศ⁴
รินทร์ลิตา ชัยประสพวงศ์⁵ พิธิษฐ์ อยู่ใจเย็น⁶ กรदनัย ตรีรัตนกุลจรัส⁷ ศุจินน มังคลรังษี⁸

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของการเสียชีวิตในประเทศไทย สร้างความสูญเสียทั้งระดับครอบครัว และระดับประเทศ คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจกว่า 280 พันล้านบาท โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุสำคัญมาจากปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมร่วม ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) กลุ่มประชากรคือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 ในเขตกรุงเทพมหานคร นนทบุรี และ สมุทรปราการ ที่ใช้อินเทอร์เน็ต แบบสอบถามออนไลน์ถูกส่งให้กลุ่มตัวอย่างทางกลุ่มสื่อสารสังคมออนไลน์ของชั้นเรียน มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมา 229 คน ทำการเก็บข้อมูลในเดือน ธันวาคม 2565 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases : NCDs) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้วย Pearson's Correlation

ผลการศึกษา พบว่า จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 229 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.10 (n=149) ส่วนใหญ่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 31.00 (n=71) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจาก สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 64.60 (n=148) ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 48.00 (n=110) มีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ระดับปานกลาง รองลงมาเป็นการรับรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 44.10 (n=101) คำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อใดไม่ใช่โรคที่จัดอยู่ในกลุ่ม โรค NCDs โรคกระเพาะเกิดจาก ข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจโดยตรง ส่วนคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยหลักในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดใดที่ฆ่าชีวิตคนอเมริกันมากที่สุด และข้อใดกล่าวถูกต้องกับการดื่มเหล้า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับกลาง ร้อยละ 56.70 (n=130) โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติเสมอมากที่สุดเป็นการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ การงดการดื่มแอลกอฮอล์ การทำกิจกรรมสันทนาการคลายเครียด ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติการรับประทานอาหารทอด การรับประทานอาหารที่มีรสชาติดหวาน และการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่พบแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับช่องทางการรับข่าวสาร ($r = 0.158^*$, $p < 0.05$) สรุป กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ระดับกลาง โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคใดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเสมออย่างน้อยที่สุดเป็นเรื่องพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหาร ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยการเกิดโรค การป้องกัน และพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่ยังวัยรุ่น ส่งผลต่อสุขภาพระยะยาวของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และควรมีการจัดเวลาสำหรับกิจกรรมกีฬา การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มมากขึ้นในเวลาเรียน

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การรับรู้, พฤติกรรมสุขภาพ, NCDs

¹โรงเรียนเซนต์โยเซฟบางนา, ²โรงเรียนนานาชาติกรุงเทพ, ³โรงเรียนสาธิตนานาชาติสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง, ⁴โรงเรียนอานวยศิลป์, ⁵โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา, ⁶มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

Original Article

Perception of Non Communicable Diseases and Health Behavior among high school students: Case Study

Tanaporn Jumroonjareed¹ Oranat Attavoranan² Pimpitchaya Dhamapong³ Parinda Chalermthiralert⁴ Rinlita Chaiprasopwong⁵ Phisit Youjaiyen⁶ Korndanai Treerattanakuljaras⁷ Sujimon Mungkalarungsi⁸

Abstract

Noncommunicable diseases are the leading cause of death in Thailand, causing losses at the family level and national level representing an economic value of over 280 billion baht. Non-communicable diseases (NCDs) are mainly caused by co-behavioral risk factors, most of which can be prevented. The purpose of this study was to study the perception of non-communicable diseases, health behavior and factors related to health behaviors. This study is a survey research, collect data by an online survey (Google form). Population in this study was a group of high school student, grade 9-12 in Bangkok, Nontaburi and Samutprakarn who could access the internet. An online survey was sent to the sample group via classroom social media groups. There were 229 students responded. The data was collected in December 2022 – January 2023. Descriptive statistics were used to analyze participant demographic characteristic and perception of non-communicable diseases such as mean, percentage, frequency and standard deviation. Pearson's Correlation was used to analyze factors associated with health behaviors.

The results of the study revealed that from all 229 respondents, most of them were female (n=149, 65.10%), and most of them studied at grade 11 (n=71, 31.00%). with health from Social media (n=148, 64.60%). Most of the respondents had a moderate level of perception about NCDs (n=110, 48.00%), followed by a low level of perception (n=101, 44.10%). The most correctly answered question is Which of the following is not a disease classified as NCDs? Cancer is caused by Which of the following is not directly related to heart disease? The question that answered the least correctly was Which of the following is not a major factor in the occurrence of chronic non-communicable diseases? What non-communicable disease kills the most Americans? And which of the following is true about drinking alcohol? Most of the respondents had moderate health behaviors (n=130, 56.7%). The behavior that is always practiced were to avoid exposure to cigarette smoke, abstinence from drinking alcohol, doing recreational activities to relieve stress. For the behavior that least practiced were eating fried food, eating sweet foods and eating foods high in sodium. No variables were found to correlate with health behaviors which was statistically significant. Perceptions of non-communicable diseases were positively correlated with news channels receiving healthcare information (r=0.158*, p<0.05). Conclusion: The sample's perception of non-communicable diseases was at the middle level. The respondents were aware of which disease is a non-communicable disease. The respondents had a moderate health behavior. The least practiced health behavior is food consumption behavior. There should be education about non-communicable diseases, disease incidence factors, prevention, and health behaviors are increasing due to having good health behaviors since adolescence affecting the long-term health of secondary school students. And there should be a time for sports activities, exercise during school time.

Keyword: Non communicable diseases, perception, health behavior, NCDs

¹Saint Joseph Bangna School, ²International School of Bangkok, ³King Mongkut's International Demonstration School, ⁴Amnuay Silpa School, ⁵Triam Udom Suksa School, ⁶Assumption University

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตในประเทศไทย¹ มีผู้เสียชีวิตประมาณ 400,000 คนต่อปี (หรือร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) เกือบครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร² ซึ่งเป็นวัยที่เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญ มักเป็นเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวและคนวัยทำงาน ในปี พ.ศ. 2556 ประมาณการว่าสังคมไทยมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเกิดจากโรคไม่ติดต่ออยู่ที่ประมาณ 280 พันล้านบาท³ โรคไม่ติดต่อ 4 โรคสำคัญข้างต้นมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมร่วม 4 อย่างซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอันตราย และการบริโภคอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ (การบริโภคเกลือ น้ำตาล และไขมันอิ่มตัว มากเกินไป)⁴ ปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมเหล่านี้พบมากในกลุ่มคนไทย ผู้ใหญ่เพศชายร้อยละ 40 นั้นสูบบุหรี่⁵ จากการสำรวจเมื่อเร็วๆ นี้ พบว่า 1 ใน 6 ของนักเรียน (อายุ 13-15 ปี) บริโภคยาสูบ อีกทั้งความชุกในการบริโภคยานั้นก็ลดลงเลยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา⁶ นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอันตรายเฉลี่ยต่อหัวต่อปีอยู่ที่ร้อยละ 6.7 ซึ่งถือว่าสูงสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁷ นอกจากนี้พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ใหญ่ และ 1 ใน 3 ของเด็ก (6-14 ปี) และเยาวชน (15-24 ปี) มีกิจกรรมทางกายไม่ถึงระดับที่ร่างกายต้องการต่อวัน⁸ และส่วนใหญ่อีกบริโภคอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ ดังที่จะเห็นได้จากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นเป็น 26 ซ่อนชา (104 กรัม) ต่อคนต่อวัน ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำองค์การอนามัยโลกที่ให้บริโภคน้ำตาลสูงสุดไม่เกิน 12 ซ่อนชาต่อวัน⁹ ในทำนองเดียวกัน การบริโภคเกลือต่อคนต่อวัน (9 กรัม) ก็สูงเกือบสองเท่าของปริมาณสูงสุดตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลกเช่นกัน¹⁰ ปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมนั้นเพิ่มความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง¹¹ ทั้งนี้พบปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มากขึ้นในคนไทย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเพิ่มจากร้อยละ 28 ใน พ.ศ.2548 เป็นร้อยละ 38 ใน พ.ศ.

2557¹² นอกจากนี้ 1 ใน 4 ของคนไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น¹³ นอกจากนี้ผู้มีปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงเพิ่มจากร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2557 ดังนั้น¹⁴ การเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อกลายเป็นภาระอันใหญ่หลวงให้กับบริการสาธารณสุข และส่งผลให้สิ้นเปลืองงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของชีวิตที่กำลังพัฒนานิสัยและพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพในอนาคต การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สามารถช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่สมดุล ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป และการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การเลือกที่ดีต่อสุขภาพตอนนี้จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอนาคตและปรับปรุงความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาการรับรู้ความรู้นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเรื่อง ของโรคไม่ติดต่อ ทั้งสี่โรค และรวมถึงความเข้าใจของนักเรียนกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ เพื่อที่จะนำไปใช้ประโยชน์รวมถึงนำความรู้ความเข้าใจของนักเรียนมาเป็นตัวชี้วัดเพื่อสร้างพฤติกรรมที่สอดคล้องหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรค ไม่ติดต่อ เนื่องจากนักเรียนเหล่านี้เป็นกำลังสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคในระยะยาวเพื่อที่จะลดปัญหาทางด้านสาธารณสุขในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ เป็นการเจาะจงเฉพาะกลุ่มประชากรที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามออนไลน์ เป็นวิธีการเก็บข้อมูลซึ่งทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามหลักการพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัย โดยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่ม ได้แก่ เบาหวาน มะเร็ง หลอดเลือดหัวใจ โรคทางเดินหายใจ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และได้ทำการศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ ระดับชั้น ช่องทางได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งครอบคลุมหัวข้อ การรับรู้ระดับพื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มะเร็ง หลอดเลือดหัวใจ และโรคปอดเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงเกิดโรค พฤติกรรมสุขภาพ มีทั้งหมด 20 คำถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบตัวเลือกหลายข้อ มีตัวเลือกที่ถูกต้องเพียง 1 ข้อ หากตอบถูกจะนำคะแนนมารวมกัน เกณฑ์การประเมินการรับรู้ระดับดี คือ ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับกลางคือร้อยละ 60-79 และระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามวัดระดับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ใน 4 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน มะเร็ง หลอดเลือดหัวใจ และโรคปอดเรื้อรัง^{13,15} มีทั้งหมด 11 คำถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบการให้คะแนนพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ โดยตัวเลือก 1-5 ซึ่ง 5 หมายถึงปฏิบัติตามเสมอ (ร้อยละ 80-100) 4 หมายถึงปฏิบัติตามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60-79) 3 หมายถึง ปฏิบัติบ้าง (ร้อยละ 40-59) 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 10-39) และ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ (ต่ำกว่าร้อยละ 10) โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน พิสัยของคะแนนอยู่ที่ 11-55 เกณฑ์การประเมินคะแนนพฤติกรรมมีดังนี้ คะแนนพฤติกรรมระดับดี คือได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80

ระดับกลางคือ ได้คะแนนร้อยละ 60-79 และ ระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในศึกษานี้ ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้ทำการทดสอบความง่ายของแบบสอบถามกับกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 ก่อนนำไปเริ่มเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ Google Form ซึ่งส่งให้กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 ผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น กลุ่มสังคมออนไลน์ อีเมล และกลุ่มไลน์ชั้นเรียนของโรงเรียนนานาชาติในจังหวัดนนทบุรี และ จังหวัดสมุทรปราการ ทำการเก็บข้อมูลในเดือน ธันวาคม 2565 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ.2566 มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมา 229 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติ SPSS เวอร์ชัน 26 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (frequency) ความถี่ (frequency) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้วย Pearson's Correlation

ผลการวิจัย

จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 229 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.10 (n=149) และเพศชาย ร้อยละ 34.90 (n=80) ซึ่งส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 31.01 (n=71) ลำดับต่อมาเป็นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 27.50 (n=63) ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 23.10 (n=53) และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 18.30 (n=42) ตามลำดับ ในส่วนช่องทางที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนใหญ่จะได้รับความรู้จากสื่อสังคมออนไลน์ หรือ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 64.60 (n=148) ลำดับต่อมาเป็นการรับข่าวสารจาก

การเรียนรู้หรือหนังสือเรียน ร้อยละ 13.10 (n=30) ได้รับข่าวสารจากเพื่อน ร้อยละ 12.70 (n=29) ได้รับข่าวสารจากผู้ปกครอง ร้อยละ 5.70 (n=13) ได้รับข่าวสารจากนิตยสาร ร้อยละ 2.60 (n=6) และน้อยที่สุดคือได้รับข่าวสารจากทีวี ร้อยละ 1.30 (n=3) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม (N=229)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	80 (34.90)
หญิง	149 (65.10)
กำลังศึกษาระดับชั้น	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	53 (23.10)
มัธยมศึกษาปีที่ 4	63 (27.50)
มัธยมศึกษาปีที่ 5	71 (31.01)
มัธยมศึกษาปีที่ 6	42 (18.30)
ช่องทางที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ	
ทีวี	3 (1.30)
นิตยสาร	6 (2.60)
สื่อสังคมออนไลน์/อินเทอร์เน็ต	148 (64.60)
ผู้ปกครอง	13 (5.70)
จากการเรียน / หนังสือเรียน	30 (13.10)
เพื่อน	29 (12.70)
รวม	229 (100.00)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละระดับ (N=229)

จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้	
		คะแนน	ระดับ
18	7.8	80% ขึ้นไป	สูง
110	48.0	60-79%	ปานกลาง
101	44.1	ต่ำกว่า 60%	ต่ำ

จากวิเคราะห์คำถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่า 3 คำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อใดไม่ใช่โรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรค NCDs มีผู้ตอบถูกจำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 84.28 ถัดมา ได้แก่ โรคมะเร็งเกิดจาก มีผู้ตอบถูกจำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 84.28 และคำถามที่ 3 คือ ข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจโดยตรง มีผู้ตอบถูกจำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 77.29

ทางด้านคำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อยสุด 3 คำถามคือ ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยหลักในการเกิดโรค NCD มีผู้ตอบถูกจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 20.09 ถัดมา ได้แก่ โรค NCD ชนิดใดที่ฆ่าชีวิตคนไทยมากที่สุด ถัดมาคือ ข้อใดกล่าวถูกต้องกับการดื่มเหล้า มีผู้ตอบถูกจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 28.38 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความรู้ถูกต้องจำแนกเป็นรายข้อ (N=229)

คำถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	จำนวนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
1. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ NCDs (Non-Communicable diseases)	161 (70.31)
2. ข้อใดไม่ใช่โรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรค NCDs	193 (84.28)
3. โรค NCD ชนิดใดที่คร่าชีวิตคนไทยมากที่สุด	121 (52.84)
4. โรค NCD ชนิดใดที่คร่าชีวิตคนไทยมากที่สุด	63 (27.51)
5. ฉวยเริ่มมีรูปร่างคล้ายลูกแพร์ เริ่มหาเสื้อผ้าใส่ยาก เริ่มไขมันในช่องท้องสะสมเป็นชั้น ข้อเข้าเริ่มรับน้ำหนักตัวเองไม่ไหว และทำอะไรก็เหนื่อยง่าย ตอนนี้ฉวยอาจเป็นโรคอะไรได้มากที่สุด	175 (76.42)
6. คุณยายจตุรสุวมนต์ไหวพระ และนั่งวิปสนาในห้องพระทุกคืน จากสถานการณ์ดังกล่าว คุณยายมีโอกาasเป็นโรคใดได้บ้าง	157 (68.56)
7. ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบเรื้อรัง	161 (70.31)
8. โรคมะเร็งเกิดจาก	193 (84.28)
9. นายไกล่รุ่งชอบออกกำลังกายกลางแดดวันละหกชั่วโมง นายไกล่รุ่งมีโอกาasเป็นโรคในกลุ่ม NCD มากที่สุด	150 (65.50)
10. เราสามารถชะลอหรือป้องกันโรค NCD ได้หรือไม่	159 (69.43)
11. ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยหลักในการเกิดโรค NCD	46 (20.09)

คำถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	จำนวนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
12. ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในกลุ่ม NCD	86 (37.55)
13. ปัจจัยอะไรที่เราสามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อป้องกันโรค NCD	93 (40.61)
14. ปัจจัยอะไรที่เราสามารถหลีกเลี่ยงไม่ได้เลย เพื่อป้องกันโรค NCD	86 (37.55)
15. การดื่มเหล้าส่งผลทำให้เกิดโรคใดน้อยที่สุด	101 (44.10)
16. ข้อใดกล่าวถูกต้องกับการดื่มเหล้า	65 (28.38)
17. ข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจโดยตรง	177 (77.29)
18. เบาหวานเกิดจากอะไร	159 (69.43)
19. มะเร็งชนิดใดที่มีการรักษายากหรือมีอัตราการเป็นและอัตราการตายใกล้เคียงกัน	110 (48.03)
20. การติด COVID-19 สามารถทำให้เกิดโรคปอดอักเสบเรื้อรังได้หรือไม่	176 (76.86)
รวม	229 (100)

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.70 (n=130) ระดับสูง ร้อยละ 26.00 (n=60) และระดับต่ำร้อยละ 17.00 (n=39) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละระดับ (N=229)

จำนวน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม	
		คะแนน	ระดับ
60	26	80% ขึ้นไป	สูง
130	56.7	60-79%	ปานกลาง
39	17	ต่ำกว่า 60%	ต่ำ

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตามเสมอสูงสุด 3 ข้อคือ หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.62 (n=148) งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 59.39 (n=136) และ ทำกิจกรรมสันทนาการ พักผ่อน คลายเครียด

ร้อยละ 45.41 (n=104) ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตามเสมออย่างน้อยสุด 3 ข้อคือ หลีกเลี่ยงอาหารทอด และอาหารที่มีไขมัน ร้อยละ 8.37 (n=20) ควบคุมปริมาณการบริโภคอาหารที่มีรสชาติหวาน ร้อยละ 11.79 (n=27) และหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ร้อยละ 11.79 (n=27) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีพฤติกรรมสุขภาพจำแนกเป็นรายข้อ (N=229)

คำถามวัดพฤติกรรมสุขภาพ	5 ปฏิบัติ ตามเสมอ	4 ปฏิบัติ ตาม	3 ปฏิบัติตาม บางครั้ง	2 ไม่ค่อย ปฏิบัติตาม	1 ไม่ปฏิบัติ ตาม
1. ออกกำลังกาย ครึ่งละอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	35 (15.28)	38 (16.59)	61 (26.63)	66 (28.82)	29 (12.66)
2. รักษาระดับน้ำหนักร่างกาย ต่อส่วนสูง	43 (18.77)	57 (24.89)	65 (28.38)	46 (20.08)	18 (7.86)
3. รับประทานผักและผลไม้ทุกมื้อ	51 (22.27)	73 (31.87)	75 (32.75)	25 (10.91)	5 (2.18)
4. หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่	148 (64.62)	36 (15.72)	31 (13.53)	7 (3.05)	7 (3.05)
5. ควบคุมปริมาณการบริโภคอาหารที่มีรสชาติหวาน	27 (11.79)	63 (27.51)	93 (40.61)	32 (13.97)	14 (6.11)
6. หลีกเลี่ยงอาหารทอด และอาหารที่มีไขมัน	20 (8.73)	58 (25.32)	77 (33.62)	59 (25.76)	15 (6.55)
7. หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง	27 (11.79)	63 (27.51)	93 (40.61)	35 (15.28)	11 (4.80)
8. งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	136 (59.39)	40 (17.50)	28 (12.23)	12 (5.24)	13 (5.68)
9. รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ทุกวัน	45 (19.65)	72 (31.44)	86 (37.55)	19 (8.30)	7 (3.05)
10. ตรวจสุขภาพประจำปี ทุกปี	67 (29.26)	35 (15.28)	59 (25.76)	36 (15.72)	32 (13.97)
11. ทำกิจกรรมสันทนาการ พักผ่อน คลายเครียด	104 (45.41)	60 (26.20)	50 (21.83)	14 (6.11)	1 (0.44)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศ ระดับชั้น ช่องทางได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม (N=229)

ตัวแปร	ช่องทางได้รับข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพ	ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	พฤติกรรมสุขภาพ
ช่องทางได้รับข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพ	1	.158*	.030
ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	.158*	1	-.060
พฤติกรรมสุขภาพ	.030	-.060	1

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้านี้มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 229 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.10 (n=149) ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 31.01 (n=71) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจาก สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 64.60 (n=148) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.00 (n=110) รองลงมา มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 44.10% (n=101) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อาจจะยังไม่รู้จักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีโอกาสดำเนินการขึ้นกับกลุ่มผู้ใหญ่มากกว่ากลุ่มเด็ก ประกอบกับในระดับมัธยมศึกษาโดยทั่วไปไม่มีวิชาเรียนเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งช่องทางการได้รับข่าวสารหรือความรู้หลักของนักเรียนส่วนใหญ่ได้รับจากการศึกษาเล่าเรียนที่โรงเรียน ผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับ การศึกษาของ Thaworn Lorga and et al. ในประเด็นที่ว่าในระดับมัธยมศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่มีเท่าที่ควร¹⁶ อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามอาจได้มีโอกาสรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากผู้ปกครอง ญาติผู้ใหญ่ และอาจได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากแหล่งความรู้ต่างๆ นอกโรงเรียน เช่น จากช่องทางอินเทอร์เน็ต จากผลการศึกษาของ คัทลียา วสุธาดา และคณะ¹⁷ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน ที่พบว่าประชาชนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มอายุ 35-59 ปี ซึ่งอาจตระหนักเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มประชาชนที่มีอายุน้อยซึ่งยังไม่ตระหนักเรื่องสุขภาพ และการศึกษาของ ปรีดา ณ พัทลุง และคณะ พบว่าประชาชนที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร มีความตระหนักเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูง โดยกลุ่ม อายุส่วนใหญ่ คือ 22-29 ปี¹⁸

จากวิเคราะห์คำถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่า 3 คำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อใดไม่ใช่โรคที่จัดอยู่ใน

กลุ่มโรค NCDs มีผู้ตอบถูกจำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 84.28 ถัดมา ได้แก่ โรคมะเร็งเกิดจาก มีผู้ตอบถูกจำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 84.28 คำถามที่ 3 คือ ข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจโดยตรง มีผู้ตอบถูกจำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 77.29 แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สามารถแยกแยะได้ว่าโรคใดเป็นหรือไม่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ และมีความเข้าใจพฤติกรรมที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงเกิดโรคมะเร็ง และโรคหัวใจ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะแนวโน้มเรื่องการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะหลักการระบาดของ COVID-19 ประชาชนให้ความสนใจกับการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น¹⁹ มีการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อติดตามภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น การนอน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย ในประชากรกลุ่ม Gen Z (อายุ 13-23 ปี) มีการใช้อุปกรณ์เหล่านี้ติดตามภาวะสุขภาพมากถึงร้อยละ 44²⁰ แสดงให้เห็นว่ากลุ่ม Gen Z มีความสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง และควบคุมพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ทางด้านคำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อยสุด 3 คำถามคือ ข้อใดไม่ใช่ปัจจัยหลักในการเกิดโรค NCD มีผู้ตอบถูกจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 20.09 ถัดมา ได้แก่ โรค NCD ชนิดใดที่ฆ่าชีวิตคนอเมริกันมากที่สุด ต่อมาคือ ข้อใดกล่าวถูกต้องกับการดื่มเหล้า มีผู้ตอบถูกจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 28.38 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะคำถามเหล่านี้ เป็น ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ลึกกว่าระดับพื้นฐานที่ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ ประกอบกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหัวข้อที่ไม่ได้มีสอนในโรงเรียน ซึ่งเป็นแหล่งการรับข้อมูลหลักของนักเรียน อาจมีนักเรียนบางกลุ่มที่สนใจข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก็มักจะหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เช่น เฟสบุ๊ค ยูทูบ ทวิตเตอร์ และเว็บไซต์¹⁸

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับกลาง ร้อยละ 56.70 (n=130) สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทลียา วสุธาดา และคณะ¹⁷ และการและ ศึกษาของ การศึกษาของ ปรีดา ณ พัทลุง และคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับกลาง ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับผลศึกษาของ นนทชา วิมลวัฒนา และคณะ²¹ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า

พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับกลาง ผลการศึกษาสอดคล้องกันในประเด็นเรื่องทรัพยากรด้านเวลาที่ว่างหลังจากหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ กลุ่มตัวอย่างอาจเห็นดเหนือจากหน้าที่ที่รับผิดชอบ ไม่มีพลังงานในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง เช่นการสรรคหาอาหารที่มีประโยชน์ หรือ การทำกิจกรรมสันทนาการ หรือ การออกกำลังกาย การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนอกเหนือจากการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ และผลเสียต่อสุขภาพหากเจ็บป่วย ผู้ปฏิบัติยังต้องมีแรงจูงใจ ความตั้งใจ วินัยค่อนข้างสูง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การออกกำลังกาย การพักผ่อน และรวมไปถึงสภาพแวดล้อมด้วย เช่น สังคม เพื่อนๆ และความสะดวกในการปฏิบัติ²²

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตามเสมอสูงสุด 3 ข้อคือ หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.62 (n=148) งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 59.39 (n=136) และ ทำกิจกรรมสันทนาการ พักผ่อน คลายเครียด ร้อยละ 45.41 (n=104) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการได้รับควันบุหรี่สร้างความรำคาญ การหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่เป็นการกระทำที่เห็นผลทันทีที่ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จึงปฏิบัติขึ้น การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง ในครอบครัวส่วนใหญ่ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่เป็นข้อห้ามสำหรับบุตรหลาน ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติตามเสมอต่ำสุด 3 ข้อคือ หลีกเลี่ยงอาหารทอด และอาหารที่มีไขมัน ร้อยละ 8.37 (n=20) ควบคุมปริมาณการบริโภคอาหารที่มีรสชาติหวาน ร้อยละ 11.79% (n=27) และ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ร้อยละ 11.79% (n=27) ทั้ง 3 ข้อนี้ล้วนแล้วแต่เป็นพฤติกรรมบริโภคอาหาร อาหารทอด²³ อาหารที่มีรสชาติหวาน²⁴ หรืออาหารที่มีโซเดียมสูง ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีรสชาติเป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่น และประชาชนทั่วไป^{25,26,27} ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนไทยบริโภคอาหารตามใจชอบ ให้ความสำคัญกับรสชาติของอาหาร มากกว่าผลกระทบต่อสุขภาพในระยะ

ยาว²⁸ ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในช่วงปี 2019-2021 มีมาตรการล็อกดาวน์ นักเรียนต้องเรียนหนังสือจากที่บ้าน ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิต รวมทั้งพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม²⁹

จากการผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย Pearsons' Correlation พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($r=0.158$, $p<0.05$) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับช่องทางการรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่มีตัวแปรใดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทเลีย วสุธาดา และคณะ¹⁷ ในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งอาจเป็นเพราะความแตกต่างในบทบาทของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้ตอบแบบสอบถามอาจใช้เวลาส่วนใหญ่เรียนหนังสือที่โรงเรียน และอาจมีการเรียนพิเศษหลังเลิกเรียนในวันธรรมดา และ ในวันหยุดสุดสัปดาห์ ซึ่งส่งผลให้เวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมสันทนาการมีน้อย ประกอบกับการใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเรียนหนังสือศึกษาหาความรู้ ทำให้เกิดความเครียด หลายคนคลายเครียดด้วยการรับประทานอาหารที่ชอบ³⁰ ซึ่งอาหารเหล่านั้นอาจไม่ได้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ

ข้อจำกัดการศึกษา

เป็นการศึกษาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนนานาชาติ การวัดการรับรู้ครอบคลุมเนื้อหา ระดับพื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มะเร็ง หลอดเลือดหัวใจ และโรคปอดเรื้อรัง

สรุป

การศึกษาค้นคว้านี้มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 229 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.10 (n=149) ส่วนใหญ่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 31.01 (n=71) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจาก สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 64.60 (n=148) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.00 (n=110)

รองลงมา มีการรับรู้ อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 44.10 (n=101) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ทราบเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งเป็นคำถามระดับพื้นฐาน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับกลาง ร้อยละ 56.70 (n=130) โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติเสมอมากสุดเป็นพฤติกรรมที่เห็นผลทันที เช่น การหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ การงดการดื่มแอลกอฮอล์ การทำกิจกรรมสันทนาการคลายเครียด ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติเสมอ น้อยสุดจะเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยการเกิดโรค การป้องกัน และพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่ยังวัยรุ่น ส่งผลต่อสุขภาพระยะยาวของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ควรมีการจัดเวลาสำหรับกิจกรรมกีฬา การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มมากขึ้นในเวลาเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Thailand [Internet]. Bangkok: World Health Organization Thailand; c2023 [cited 2023 Jan 1]. Available from: [https://www.who.int/thailand/activities/NCDs_Investment_Case_Report#:~:text=Four%20Noncommunicable%20diseases%20\(NCDs\)%2C,of%20all%20deaths%20in%20Thailand](https://www.who.int/thailand/activities/NCDs_Investment_Case_Report#:~:text=Four%20Noncommunicable%20diseases%20(NCDs)%2C,of%20all%20deaths%20in%20Thailand)
2. United Nations Thailand [Internet]. Thailand: United Nations Thailand; c2023 [cited 2023 Jan 1]. Available from: <https://thailand.un.org/en/159788-prevention-and-control-noncommunicable-diseases-thailand-case-investment>
3. World Health Organization Thailand [Internet]. Bangkok: World Health Organization Thailand ; c2023 [cited 2023 Jan 1]. Available from: <https://www.who.int/thailand/activities/catalyzing-multisectoral-actions-to-reduce-ncds-risk-factors>
4. The NCD Alliance [Internet]. Switzerland: The NCD Alliance ; c2017 [cited 2023 Jan 1]. Available from: <https://ncdalliance.org/why-ncds/risk-factors-prevention>
5. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, (TRC.) [Internet]. Bangkok: TRC; c2019 [cited 2023 Jan 1]. Available from: <https://www.trc.or.th/en/thai-tobacco-smoking-situation/>
6. Chotbenjamaporn P, Haruhansapong V, Jumriangrit P, Pitayarangsarit S, Agarwal N, Garg R. Tobacco use among thai students: Results from the 2015 global youth tobacco survey. National Library of Medicine 2017; 61(1): 40-46
7. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Remngponpan S, Lertnakorn A. Patterns of Alcohol Consumption in the Thai Population: Results of the National Household Survey of 2007. Oxford Academic, Alcohol and Alcoholism. 2010; 45(3): 278–285
8. จิตกร โทโพธิ์ไทย, ญัฐกาน กิจสมมารถการ. health kpi [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ :กองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ กรมอนามัย ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=11>
9. Muangsri K, Tokaew W, Sridee S, Chaiyasit K. Health communication to reduce sugar consumption in Thailand. Functional Foods in Health and Disease 2021; 11(10): 484-498
10. United Nations Thailand [Internet]. Bangkok: United Nations Thailand; 2022 [cited 2023 Jan 1]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/ncds/risk-factor/thailand-ncd_advocacy_salt_v06_091221_print.pdf?sfvrsn=f829e27e_5

11. ปฏิพันธ์ เสริมศักดิ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของพนักงานโรงงานที่เข้ากะในโรงงานผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]: ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค. ; 157-165. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/39521/32679/90088>
12. อรัญญา หมั่นธรรม, มธุรส ทิพยมงคลกุล, วัชรภรณ์ เปาโรหิตย. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2565;75(1):27-37.
13. สุธิดา แก้วทา, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. รายงานสถานการณ์โรค NCDs. พฤษภาคม 2563:1-87
14. Novo Nordisk. Partnering to innovate diabetes care in Thailand [Internet]. Thailand: Novo Nordisk Pharma Thailand; c2017 [cited 2023 Jan 1]. Available from: https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HO/sustainablebusiness/performance-on-tbl/more-about-how-we-work/Creating%20shared%20value/PDF/Thailand%20Blueprint%20for%20Change_2017.pdf
15. Missouri Department of Health and Senior Services. Adolescent Health Statewide Strategic Plan [Internet]. USA: Missouri Department of Health and Senior Services; 2005 [cited 2023 Jan 1]. Available from: <https://health.mo.gov/living/families/adolescenthealth/pdf/guiding-principles-for-promoting-adolescent-health.pdf>
16. Lorga T, Aung MN, Naunboonruang P, Junlapeeya P, Payaprom A. Knowledge of communicable and noncommunicable diseases among Karen ethnic high school students in rural Thasongyang, the far northwest of Thailand. National Library of Medicine. 2013; 1(6): 519-26
17. คัทธิดา วสุธาดา, ลลิตา เดชาวุธ, นันทวัน ไกลกล้า, สายใจ จารุจิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2561; 29(2): 47-59
18. ปรีดา ณ พัทลุง, วาริศา พลายนบัว. การรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อใหม่ความตระหนักและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค NCDs ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษารั้งที่ 8; มหาวิทยาลัยรามคำแหง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, คณะสื่อสารมวลชน. 2561
19. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. กระแสรักสุขภาพจากโควิดสร้างโอกาสธุรกิจ SME. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยกสิกรไทย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.kasikornbank.com/SiteCollectionDocuments/business/sme/knowledge/article/KSMEAnalysis/Healthtrend_SME/Healthtrend_SME.pdf
20. Prakai. Marketing Oops. ส่องพฤติกรรม Gen Z กับนิสัยการเช็คสุขภาพด้านต่างๆ ผ่าน smart phone – smart watch [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Marketing Oops; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.marketingoops.com/data/gen-z-is-talking-are-you-listening-pwc-report/>
21. นนทชา วิมลวัฒนา, ทิพาพันธุ์ สังฆะพงษ์, รัตนปานเรียแสน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารเกื้อการณย์. 2560; 24(2): 61-81

22. กัลยาวิรี อนนทจารย. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<http://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/02/health-belive-model.html>
23. Nnanthisin. ทรูไอดี. 22 สูตรอาหาร เมนูของทอด ทำขาย สตรีที่ฟัดอ้วนยอิต ขายตรงไหนก็ปัง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ทรู ดิจิทัล; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://food.trueid.net/detail/K7N638KPyEw7>
24. หลุมคำผู้ดูดกลืน. Wongnai. 30 ร้านขนมหวานในกรุงเทพฯสุดฟิน ตะลุยกินแบบไม่มีเบื่อ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Wongnai Media; c2010-2023 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.wongnai.com/listings/dessert-before-die>
25. Admink. Brand buffet. สสส. เปิด Insight พฤติกรรมการกินคนไทย ชี้ คนทำงาน ติดหวาน มากขึ้น 14% เพิ่มความหวานในเครื่องดื่มสูงขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Double B Media; c2021 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.brandbuffet.in.th/2022/09/thai-health-insight-workers-like-more-sweet/>
26. Admink. Brand buffet. ห่วงหนุ่มสาววัยทำงาน! หลังผลวิจัย พบติดเค็มหนัก 55% ติดปรุง เน้นอร่อย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Double B Media; c2021 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.brandbuffet.in.th/2022/09/thaihealth-survey-salty-working-people/>
27. Kapookdotcom. 20 อาหารยอดฮิต ติดอันดับ คำค้นของโลกออนไลน์ น่ากินทุกเมนู [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Kapookdotcom; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://cooking.kapook.com/view250472.html>
28. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/Food_consumption_behavior_of_the_population/2560/สรุปสำหรับผู้บริหารสพอ.60แก้ไข2.pdf
29. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สสส.เผยสถานการณ์หลังโควิด กระทบการกินคนไทยขาดสมดุล อาหารไขมันท่วม [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: มูลนิธิวิจัยสาธารณสุขไทย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก :
<https://www.hfocus.org/content/2022/05/25135>
30. Mgronline.com. เครียดง่าย ผ่อนคลายด้วยการกิน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Mgr online; c2014-2023 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก :
<https://mgronline.com/infographic/detail/9580000082586>

Received: 17 Feb. 2023, Revised: 20 Mar. 2023

Accepted: 21 Mar. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรีพิมลกานต์ ตี๋บุญศรี^{1*} วิราสิริ วสิริวิริ²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จำนวน 311 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือน 31 ตุลาคม พ.ศ.2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติการถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 49.5 ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ อาชีพ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการปฏิบัติงาน แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ปัจจัยด้านแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 68.9

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก เกิดจากมีแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

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

Original Article

Factors Influencing Elderly Health Promotion Practice of Village Health Volunteers Kaeng Khoi District Saraburi Province

Phimonkan tipbunsri^{1*} Wirasiri Waseeweerasi²

Abstract

This research is a cross-sectional survey research. To study the factors influencing the elderly health promotion practices of village health volunteers in Kaeng Khoi District Saraburi Province. The sample group was 311 people using a simple sampling method. who village health volunteers in Kaeng Khoi district Saraburi province. Data were collected using questionnaires between September 1, 2022 and October 31, 2022. Using descriptive statistics, chi-square, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis. The results showed that 49.5 percent of village health volunteers performed health promotion work at a high level. Factors that correlate with the performance of health promotion for the elderly include occupation, age, average monthly income, duration of work, knowledge about health promotion of the elderly attitude to performance performance motivation and social support were statistically significant at 0.05. Factors performance motivation social support and duration of work were factors influencing the performance of health promotion for the elderly at 68.9%.

The results of this research showed that village health volunteers performed at a high level. It is motivated to perform tasks. Social support and duration of work make it possible to perform health promotion work for the elderly more effectively.

Keywords: Elderly Health Promotion, Village Health Volunteers, Social Support

¹ Student of Master of Public Health Program, Faculty of Graduate School, Western University

² Asst Prof. Faculty of Graduate School, Western University

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

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ต้องการผลักดันให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบรรลุเป้าหมายในปี 2573¹² ทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลทางสุขภาพที่ดี โดยไม่ต้องประสบกับความยากลำบากทางการเงิน และได้ยาเตือนประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติเพื่อขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประเทศไทยได้ลงนามยอมรับกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ เมื่อ พ.ศ. 2523¹⁶ เพื่อใช้เป็นแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย ภายใต้แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีแนวคิดที่ใช้เป็นรากฐานการพัฒนาที่เรียกว่า ทฤษฎี 3 ก. ซึ่งระบุว่า ความเข้มแข็งของชุมชนที่เป็นหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ กรรมการ กองทุน และกำลังคน ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ซึ่งก็คือผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เน้นการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการได้รับบริการพื้นฐานที่จำเป็น โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพในระยะยาว¹⁶

องค์การอนามัยโลก² คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3.0 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง 2.0 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 จากข้อมูลกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี พ.ศ. 2562 พบว่าประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 66.5 ล้านคน ผู้สูงอายุมีมากถึง 11.1 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.7² ส่วนข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 มีประชากรสูงอายุ จำนวนมากกว่า 12.0 ล้านคน หรือ ร้อยละ 18.0 ของจำนวนประชากรทั้งหมด จะเพิ่มเป็น ร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2564² สำหรับสำนักงานสถิติแห่งชาติ คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ² กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ.

2560 – 2579 ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศก้าวสู่ประเทศไทย 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานได้กำหนดแผนเป็น 4 ระยะ ภายใต้การพัฒนามาเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) ด้านระบบบริการเป็นเลิศ 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4) ด้านการบริหารจัดการเป็นเลิศ ตลอดจนดำเนินการขับเคลื่อนงานเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศสู่ประเทศไทย 4.0³ โดยในปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานทางด้านสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติขับเคลื่อนเศรษฐกิจประเทศ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ และประชาชนต้องอยู่กับโรคโควิด 19 ได้อย่างปลอดภัย¹ และได้กำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข งานสุขภาพภาคประชาชนมีบทบาทเข้าร่วมในการขับเคลื่อนในกลไก Inclusive Growth Engine (ลดรายจ่าย) ภายใต้กรอบประเด็น “อสม.4.0” มุ่งเน้นให้ อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ส่งเสริมป้องกัน รักษาเบื้องต้นฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ให้บริการทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ⁶

จากข้อมูลประชากรของจังหวัดสระบุรี ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 552,514 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 110,438 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 จากประชากรทั้งหมด และมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10,476 คน ส่วนอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี มีประชากร จำนวน 87,202 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 14,637 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 จากประชากรทั้งหมด¹⁵ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2,035 คน⁴ และอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ถือเป็นอำเภอหนึ่งที่เข้าสู่สังคมสูงอายุการดูแลหรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุก ขับเคลื่อนโดยกลุ่มภาคีเครือข่ายและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลในชุมชนที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความเข้าใจบริบททั้งเชิงภูมิศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรมของพื้นที่ได้ดี เป็นผู้ประสานงานร่วมมือกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ เป็นผู้กระตุ้นให้

ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี ซึ่งการปฏิบัติงานดังกล่าวผู้ปฏิบัติงานต้องมีทักษะความรู้ ความเข้าใจ มีการบริหารเวลาที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บทบาทหน้าที่ มาใช้ในการศึกษาในพื้นที่อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่าสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายมากน้อยเพียงใดต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสามารถนำไปใช้วางแผนปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และโรคประจำตัว ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน ปัจจัยแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จำนวนทั้งหมด 2,035 คน⁴

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณทราบจำนวนประชากรแน่นอน¹⁸ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 311 คน

$$\text{สูตร}^{18} \quad n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

โดย n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ
N = จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
จำนวน 2,035 คน⁴
Z² = 1.96 เมื่อ α เท่ากับ 0.05
P = ค่าสัดส่วนประเด็นปัญหาที่ได้ศึกษาในอดีต

= ค่า P จึงมีค่าเท่ากับ 0.69¹⁴
d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนด เท่ากับ 0.05

q = การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง เกณฑ์ เท่ากับ

1-p ได้ค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.31

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อ

เดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และโรคประจำตัว โดยมีลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามมีลักษณะที่เป็นแบบถามตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 อันดับ (Rating Scale) โดยวิธี Likert Scale ตามระดับความคิดเห็น คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 อันดับ (Rating Scale) โดยวิธี Likert Scale ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 อันดับ (Rating Scale) โดยวิธี Likert Scale ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 อันดับ (Rating Scale) โดยวิธี Likert Scale ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของ ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.927

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ของอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรีเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยลงพื้นที่พบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียด

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำแบบสอบถามไปประมวลผล หากมีฉบับใดไม่สมบูรณ์จะคัดออกและทำการเก็บเพิ่มเติมให้ครบตามจำนวนและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU543013 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2565-0099

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์สหสัมพันธ์ไคสแควร์ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม และ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	173	55.6
- มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	46	14.8
- มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า(ม.6/ปวช.)	67	21.6
- อนุปริญญาตรีหรือ ปวส.	11	3.5
- ปริญญาตรี	13	4.2
- ปริญญาโท	1	0.3
อาชีพ		
- ไม่ได้ทำงาน	79	25.4
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	94	30.2
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	0.6
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	51	16.4
- รับจ้าง	46	14.8
- เกษตรกร	39	12.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- 1,000 – 5,000 บาท	217	69.8
- 5,001 – 10,000 บาท	66	21.2
- 10,001 – 150,000 บาท	28	9.0
$\bar{X}$ = 5,672.46 บาท SD = 11,369.46 Min = 1,000 Max = 150,000		
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
- 1 – 10 ปี	147	47.3
- 11 – 20 ปี	100	32.2
- 21 – 30 ปี	47	15.0
- 31 – 45 ปี	17	5.5
$\bar{X}$ = 13.99 ปี SD = 9.63 Min = 1 Max = 45		
โรคประจำตัว		
- มี	123	39.5
- ไม่มี	188	60.5

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.7 เพศชาย ร้อยละ 11.3 อายุอยู่ระหว่าง 61 – 70 ปี ร้อยละ 36.3 อายุน้อยสุด 26 ปี และอายุมากที่สุด 78 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.9 ปี มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.7 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 55.6 ประกอบอาชีพ แม่บ้าน/

พ่อบ้าน ร้อยละ 30.2 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 69.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 5,672.4 บาท มีรายได้น้อยสุด 1,000 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุด 150,000 บาทต่อเดือน มีระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 1 – 10 ปี ร้อยละ 47.3 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.9 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n=311)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (12 – 15)	78	25.1
ระดับปานกลาง (9 – 11)	212	68.2
ระดับน้อย (0 – 8)	21	6.7
รวม	311	100
$\bar{X} = 10.61$ $SD = 1.42$ $Min = 3$ $Max = 14$		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 25.1 และระดับน้อย ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.61 คะแนน ($SD = 1.42$)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ($n=311$)

ระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (60 – 75)	182	58.5
ระดับปานกลาง (45 – 59)	129	41.5
ระดับน้อย (15 – 44)	0	0.0
รวม	311	100

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ($n=311$)

ระดับแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (48 – 60)	186	59.8
ระดับปานกลาง (36 – 47)	123	39.5
ระดับน้อย (12 – 35)	2	0.6
รวม	311	100

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.8 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.5 และระดับน้อย ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ($n=311$)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (60 – 75)	135	43.4
ระดับปานกลาง (45 – 59)	158	50.8
ระดับน้อย (15 – 44)	18	5.8
รวม	311	100

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.8
 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 43.4 และระดับ

น้อย ร้อยละ 5.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n=311)		
ระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (60 – 75)	154	49.5
ระดับปานกลาง (45 – 59)	150	48.2
ระดับน้อย (15 – 44)	7	2.3
รวม	311	100

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 และระดับน้อย ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง
 ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคำนวณสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (n = 311)

ตัวแปร	P-value
อาชีพ	0.016*

* p - value < 0.05 (Chi – Square Test)

จากตารางที่ 7 ผลการวิจัยพบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=311)

ตัวแปร	การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-0.220**	<0.001
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	0.174*	0.002
อายุ	0.124*	0.029
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	0.131*	0.020
ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน	0.121*	0.033
แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน	0.554**	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.519**	<0.001

** p - value < 0.001 * p - value < 0.05 (Pearson's Correlation)

จากตารางที่ 8 ผลการวิจัยพบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การปฏิบัติงานส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาปฏิบัติงาน สามารถคาดการณ์การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.9 ปัจจัยที่สามารถคาดการณ์การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากค่า Beta คือ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน มีค่า Beta = 0.542 (p-value <0.001) แรงสนับสนุนทางสังคมมีค่า Beta = 0.359 (p-value <0.001) และระยะเวลาปฏิบัติงาน มีค่า Beta = 0.005 (p-value <0.05) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร มูลจิตร¹⁴ พบว่า ระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.201) คิดเป็นร้อยละ 68.90 และสอดคล้องกับชลิยา ศิริกาล และคณะ (2564)⁷ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภาพรวมเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 2.62$, S.D. = 0.39)

อาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ แจ่มนภา ไขคำ และคณะ (2561)⁵ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรหรี สุวรรณพร¹¹ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรหรี สุวรรณพร¹¹ พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มาก ทำให้การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุน้อยลง

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ บลูม¹⁷ ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกได้ถึงสิ่งเฉพาะ หรือสิ่งทั่วไป ระลึกถึงวิธีการ ระลึกถึงกระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเน้นความจำ สอดคล้องกับการศึกษาของปรางค์ จักรไชย และคณะ¹⁰ พบว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ ตามแนวคิดของ เฮนรี²⁰ ที่กล่าวว่า องค์ประกอบด้านความคิด การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง องค์ประกอบด้านความรู้สึก คือ ความรู้สึกในเรื่องความชอบ อารมณ์ที่มีต่อสิ่งนั้น และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม คือ การกระทำหรือการแสดงออกที่กระทำต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก จะมีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับน้อย จะมีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรัญญา จิตรบรรทัด¹³ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทัศนคติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.033$, SD = 0.613)

แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ เฮอร์ชเบิร์ก¹⁹ ที่กล่าวว่า ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานและความสำเร็จของงานโดยตรง ได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน และความรับผิดชอบ แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะกระตุ้นให้ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้สำเร็จและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก จะมีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับน้อย จะมีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับน้อย สอดคล้องกับวิเชียร มูลจิตร (2564)¹⁴ พบว่า ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.499$, $P\text{-value} < 0.01$)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ตามแนวคิดของ House²¹ ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม คือ สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน อาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สอดคล้องกับการศึกษาของทวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ⁹ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาปฏิบัติงาน สามารถคาดการณ์การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 68.9 สามารถอธิบายได้ว่า แรงจูงใจเป็นพลังขับเคลื่อนที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความพอใจ จึงจะสร้างแรงจูงใจที่ดีทำให้มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ มีขวัญและกำลังใจ สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถของตน ก่อให้เกิดการมีปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน

ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ และระยะเวลาปฏิบัติงาน คือระยะเวลาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การสะสมประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ และความชำนาญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชานชัย จิวจินดา⁶ พบว่า อสม.ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ จำเป็นต้องใช้เวลานาน หรือเป็นงานประเภทที่ต่อเนื่อง ยาวนาน และไม่เป็นเวลา และเต็มใจให้ความรู้ประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ร่วมกันวางแผนการสนับสนุน บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ งบประมาณและระบบบริหารจัดการเพื่อยกระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการทำวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางท่านเป็นผู้สูงอายุ ทำให้การตอบแบบสอบถามเป็นไปได้ล่าช้าจึงควรที่จะมีการทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการวิจัยเชิงคุณภาพหรือใช้แบบสอบถามแบบเจาะลึก เพื่อความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลซึ่งเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งต่อไป

2. ศึกษาการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคม

3. ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข.นโยบายการดำเนินงาน
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.
2565.ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวง
สาธารณสุข;2564 สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม
2564 จาก
[http://www.stopcorruption.moph.go.th/index
.php](http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php)
- กรมสุขภาพจิต.ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคม
ผู้สูงอายุ'อย่างสมบูรณ์แบบ.;2563 สืบค้นเมื่อวันที่
23 ธันวาคม 2564 จาก
[https://dmh.go.th/news-
dmh/view.asp?id=30476](https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476)
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน .แผนยุทธศาสตร์ชาติ
ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข(พ.ศ.2560-2579).พิมพ์
ครั้งที่ 1 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2.พงศธร พอกเพิ่ม
ด,บรรณาธิการ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี;2561.
- กองสนับสนุนภาคประชาชน.ระบบสารสนเทศงาน
สุขภาพภาคประชาชน.สืบค้นเมื่อวันที่ 23ธันวาคม
2564 จาก
[https://www.thaiphc.net/new2020/medico_s
ave](https://www.thaiphc.net/new2020/medico_save)
- แจ่มนภา ไขคำ, ชลียา ศิริกาล, ฌอนอมศักดิ์ บุญสู่,
แก้วใจ มาลีสัย (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอลำพูน
จังหวัดอุบลราชธานี.วารสารวิจัยทาง
วิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2: กรกฎาคม –
ธันวาคม 2561
- ชาญชัย จิวจินดา (2562). รูปแบบการพัฒนา
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)ด้วยกระบวนการมี
ส่วนร่วม.วารสารนวัตกรรมการบริหารและการ
จัดการ ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (2561): พฤษภาคม -
สิงหาคม 2561
- ชลียา ศิริกาล, แจ่มนภา ไขคำ, แก้วใจ มาลีสัย,
ฌอนอมศักดิ์ บุญสู่ (2564). บทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอลำพูนจังหวัด
อุบลราชธานี.วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์
สุขภาพ ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2564
- ณัฐนท บริสุทธิ์ (2563).การศึกษาสถานการณ์และ
ทิศทางการพัฒนา อสม.ในยุคประเทศไทย 4.0.กลุ่ม
พัฒนาสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพ
ภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2561). การ
ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัด
สมุทรปราการ.วารสาร มฉก.วิชาการ ปีที่ 21 ฉบับที่
42 มกราคม - มิถุนายน 2561
- ปรารค์ จักรไชย,อภิชัย คุณิพงษ์,วเรศ ช่างแก้ว
(2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในทีม
หมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี.วารสารพยาบาล
สาธารณสุข มกราคม-เมษายน 2560 ปีที่ 31 ฉบับ
ที่ 1
- พรทวี สุวรรณพรม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน
ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จ.
อุบลราชธานี.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี ปีที่ 3 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม-ธันวาคม 2557
- ฤทัยชนก เมืองรัตน์.วันอนามัยโลกกับกอง
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.สำนัก
ภาษาต่างประเทศสำนักงานเลขาธิการสภา
ผู้แทนราษฎร.สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566
จาก
[https://www.parliament.go.th/ewtadmin/e
wt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=4
8356](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=48356)
- วรัญญา จิตรบรรทัด (2560). ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้
ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถในการดูแล
ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
และความพึงพอใจของผู้สูงอายุในตำบลนาเคียน
อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสาร
สุขภาพและการศึกษาพยาบาล ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 :
มกราคม-มิถุนายน 2560
- วิเชียร มูลจิตร (2564).ปัจจัยที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนเจดีย์
จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารศาสตร์สาธารณสุขและ
นวัตกรรม ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564

15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี.HDC On Cloud จังหวัดสระบุรี.;2564 สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2564 จาก <http://203.157.102.119/hdc>
16. อมรศรี ยอดคำ, มนวิดี ประกายรุ่งทอง, วิโรจน์ เล่งรักษา, ชุติสดา เนติกุล, เอื้องไพร อัครศรีอนันต์. วิวัฒนาการ การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.2521-พ.ศ.2557).นทบุรี:กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ;2557. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ม.ค. 2565 จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/phc-thai.pdf
17. Bloom, B. S. et al., (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student Learning. New York : McGraw – Hill Book Company.
18. Daniel, W. W. (1995). Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences (6thed.). New York: John Wiley & Sons.
19. Herzberg, F. et al., (1993). The motivation to work. U.S.A.: Transaction Publishers.
20. Henry, A. (1995). Consumer Behavior and Marketing Action. The United of America: International Thomson Publishing.
21. House, J.S. and Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support in Cohen,S. And Syme, S.L. Social Support and health.

Received: 17 Feb. 2023, Revised: 19 Mar. 2023

Accepted: 23 Mar. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน
ตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาชนันฐพัทธ์ เรณู^{1*} วิราสิริรี วลีวีร์²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยจำนวน 257 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม - 31 ตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 ผลการศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ด้านระยะเวลาที่อยู่อาศัยในตำบลมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของการจัดการขยะมูลฝอย ($p\text{-value}<0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอย และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ ควรมีส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนตำบลหมูสีในการจัดการขยะ ส่งเสริมความรู้ และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย ของประชาชนเพิ่มขึ้น และสร้างโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, การจัดการ, ขยะมูลฝอย

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

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

Original Article

The Participation in Solid Waste Management of People MU SI Sub-District Pakchong District Nakhonratchasima Province

Chanantaphat ranu^{1*}, Wirasiri Wasiwirasi²

Abstract

This research is a cross-sectional survey research to study the participation in solid waste management of the people in Moo Si Subdistrict, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. The sample group was 257 people who were representatives of households who were involved in waste management. Data were collected. between August 20 - October 31, 2022 by using a questionnaire. Descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation. and chi-square analysis and Pearson's correlation coefficient were used for data analysis.

The study found that public participation in solid waste management Overall, 68.5. percent were moderate The length of residence in the subdistrict positively correlated the participation in solid waste management. (p-value<0.05). It was also found that knowledge of solid waste and solid waste management and attitude toward solid waste management was related to people's participation in solid waste management. statistically significant (p-value<0.01) The results of this study indicate that the responsible agency in the ared The participation of the people of Mu Si Subdistrict should be encouraged. in waste management promote knowledge and attitude towards solid waste management of the population increased and create opportunities for people to take part in the management of solid waste in the community.

Keywords: participation, management, solid waste

¹Master's degree student Master of Public Health Program Department of Public Health Administration Western University

²Assistant professor Master of Public Health Program Western University

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

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอย เป็นปัญหาที่กระทบกับสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของชุมชนทุกประเทศทั่วโลก และสถานการณ์ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นประมาณ 25.37 ล้านตัน หรือประมาณ 69,322 ตันต่อวัน หรือมีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยชุมชน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.05 กิโลกรัม/คน/วัน ซึ่งมีปริมาณขยะมูลฝอยลดลงกว่าปีที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงมีมาตรการล็อกดาวน์ กำหนดให้มีการทำงานที่บ้าน (Work From Home: WFH) มากขึ้น ทำให้ภาพรวมปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นลดลง จึงทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวหลักมีขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นลดลง อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจข้อมูลองค์ประกอบขยะมูลฝอยชุมชน พบว่ามีสัดส่วนองค์ประกอบขยะมูลฝอยประเภทขยะพลาสติกประเภทใช้ครั้งเดียวทิ้ง (Single use plastic) เพิ่มขึ้น เนื่องจากประชาชนมีพฤติกรรมในการใช้บริการสั่งซื้อสินค้าและอาหารผ่านระบบออนไลน์เพิ่มมากขึ้น โดยหลังจากช่วงมาตรการล็อกดาวน์แล้วพบว่า ขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มเพิ่มมากกว่าช่วงมาตรการล็อกดาวน์ เนื่องจากประชาชนกลับมาใช้ชีวิตตามปกติมากขึ้น (กรมควบคุมมลพิษ, สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564)¹ จากการสำรวจและประเมินข้อมูลด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในปี พ.ศ. 2564 พบว่าปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นตามรายภูมิภาคของประเทศไทย จากมากไปน้อย ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เกิดขยะมูลฝอยมากที่สุดวัน 17,722 ตันต่อวัน จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่ใหญ่ที่สุดในพื้นที่ภาคอีสาน มีปริมาณพื้นที่ 20,493.964 ตารางกิโลเมตร และมีประชากรจำนวน 2,634,145 คน (สำนักทะเบียนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2564)² เป็นจังหวัดที่มีปัญหาขยะมูลฝอยตกค้างในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย โดยขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นต่อวัน 2,337.03 ตันต่อวัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 1,088.50 ตันต่อวัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 318 ตันต่อวัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 930.80 ตันต่อวัน และขยะมูลฝอยตกค้าง 157,578 ตัน (กรมควบคุมมลพิษ, สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564)¹

จากข้อมูลสถิติการขยายตัวของครัวเรือนและประชากรที่เพิ่มขึ้นรวมทั้ง เขตตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศ มีการขยายตัวของเศรษฐกิจ แต่สิ่งที่มาพร้อมกับการพัฒนาอีกด้านหนึ่งก็คือ ขยะมูลฝอย ซึ่งปัจจุบันหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นทุกปี ประชากรแฝงอีกเท่าตัวเนื่องจากตำบลหมูสีเป็นแหล่งท่องเที่ยว และการขยายตัวของจำนวนครัวเรือน และในอดีตมีวิธีการกำจัดมูลฝอยโดย การเผา การฝัง ร้อยละ 20.53 ให้รถเก็บมูลฝอยของเทศบาลนำไปกำจัดโดยวิธีเทกองโดยไม่ถูกหลักวิชาการ ทำให้เกิดปัญหากลิ่นเหม็นปัญหาการใช้งบประมาณ และการจัดการมูลฝอยที่ไม่เป็นระบบ และปัจจุบันเทศบาลตำบลหมูสีได้ทำสัญญาในการส่งกำจัดขยะมูลฝอย และที่ผ่านมาถึงยังพบปัญหา คือ การกำจัดมูลฝอยไม่ถูกวิธี เช่นการทิ้งในที่สาธารณะทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรคและส่งกลิ่น และทำลายทัศนียภาพที่สวยงามของแหล่งท่องเที่ยว ปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และหน่วยงานทุกภาคส่วน เพื่อหาแนวทางการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยให้ถูกวิธี และเกิดเป็นผลประโยชน์ต่อประชาชนตำบลหมูสี จากปัญหาที่เกิดขึ้น (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, เทศบาลตำบลหมูสี พ.ศ. 2565)⁹

จากปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ความรู้ ทักษะ¹¹ และการมีส่วนร่วมของประชาชน⁸ แสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมความร่วมมือ ต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย และต้องสร้างทัศนคติที่ดีให้เกิดกับประชาชน เพื่อให้ชุมชนเกิดการขับเคลื่อนในการจัดการขยะมูลฝอย ดังนั้นการศึกษามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลประกอบการวางแผน การบริหารจัดการขยะมูลฝอยครบวงจรของตำบลหมูสี เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอยกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีส่วนในการรับผิดชอบเรื่องการจัดการขยะมูลฝอย ในครัวเรือนพื้นที่หมู่ที่ 8 หมู่บ้านคลองดินดำ จำนวนทั้งสิ้น 699 คน จาก 699 ครัวเรือน (ข้อมูลจาก ทะเบียนเทศบาลตำบลหมูสี, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือน หมู่ที่ 8 หมู่บ้านคลองดินดำ ตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณจากสูตรของ Daniel (2010)¹⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 257 ครัวเรือน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือน หมู่ที่ 8 หมู่บ้านคลองดินดำ ตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 257 ครัวเรือน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน แบบสอบถามมีลักษณะที่เป็นแบบถามตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการ

จัดการขยะมูลฝอย แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ถึงนายกเทศมนตรีตำบลหมูสี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยลงพื้นที่พบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียด

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำแบบสอบถามไปประมวลผล หากมีข้อใดไม่สมบูรณ์จะคัดออกและทำการเก็บเพิ่มเติมให้ครบตามจำนวน และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร โดยนำเสนอในรูปตารางในกรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด-สูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากเป็นข้อมูลแจกแจงนำเสนอด้วยจำนวน และค่าร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson Chi-Square และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ในการหาความสัมพันธ์และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแบบสอบถามได้ค่า IOC ระหว่าง 0.71-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.852

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU543014 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2565-0100

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1. ข้อมูลปัจจัยลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	91	35.4
หญิง	166	64.6
อายุ		
20-29	33	12.8
30-39	74	28.8
40-49	88	34.2
50-59	43	16.7
60-68	19	7.5
$\bar{X} = 42.02$ $SD = 10.65$ $Min = 22$ $Max = 68$		
สถานภาพสมรส		
โสด	66	25.7
คู่	156	60.7
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	35	13.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	88	34.3
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	114	44.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	55	21.4
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	31	12.1
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	183	71.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	43	16.7
รายได้ต่อเดือน (บาทต่อเดือน)		
10,001-20,000 บาท	238	92.6
20,001-30,000 บาท	11	4.3
30,001-40,000 บาท	8	3.1
$Max = 40,000$		
$\bar{X} = 14,617.16$ $SD = 5043.423$ $Min = 10,000$		
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบล		
น้อยกว่า 20 ปี	48	18.7
21 - 30 ปี	8	3.1
31 - 40 ปี	11	4.3
41 - 68 ปี	8	3.1
$\bar{X} = 31.19$ $SD = 5.47$ $Min = 2$ $Max = 68$		

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.6 มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 34.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.02 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 60.7 มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มากที่สุด ร้อยละ 44.3 มีอาชีพ เกษตรกร/รับจ้าง มากที่สุด ร้อยละ 71.2 มีรายได้ต่อ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด

ร้อยละ 92.6 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 14,617 บาทต่อเดือน มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบล 21-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.5 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอาศัยอยู่ในตำบลเท่ากับ 31.19 ปี ระยะเวลาในการอยู่อาศัยน้อยที่สุด 2 ปี และระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในตำบลมากที่สุด 68 ปี

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม (n = 257)

ความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอย		จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	(12 - 15 คะแนน)	174	67.8
ระดับปานกลาง	(8 - 11 คะแนน)	51	19.8
ระดับน้อย	(น้อยกว่า 8 คะแนน)	32	12.4
รวม		257	100

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ใน

ระดับมาก ร้อยละ 67.8 และรองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.8 และระดับน้อย ร้อยละ 12.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ทักษะการจัดการจัดการขยะมูลฝอย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของทักษะการจัดการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม (n = 257)

ทักษะการจัดการจัดการขยะมูลฝอย		จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	(60 - 75 คะแนน)	144	56.0
ระดับปานกลาง	(45 - 59 คะแนน)	101	39.3
ระดับน้อย	(15 - 44 คะแนน)	12	4.7
รวม		257	100

จากตารางที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับมากร้อยละ

56.0 รองลงมา มีทักษะในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.3 และระดับน้อย ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม (n = 257)

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม		จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	(80 - 100 คะแนน)	51	19.8
ระดับปานกลาง	(60 - 79 คะแนน)	176	68.5
ระดับน้อย	(น้อยกว่า 60 คะแนน)	30	11.7
รวม		257	100

จากตารางที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ

68.5 รองลงมาคือมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก คือร้อยละ 19.8 และระดับน้อย ร้อยละ 11.7

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยรวมรายด้าน (n=257)

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย	ระดับการมีส่วนร่วม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	163 (63.4)	76 (29.6)	18 (7.0)
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	95 (37.0)	155 (60.3)	7 (2.7)
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	91 (35.4)	120 (46.7)	46 (17.9)
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	89 (34.6)	95 (37.0)	73 (28.4)

จากตารางที่ 5 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยรายด้านพบว่า ระดับมากทั้ง 4 ด้านเรียงลำดับจากด้านที่มีร้อยละมากไปหาน้อยคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ร้อย

ละ 63.4 รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ร้อยละ 37.0 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 35.4 ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร้อยละ 34.6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลซึ่งจำแนกตาม อายุ รายได้ต่อเดือนและ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบล วิเคราะห์โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ดังมีรายละเอียดดังนี้ (n=257)

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย		
ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P - value
ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม		
อายุ	0.139	0.111
รายได้ต่อเดือน	0.092	0.067
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบล	0.132	0.032*

* p - value < 0.05 (Pearson's Correlation)

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยใน

ตำบล (r= 0.132) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.05)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน วิเคราะห์โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ดังนี้รายละเอียดดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	r	p-value
ความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอย	0.377	<0.001**
ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย	0.243	<0.001**

** p - value < 0.01 (Pearson's Correlation)

จากตารางที่ 7 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้วิธีการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) พบว่า ความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอย (r = 0.377) และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย (

r = 0.243) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน อภิปรายได้ ดังนี้

ผลการวิจัยการศึกษา การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 รองลงมา มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก คือร้อยละ 19.8 และระดับน้อย ร้อยละ 11.7 เนื่องจากว่าประชาชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง เช่น เรื่องการเข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา และความต้องการเพื่อจัดทำโครงการหรือกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมติดตาม ประเมินผล การเก็บ ขนส่ง และกำจัดขยะมูลฝอย มีส่วนร่วมในการแสดงข้อเสนอแนะ แนวทางผลการดำเนินงาน การปรับปรุงแก้ไขการจัดการขยะมูลฝอย และมีส่วนร่วมประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานจัดเก็บขยะ ส่งผลให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ มินคร (2554)³ ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนตำบลบางนางลี่ อำเภอมัทพวา จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจพรรณ สุวรรณท้าว (2558)⁵ ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาารายด้าน อภิปรายได้ดังนี้

2.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน อภิปรายได้ดังนี้

ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า $p\text{-value} < 0.05$ เพราะว่า ประชาชนมีระยะเวลาในการอยู่อาศัยในตำบลหมูสีเป็นเวลานาน 31 ปี ทำให้ประชาชนที่มีระยะเวลาในการอยู่อาศัยมาเป็นระยะเวลานานแล้ว มีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะมูลฝอยได้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เนื่องจากแนวทางการมีส่วนร่วม

ของประชาชนในการคัดแยกขยะมูลฝอย เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ประชาชนทุกคนควรถือปฏิบัติสอดคล้องกับงานวิจัยของระพาพร แก่นจันทร์ เสน่ห์ จุ้ยโตและชินรัตน์ สมสืบ (2558)⁷ ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอย กับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน อภิปรายได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและการจัดการขยะมูลฝอย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Bloom,1971¹³ ความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่แสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมความร่วมมือต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย การมีความรู้ที่ดีจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมที่ดี ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ การทำให้ประชาชนและชุมชนมีความเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติงานมองเห็นคุณค่า ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยและผลประโยชน์ที่จะได้จากการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้น จึงต้องส่งเสริมความรู้ให้เกิดกับประชาชนและชุมชนเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการจัดการส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย สอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรินทร์ สุดสาคร และคณะ (2562)¹⁰ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.175$, $p\text{-value} = 0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญจง ขาวสีทวิชช์ (2554)⁶ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการคัดแยกมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการคัดแยกมูลฝอยชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย กับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน อภิปรายได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Schiffman and Kanuk,1991¹⁵ ทัศนคติเป็นการแสดงความรู้สึก ของบุคคลต่างๆ อันเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็น

ตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงออกพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆ ไปในทิศทางใด ทิศทางหนึ่งซึ่งอาจสนับสนุนหรือทางต่อต้านก็ได้ ความคิดเห็น ความเชื่อของประชาชนที่แสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมความร่วมมือต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย การมีทัศนคติที่ดีจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมที่ดี ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ การทำให้ประชาชนและชุมชนมีความเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติงานมองเห็นคุณค่า ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยและผลประโยชน์ที่จะได้จากการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้น จึงต้องสร้างทัศนคติที่ดีให้เกิดกับประชาชนและชุมชนเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการจัดการส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย สอดคล้องกับงานวิจัยของจอมจันทร์ นทีวัฒนา และวิชัย เทียนถาวร (2561)⁴ ผลการวิจัยพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของประชาชนในการลดขยะในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อยที่สุด ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ เอกชน ผู้นำชุมชน หรือ แกนนำชุมชน ร่วมกันจัดการนโยบายการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน สนับสนุน บุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ งบประมาณและระบบบริหารจัดการในการสนับสนุนเพื่อยกระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำผลการวิจัยไปวางแผนกำหนดแนวทาง และกิจกรรมในการส่งเสริมสนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยให้มากขึ้น โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจ และด้านการประเมินผล เช่น จัดให้มีการประชุมประชาคมเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมเสนอปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อหาแนวทาง แก้ไข และการประเมินผลการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน เป็นต้น

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ การจัดการขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นรวมทั้งจัดกิจกรรมสร้างเสริมทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น เช่น การประกาศเกียรติคุณ หรือ มอบรางวัลผู้แทนครัวเรือนที่มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยที่ดีอย่างต่อเนื่องเป็นตัวอย่างในการส่งเสริมทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. (2564) รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยในประเทศไทย (2564) ปี พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ ส่วนงานขยะมูลฝอย กรมควบคุมมลพิษ
2. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (ม.ป.ป.). มาตรฐานการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล . กรุงเทพมหานคร : กระทรวงมหาดไทย.
3. จันทรเพ็ญ มินคร. (2554) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนตำบลบางนางลี่ อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสงคราม. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา สถาบันวิจัยและพัฒนา
4. จอมจันทร์ นทีวัฒนา, วิชัย เทียนถาวร. (2560) การศึกษาความรู้และทัศนคติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการลดขยะชุมชนแม่กำอำเภอมะนัง จังหวัดพะเยา. วิทยาลัยสาธาณสุขศาสตร์ แขนงวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.
5. เบญจพรพรณ สุวรรณท้าว (2558) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2564 จาก <http://journalrec.mbu.ac.th/images/pdf/journal5-1/15p212-238.pdf>.
6. บุญจง ขาวสิทธิวิงษ์ (2554) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกมูลฝอยชุมชน : ศึกษากรณีเขตยานนาวาและเขตบางกะปิ วารสารพัฒนาสังคม (มิถุนายน 2554) ปีที่ 13 เล่มที่ 1 หน้า 33-58.
7. ประภาพร แก่นจันทร์, เสนต์ จุ้ยโตและชินรัตน์ สมสืบ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนา วลัยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. ปีที่ 10. ฉบับที่ 3. หน้า 295 – 302

8. รัชพล ศรีธรรมมาและเกวณีน ศีลพิพัฒน์. (2560). การมีส่วนร่วมของประชาชนและประสิทธิภาพการจัดการขยะของเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. ภาควิชารัฐศาสตร์ และรัฐประศาสนศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน.
9. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีแผนพัฒนาท้องถิ่น 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) เทศบาลตำบลหมูสี แผนการปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะมูลฝอยของสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลสถิติด้านการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลหมูสี.
10. วรศรณ สุตสาคร, สมใจ เป้าทอง, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2562) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
11. สมพงษ์ แก้วประยูร (2558) ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สารนิพนธ์หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการภาครัฐและเอกชนมหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
12. สำนักงานเทศบาลตำบลหมูสี. [อินเทอร์เน็ต]. ข้อมูลประชากรในพื้นที่งานทะเบียนเทศบาลตำบลหมูสี; 2565 [วันที่อ้างถึง 2, มกราคม 2565]. ที่มา : <http://moosi.go.th/index.php>.
13. Bloom B.S. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill. Bloom B.S. (1965) Taxonomy of Education. David McKay Company Inc., New York; 1975
14. Cohen & Uphoff. (1980). Effective Behavior in Organizations. New York : Richard D. Irwin Inc
15. Schiffman; & Kanuk. (1991). Consumer Behavior, 9/E. St. John's University.
16. Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Received: 3 Mar. 2023, Revised: 20 Mar. 2023

Accepted: 21 Mar. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น

สุพรรณษา สุวรรณสินธุ์^{1*}, รัฐพล ไกรกลาง²

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อาจจะเป็นแนวทางหนึ่ง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ด้านสุขภาพและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 225 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.67) มีพฤติกรรมในระดับดีมากด้านการใช้ยาเบาหวาน (ร้อยละ 76.44) และการดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย (ร้อยละ 55.11) มีพฤติกรรมในระดับปานกลางด้านการจัดการความเครียด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาท่อน้ำนม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.33) ทุกด้าน ยิ่งไปกว่านั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียด การใช้ยาเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์แห่งตนสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพร่างกาย การใช้ยาเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ควรส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมครอบคลุมทุกด้าน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคเบาหวาน

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author E-mail : supansa.su@kkumail.com

*Original Article***Health Perception and Self-Care Behaviors of Uncontrolled Diabetes Patients WHO Received Services in the Public Health Service Center 1, Khan Kaen Municipality**Supansa Suwansirion^{1*}, Ratthaphol kraiklang²**Abstract**

Diabetes is a non-communicable disease that affects Thailand's public health system. Especially among patients who cannot control their blood sugar levels. that patients have good health behaviors may be one approach in controlling blood sugar levels. This cross-sectional descriptive study aimed to explore self-care behaviors, health perceptions, and the relationship between health perceptions and self-care behaviors of diabetic patients with uncontrolled glucose levels who received services in the Public Health Service Center 1, Khon Kaen Municipality. Data were collected by questionnaire among 225 participants and analyzed by descriptive statistics and logistic regression analysis. The results showed that most of the patients had self-care behaviors in general at a moderate level (58.67%), diabetes medication use (76.44%), and physical health care (55.11%) had excellent behaviors. They had moderate behaviors in stress management, diet, exercise, continuation of treatment, prevention of complications, and blood sugar control. The patients had a high level of overall health perceptions (85.33%) in all aspects. Moreover, a perception of the severity of the disease was correlated with stress management behaviors, used of anti-diabetes drugs, prevention of complications, perceived self-interest with exercise self-care behavior, stress management, body health care, used of anti-diabetes drugs and related high perceived barriers with dietary self-care behaviors, by statistically significant at the 0.05 level. This study suggests that health awareness should be promoted to encourage patients to have appropriate self-care behaviors by covering all aspects for blood sugar levels control by effectively.

Keywords : health perception, self-care behavior, diabetes mellitus.¹ student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University² Assistant Prof., Faculty of Public Health, khon kaen University

*Corresponding author E-mail : supansa.su@kkumail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านการสาธารณสุข และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของโลก (กรมควบคุมโรค, 2565)² ซึ่งสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน (กรมควบคุมโรค, 2565)² สำหรับประเทศไทยนั้น พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน โดยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ (กรมควบคุมโรค, 2565)² อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 3 ปี ย้อนหลังคือ ปี พ.ศ.2562–2564 มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 70.00 (ร้อยละ 71.68, 70.58 และ 71.72 ตามลำดับ) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ต้องมีไม่เกินร้อยละ 60.00 (กรมควบคุมโรค, 2564)¹

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะช่วยให้คาดการณ์เกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องตามที่ (อรนุช ประดับทอง และคณะ, 2563)¹⁴ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติที่เหมาะสมจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมักมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความ

จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงจะสามารถช่วยให้ควบคุมโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้ด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการสุขภาพพึงตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่นมีการจัดการบริการคลินิกโรคเบาหวาน โดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลขอนแก่นมาให้บริการตรวจรักษาพยาบาล ซึ่งในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาจำนวนทั้งหมด 748 คน พบผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 16.84 และผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 622 คน คิดเป็นร้อยละ 83.16 (งานข้อมูลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น, 2564)³ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่นยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับพื้นที่และเหมาะสมกับโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ 2564 จำนวน 622 คน (งานศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น, 2564)³ คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบประชากร เมื่อ $\alpha = 0.05$ ดังสมการ

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

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 622 คน

$Z\alpha/2$ = กำหนดความเชื่อมั่น 95% ($Z\alpha/2$) = 1.96

P = สัดส่วนของพฤติกรรมที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากการศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม (2560)⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมากร้อยละ 35.40

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน = 0.05

แทนค่าทั้งหมดในสมการ

$$n = \frac{622(1.96)^2(0.354)(1-0.635)}{0.05^2(622-1) + (1.96)^2(0.354)(1-0.354)}$$

$$n = 224.87 \cong 225 \text{ คน}$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 225 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่นเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป

2. ผู้ป่วยเบาหวานอายุระหว่าง 35 ขึ้นไป

3. เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีค่า HbA1C ≥ 7

4. สามารถสื่อสาร ตอบคำถามได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ และใช้ภาษาไทยได้

5. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด หรือระยะให้นมบุตร มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย , ไม่แน่ใจ , ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ , ปฏิบัตินานๆ ครั้ง , ปฏิบัติบ่อยๆ , ปฏิบัติบ่อยมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและเพื่อบรรยายระดับการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ และการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Logistic Regression Analysis

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในมนุษย์ซึ่งต้องขอด้วยมรรยาทและจริยธรรมและไม่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE652053 ให้ไว้ ณ วันที่ 7 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับ

บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.11) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.89) มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 30.22) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน (ร้อยละ 46.67) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.44) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.22) ผู้ป่วยมีโรคร่วมร้อยละ 93.33 โดยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นร่วมมากที่สุด ยาที่รับประทานประจำ

นอกเหนือจากยาโรคเบาหวาน คือ ยาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรอบเอวเกิน (ร้อยละ 66.22) มีค่า BMI เกินเกณฑ์ (ร้อยละ 59.56) มีความดันโลหิตตามเกณฑ์ (ร้อยละ 61.33) และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 50.67)

2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 225)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับพฤติกรรม (จำนวน/ร้อยละ)		
	พอใช้	ปานกลาง	ดีมาก
1. การควบคุมอาหาร	2 (0.89%)	170 (75.56%)	53 (23.56%)
2. การออกกำลังกาย	15 (6.67%)	169 (75.11%)	41 (18.22%)
3. การจัดการความเครียด	14 (6.22%)	189 (84.00%)	22 (9.78%)
4. การดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย	8 (3.56%)	93 (41.33%)	124 (55.11%)
5. การใช้อาหารหวาน	0 (0.00%)	53 (23.56%)	172 (76.44%)
6. การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด	14 (6.22%)	112 (49.78%)	99 (44.00%)
7. การรักษาต่อเนื่อง	17 (7.56%)	142 (63.11%)	66 (29.33%)
8. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	22 (9.78%)	133 (59.11%)	70 (31.11%)
รวมพฤติกรรมการดูแลตนเอง	0 (0.00%)	132 (58.67%)	93 (41.33%)

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มาใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.67 และระดับดีมากร้อยละ 41.33 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมในระดับดีมาก ในด้านการใช้อาหารหวานมากที่สุด ร้อยละ 76.44 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย

ร้อยละ 55.11 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางทางด้าน เรื่องจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การจัดการความเครียด ร้อยละ 84.00 การควบคุมอาหาร ร้อยละ 75.56 การออกกำลังกาย ร้อยละ 75.11 การรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 63.11 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 59.11 และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 49.78 ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 225)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับการรับรู้ (จำนวน/ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	0 (0.00%)	17 (7.56%)	208 (92.44%)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	6 (2.67%)	84 (37.33%)	135 (60.00%)
3. การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตน	0 (0.00%)	32 (14.22%)	193 (85.78%)
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	7 (3.11%)	96 (42.67%)	122 (54.22%)
การรับรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	0 (0.00%)	33 (14.67%)	192 (85.33%)

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.33 เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน พบว่า มีการรับรู้ด้านสุขภาพ

ระดับสูงทุกด้านเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคร้อยละ 92.44 การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนร้อยละ 85.78 การรับรู้ความรุนแรงของโรคร้อยละ 60.00 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนร้อยละ 54.22

4.ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุของการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุด้านปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร (n = 225)

การรับรู้	พฤติกรรมการด้านอาหาร		OR _{adj}	95%CI	p-value
	พอใช้(n=172)	ดีมาก(n=53)			
การรับรู้อุปสรรค					
รับรู้ต่ำ	71	32	1		
รับรู้สูง	101	21	0.389	0.183-0.826	0.014*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า โอกาสที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้อุปสรรคระดับสูงมีพฤติกรรมที่ดีมากเท่ากับ 0.389 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้

อุปสรรคระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR_{adj} = 0.389, 95%CI 0.183-0.826, p-value = 0.014) ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุด้านปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย (n = 225)

การรับรู้	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		OR _{adj}	95%CI	p-value
	พอใช้(n=184)	ดีมาก(n=41)			
การรับรู้ประโยชน์					
รับรู้ต่ำ	80	10	1		
รับรู้สูง	104	31	2.446	1.034 – 5.785	0.042*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า โอกาสที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูงมีพฤติกรรมที่ดีมากเท่ากับ 2.446 เท่าของผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ (OR_{adj} = 2.446, 95%CI 1.034-5.785, p-value = 0.042) ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุด้านปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด (n = 225)

การรับรู้	พฤติกรรมการจัดการความเครียด		OR _{adj}	95%CI	p-value
	พอใช้ (n=203)	ดีมาก (n=22)			
การรับรู้ความรุนแรง					
รับรู้ต่ำ	24	8	1		
รับรู้สูง	179	14	0.145	0.047-0.449	0.001*
การรับรู้ประโยชน์					
รับรู้ต่ำ	87	3	1		
รับรู้สูง	116	19	4.625	1.128-18.967	0.033*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 5 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า โอกาสที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับสูงมีพฤติกรรมที่ดีมากเท่ากับ 0.145 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำ (OR_{adj} = 0.145, 95%CI 0.047-0.449, p-value = 0.001) และโอกาส

ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูงมีพฤติกรรมที่ดีมากเท่ากับ 4.625 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ (OR_{adj} = 4.625, 95%CI 1.128-18.967, p-value = 0.033) ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุด้านปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย (n = 225)

การรับรู้	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย		OR _{adj}	95%CI	p-value
	พอใช้ (n=101)	ดีมาก (n=124)			
การรับรู้ประโยชน์					
รับรู้ต่ำ	51	39	1		
รับรู้สูง	50	85	1.968	1.113-3.479	0.020*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 6 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพอนามัยร่างกาย ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า โอกาสที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูงมีพฤติกรรมที่ดีมากเท่ากับ 1.968 เท่าของผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ (OR_{adj} = 1.968, 95%CI 1.113-3.479, p-value = 0.020) ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุคูณด้านปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาเบาหวาน (n = 225)

การรับรู้	พฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน		OR _{adj}	95%CI	p-value
	พอใช้ (n=53)	ดีมาก (n=172)			
การรับรู้ความรุนแรง					
รับรู้ต่ำ	14	18	1		
รับรู้สูง	39	154	3.073	1.213-7.785	0.018*
การรับรู้ประโยชน์					
รับรู้ต่ำ	51	39	1		
รับรู้สูง	50	85	4.623	2.268-9.421	<0.000*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 7 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า โอกาสที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับสูงมีพฤติกรรมที่ดีมากกว่า 3.073 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำ (OR_{adj} = 3.073 , 95%CI 1.213-7.785, p-value = 0.018) และ

โอกาสที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูงมีพฤติกรรมที่ดีมากกว่า 4.623 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ (OR_{adj} = 4.623, 95%CI 2.268-9.421, p-value < 0.000) ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุคูณด้านปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (n = 225)

การรับรู้	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน		OR _{adj}	95%CI	p-value
	พอใช้ (n=155)	ดีมาก (n=70)			
การรับรู้ความรุนแรง					
รับรู้ต่ำ	17	15	1		
รับรู้สูง	138	55	0.287	0.116-0.708	0.007*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 8 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า โอกาสที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับสูงมีพฤติกรรมที่ดีมากกว่า 0.287 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำ (OR_{adj} = 0.287, 95%CI 0.116-0.708, p-value = 0.007) ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

และอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น พบว่า มีการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยจากการสังเกตข้อมูลพฤติกรรม

การรักษาต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ส่วนใหญ่ มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง จึงมีความเป็นไปได้ว่า การได้รับการรักษา ติดตามต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น มาเป็นระยะเวลาานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง จึงทำให้มีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงทุกด้าน ผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าข้าม (2560)⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับ น้ำตาลไม่ได้ ตำบลแม่เหียะอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัด เชียงใหม่ ส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ใน ระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ของตนเองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุมาศ ไกรสัย และวลัยนารี พรหมลา (2561)⁸ ที่พบว่าผู้ป่วย เบาหวาน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับสูงก็ตาม แต่กลับพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยในการศึกษาค้นคว้าพบว่าทั้ง ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยไม่สามารถ ปรับได้ล้วนส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยพบว่าปัจจัยภายในที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ กล่าวคือ อายุและระยะเวลาการเป็นโรค ส่งผลให้เกิดผลดังกล่าว กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้น ก็จะส่งผลให้โอกาสที่ควบคุมระดับน้ำตาลทำ ได้ยากขึ้น เนื่องจากการหลั่งอินซูลินของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จะลดลงและมีภาวะดื้ออินซูลินมากขึ้น และหากระยะเวลาการ เป็นโรคที่นานขึ้นจะส่งผลให้ เบต้าเซลล์ในตับอ่อนมีความ เสื่อม การสร้างอินซูลินที่มีประสิทธิภาพก็จะลดลง เป็นเหตุให้ ระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสสูงได้มาก เนื่องจากอินซูลินไม่ สามารถส่งสัญญาณให้เซลล์ต่าง ๆ นำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์เพื่อ เป็นแหล่งพลังงานได้ จากปัจจัยดังกล่าวล้วนส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมี โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง (ชลธิดาวรรณ เตนไชยรัตน์, 2563)⁴

สำหรับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดผู้ป่วย จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ค่าดัชนี มวลกาย เป็นปัจจัยที่อาจจะส่งผลดังกล่าว พบว่าหากดัชนีมวล กายมากกว่าปกติจะทำให้มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้น ประกอบกับการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือออกกำลังกายไม่ เพียงพอจะทำให้ลดการทำงานของอินซูลินทำให้การควบคุม น้ำตาลไม่ดี รวมทั้งการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืม รับประทานยา และหยุดยาเอง ล้วนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด

สูงเกินปกติ และความเครียดมีผลให้เกิดการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) และคอร์ติซอล (Cortisol) มากขึ้นเกิด กระบวนการไกลโคจิโนไลซิส (Glycogenesis) มีผลให้ระดับ น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (สุภาพร นันทศักดิ์ และคณะ, 2559)¹³ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือ ใกล้เคียงปกติมากที่สุดนั้น จึงต้องอาศัยปัจจัย 5 ประการคือ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การ จัดการกับความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่องควบคู่ไป ด้วย ซึ่งการศึกษาของ ฤทธิรงค์ บุรพันธ์และนิรมล เมืองโสม (2556)¹⁶ พบว่าการมีโรคแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการ รับประทานยา พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีผล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาค้นคว้า นี้ แม้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลสุขภาพ อนามัยของตนเองอยู่ในระดับดีมากแต่ยังไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจมาจากข้อจำกัดด้านอายุ มีโรค ร่วม มีระยะเวลาป่วยที่ยาวนาน อยู่อาศัยแบบครอบครัวเดี่ยว อาจทำให้ขาดผู้ดูแล จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้าน อื่นๆ เช่น การจัดการความเครียด การควบคุมอาหาร การออก กาย การรักษาต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ การควบคุมน้ำตาลในเลือด ขาดความต่อเนื่องไม่สามารถ ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การ ปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ การศึกษาของธนวัฒน์ สุวณกุล (2561)⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานที่ทำการศึกษาล้วนส่วนใหญ่มี ระยะเวลาที่เป็น โรคเบาหวานเฉลี่ย 8.03 ปี มีพฤติกรรมด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้าน การออกกำลังกาย และด้านอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้อง กับการศึกษาของวิสุทธิ โนจิต และคณะ (2562)¹¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ป่วยด้วย โรคเบาหวาน ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมด้านรับประทาน อาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับประทานยา และด้านการดูแลเท้าในระดับปาน กลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวรรณ ชันทะชา และ เบญจา มุกตพันธุ์ (2564)¹² ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ถึงแม้ว่าจะมี พฤติกรรมด้านการใช้ยาอยู่ในระดับดี แต่กลับมีพฤติกรรมด้าน บริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวออกแรง และการจัดการ ความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหากพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ด้านความรุนแรงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียด การใช้จ่ายเบาหวาน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์แห่งตนสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพร่างกายและการใช้จ่ายเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้ต่ำ ซึ่งจากข้อมูลที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า แม้ผู้ป่วยจะมารับการรักษาและได้พบบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงทุกด้าน แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน การตอบสนองต่อการรักษาน้อยลง การเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิก 2-3 คน อาจเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพราะขาดคนช่วยดูแล หรืออาจเกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติซ้ำๆ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมลดลง การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมทำได้ไม่ครบทุกด้าน ทำให้ภาพรวมของการรับรู้จึงไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แม้จะมีการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา บ้านกลาง และคณะ (2559)¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่นมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับสูง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม (2560)⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่คุ่มระดับน้ำตาลไม่ได้มีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางและการรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2560)⁵ ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่คุ่มระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มีการรับรู้ด้านความรุนแรง

การรับรู้ประโยชน์แห่งตน และการรับรู้อุปสรรคสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้ต่ำ การรับรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้านที่แตกต่างกันนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Maville and Huerta (2002 อ้างถึงใน ปดมาพร พันธุ์อุบล, 2553)⁷ ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้มากขึ้นย่อมปฏิบัติตนที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรา ชื่นวัฒนาและณิชาภา สอนภักดี (2557)¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง โดยเฉพาะ ด้านการจัดการความเครียด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีปัญหาที่ยังคงแฝงอยู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์บริการสาธารณสุข ควรส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องให้ครอบคลุมทุกด้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อที่จะได้ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

2.ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่คุ่มระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกัน/ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีเวลาจำกัด การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยร่วมได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยสนับสนุน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อหาปัจจัยสาเหตุนอกจากการรับรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์แนะนำและผู้เข้าร่วมวิจัยทำให้เกิดคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้. ค้นเมื่อ 19 กันยายน 2564, จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi-kpi-list/view/?id=169>, 2564.
2. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2565, จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>, 2565.
3. งานข้อมูลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. ผลการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ประจำปี 2564. ขอนแก่น: งานข้อมูลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น, 2564.
4. ชลธิดาวรรณ เฒ่าไชยรัตน์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2563.
5. ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(2), 53-62, 2560.
6. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(3), 515-522, 2561.
7. ปณมาพร พันธุ์อุบล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2553.
8. ภาณุมาศ ไกรสัยและวลัยนารี พรหมลา. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารบัณฑิตศาสตร์, 15(2), 101-110, 2561.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม, 2560.
10. วรณรา ชื่นวัฒนาและณิชาภาณุ สอนภักดี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(3), 163-170, 2557.
11. วิสุทธิ์ ไนจิต และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี, 8(2), 200-212, 2562.
12. ศศิวรรณ ชันทะชาและเบญจา มุกตพันธ์. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายเชื้อชาติ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(1), 97-104, 2564.
13. สุภาพร นันทศักดิ์, วนิดา คุรุศักดิ์ชัยและกมลทิพย์ ชลัทธิธรรมเนียม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยใช้แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ รพ.สต. บึงสนั่น. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 14(2), 78-89, 2559.
14. อรุณฯ ประดับทอง และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา, 21(1), 55-67, 2563.
15. อภิญา บ้านกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์และปริศนา รดสีดา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ

- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น.
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัด
ขอนแก่น, 23(1), 85-95, 2559.
16. ฤทธิ์รงค์ บุรพันธ์และนิรมล เมืองโสม. ปัจจัยที่มีผลต่อ
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอมจังหวัดอุดรธานี. วารสาร
วิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(3),
102-109, 2556.

Received: 10 Apr. 2023, Revised: 21 Apr. 2023

Accepted: 22 Apr. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหารพฤษภา มะหัต^{1*}, วรกร วิชัยโย², ธันวา ใจเที่ยง³

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะช่วยลดการเจ็บป่วย ลดภาวะพึ่งพิง และสามารถดูแลตนเองได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 330 คน ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงอนุมานใช้ค่า Chi-square test, Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.50 และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ตัวแปร ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ 1) รายได้ไม่พอเพียงและเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ เป็น 4 เท่า 2) พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส เป็น 1.63 เท่า 3) ห้องน้ำแบบส้วมซึมเป็น 3.32 เท่า 4) มีบุคคลที่พึ่งพาได้ เป็น 7.60 เท่า 5) ขนเผ่าภูไท เป็น 1.75 เท่า ปัจจัยนำ ได้แก่ 6) คะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง เป็น 8 เท่า 7) การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง เป็น 2.29 เท่า และ 8) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคลากรด้านสุขภาพ เป็น 3.30 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ ควรเพิ่มการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลในครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรม

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

³ อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

*Corresponding author E-mail: pmalad.fern24@gmail.com

Original Article

Factors Affecting of Behavior on Health Promotion for Elderly in Dongluang District, Mukdahan Province

Pruksa Malad^{1*} Woragon Wichaiyo² Tunwa Chaiteing³

Abstract

Health promotion that is correct and suitable for the elderly in order to have good health, which will reduce illness, reduce dependency and able to self-care for themselves. This research was a survey research used cross-sectional analytic study had of this study were to study the factors affecting of behavior on health promotion for elderly in Dongluang District, Mukdahan Province. A questionnaire form was used as the research instrument from the sample consisted of 330 people. Analysis statistics were used to analyze descriptive data. the inferential analysis used the χ^2 -test, Odds Ratio and 95%CI and p-value < 0.05.

The research results found that 88.50% of the elderly had health promoting behaviors moderate. The factors affected health promoting behaviors for elderly 8 Factors are as follows : Personal information includes : 1) Income is insufficient were 4 times, 2) Elderly living with their spouse were 1.63 times, 3) There were a cesspool of were 3.32 times, 4) Having a dependable person were 7.60 times, 5) Phu Thai tribe were 1.75 times, Predisposing factor includes : 6) The knowledge score is high level were 8 times, 7) The perceived benefit was high level were 2.29 times, and Reinforcing factor includes : 8) Support from family, friends/neighbor and health personnel were 3.30 times, statistically significant at 0.05

Suggestions from this research are The awareness of the benefits of health promotion behaviors should be increased for Individuals in the family and community to create understanding and be able to modify the health care behavior of the elderly properly and appropriately.

Keywords : Elderly, Health Promotion, Behavior

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าโลกจะเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2050 ในขณะที่จำนวนประชากรผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าจาก 143 ล้านคนในปี 2019 ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนทั้งสิ้น 426 ล้านคนในปี 2050 มีค่าเฉลี่ยกลางของผู้สูงอายุในช่วงปี 2045 ถึง 2050 อยู่ที่ 77 ปี และมีโอกาสที่จะเพิ่มสูงขึ้น 83 ปี ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยกลางในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่คาดการณ์ว่าอาจเกิดขึ้นได้ภายในปี 2100¹

จังหวัดมุกดาหาร มีจำนวนประชากรทั้งสิ้นในปี 2564 จำนวน 274,777 คน เพศชาย จำนวน 137,046 คน เพศหญิง จำนวน 137,731 คน และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 47,756 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 21,778 คน เพศหญิง จำนวน 25,978 คน คิดเป็นร้อยละ 17.37 ของประชากรทั้งหมด อำเภอดงหลวง เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร แบ่งออกเป็น 6 ตำบล 60 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง มีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 35,004 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จำนวน 4,886 คน แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี จำนวน 2,825 คน กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี จำนวน 1,456 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 605 คน ปี 2563 - 2565 ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.42, 14.69 และ 14.61 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.84, 29.11 และ 28.00 ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุที่มารับบริการที่เกี่ยวข้องอุบัติเหตุ จำนวน 368 คน และผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรองความเครียดของผู้สูงอายุ จำนวน 3,684 คน โรงพยาบาลดงหลวง ได้มีการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ เป็นต้น ให้แก่ผู้สูงอายุที่เข้ากิจกรรมเป็นประจำทุกครั้งที่²

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จึงทำให้มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน อำเภอดง

หลวง จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การทำให้มีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วย ลดภาวะพึ่งพิง และสามารถดูแลตนเองในระยะยาวได้ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ คือ เมษายน 2565 ถึง กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกโดยขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 4,886 คน แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี จำนวน 2,825 คน กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี จำนวน 1,456 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 605 คน² ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุกรณีทราบขนาดของผู้สูงอายุ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ประชากรผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 4,886 คน โดยวิธีคิดสัดส่วนผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน การใช้สูตรของอรุณ จิรวัฒนกุล และคณะ (2551)⁹

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

$$= \frac{4.886 (1.96)^2 0.5(1-0.57)}{(0.05)^2 (4.886 - 1) + (1.96)^2 0.5(1-0.57)}$$

ขั้นตอนที่ 2 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่ทดแทน จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 330 คน ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร²

ลำดับ	ตำบล	จำนวนประชากร (N)	ขนาดตัวอย่าง (n)
1	ดงหลวง	1,053	71
2	หนองบัว	693	47
3	กกตูม	1,186	80
4	หนองแคน	671	45
5	ชะโนดน้อย	640	43
6	พังแดง	643	44
รวม		4,886	330

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการปรับปรุงแบบสอบถามของพงศธร ศิลาเงิน (2560)⁶ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

และส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์

เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และมีความมากกว่า 0.6 ทุกข้อ

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.73

2) แบบสัมภาษณ์ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89

3) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93

4) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77

5) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสริมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.74 และ

6) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้ค่าของสถิติ Chi-square test, Odd Ratio (OR), 95%CI โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร รหัสโครงการ 30.0033.2565 เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 คน โดยมีผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละจำแนกตามระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (n=330)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ระดับค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง	3.67 - 5.00	38	11.50
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง	2.34 - 3.669	292	88.50

(Min = 2.62, Max = 4.41, $\bar{X}$ = 3.31, S.D. = 0.35)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (n= 330)

	ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		χ^2	OR	95%CI. Low-Up	p-value
		ดี	ไม่ดี				
		จำนวน	จำนวน				
		(ร้อยละ)	(ร้อยละ)				
ข้อมูลส่วนบุคคล							
1. ความพอเพียงของรายได้	เพียงพอและเหลือเก็บ	38	17	21.68	4.10	2.20 ถึง 7.65	<0.001**
		(69.10)	(30.90)				
	ไม่พอเพียงและ	97	178				
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	(35.30)	(64.70)				
2. พักอาศัยอยู่กับ	คู่สมรส	78	89	4.70	1.63	1.05 ถึง 2.54	0.030*
		(46.70)	(53.30)				

	ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ		χ^2	OR	95%CI. Low-Up	p-value
		ดี	ไม่ดี				
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
3. ท้องน้ำ	บุตรหลาน, ญาติ, อื่นๆ	57 (35.00)	106 (65.00)	20.16	3.32	1.94 ถึง 5.70	<0.001**
	ชักโครก	47 (63.50)	27 (36.50)				
	ส้วมซึม	11 (34.40)	84 (65.60)				
4. บุคคลที่พึ่งพาได้	มี	133 (43.20)	175 (56.80)	9.87	7.60	1.75 ถึง 33.09	0.002*
	ไม่มี	2 (9.10)	20 (90.90)				
	ข้อมูลส่วนบุคคล						
5. คนเฝ้า	ภูไท	105 (44.70)	130 (55.30)	4.80	1.75	1.06 ถึง 2.90	0.028*
	บรู	30 (31.60)	65 (68.40)				
	ปัจจัยนำ						
6. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	สูง	41 (80.40)	10 (19.60)	38.90	8.07	3.87 ถึง 16.82	<0.001**
	ต่ำ	94 (33.70)	185 (66.30)				
	การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						
7. การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	สูง	104 (47.30)	116 (52.70)	11.06	2.29	1.40 ถึง 3.74	<0.001**
	ต่ำ	31 (28.20)	79 (71.80)				
	ปัจจัยเสริม ได้แก่						
8. ปัจจัยเสริม ได้แก่	ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคคลกรด้านสุขภาพ			18.62	3.30	1.89 ถึง 5.75	<0.001**
	สูง	115 (48.10)	124 (51.90)				
	ต่ำ	20 (22.00)	71 (78.00)				

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001, Fisher Exact Test <20%

สรุปผลการวิจัย

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 292 คน คิดเป็นร้อยละ 88.50 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50

จากตารางที่ 3 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ไม่พอเพียงและเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 4 เท่า (95%CI. = 2.20 – 7.65) พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 1.63 เท่า (95%CI. = 1.05 – 2.54) ห้องน้ำแบบส้วมซึม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็น 3.32 เท่า (95%CI. = 1.94 – 5.70) มีบุคคลที่พึ่งพาได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 7.60 เท่า (95%CI. = 1.75 – 33.09) ขนเผ่าภูไท มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 1.75 เท่า (95%CI. = 1.06 – 2.90)

ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 8 เท่า (95%CI. = 3.87 – 16.82) การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 2.29 เท่า (95%CI. = 1.40 – 3.74)

ปัจจัยเสริม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคลากรด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 3.30 เท่า (95%CI. = 1.89 – 5.75)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยนำมาอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 292 คน คิดเป็นร้อยละ 88.50 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองและให้ความสำคัญต่อสุขภาพร่างกายของตนเองที่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ และมีการร่วมมือในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของภาครัฐ ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน ในอำเภอดงหลวง ส่งผลให้ผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศธร ศิลาเงิน (2560)⁶ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52.5 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ ทับประทุม (2560)³ พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 69.20

2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

1. ความพอเพียงของรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียงและเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีเป็น 4 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บ อยู่ในระดับไม่ดี (OR = 4.10, 95%CI. = 2.20 – 7.65, $\chi^2 = 21.68$, p-value < 0.001) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงไม่มีรายได้มากพอ แต่ผู้สูงอายุยังมีบุตรหลานให้เงินเป็นบางส่วนและมีบางส่วนที่ประกอบอาชีพเสริม เช่น ปลูกผักสวนครัว การทำอาหารขนมขาย รวมทั้งการรับจ้างทั่วไป เป็นบางครั้งบางคราว ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่พอเพียงและเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา สิทธิกัน (2560)⁷ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง/มีหนี้สิน (OR = 1.18, 95%CI. = 0.43 – 3.30)

2. พักอาศัย พบว่า ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 1.63 เท่า ของผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับบุตร หลาน ญาติและอื่น ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับไม่ดี (OR = 1.63, 95% CI. = 1.05 – 2.54, $\chi^2 = 4.70$, p-value = 0.030) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่พำนักอยู่กับคู่สมรสมีส่วนของการมีส่งเสริมสุขภาพดีกว่าในกรณีที่พำนักอาศัยอยู่กับบุตร หลาน ญาติ หรืออยู่โดยลำพัง เนื่องจากคู่สมรสเป็นที่ส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกับผู้สูงอายุ จะมีความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ซึ่งกันและกันทำให้มีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์ และคณะ (2561)⁵ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัว เช่น คู่สมรส หรือบุตรหลาน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกล่าวได้ว่า เป็นส่วนส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3. ลักษณะห้องส้วมที่ใช้ในบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีห้องน้ำแบบส้วมซึมส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับดีเป็น 3.32 เท่าของผู้สูงอายุที่มีห้องน้ำแบบชักโครก ที่อยู่ในระดับไม่ดี ($OR = 3.32, 95\%CI = 1.94 - 5.70, \chi^2 = 20.16, p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า บ้านเรือนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ห้องน้ำแบบส้วมซึมมาตั้งแรกแล้ว ซึ่งเหมาะสมสถานะภาพทางเศรษฐกิจเป็นชาวบ้านดั้งเดิมในพื้นที่ และยังไม่มีการปรับเปลี่ยนมาใช้ห้องน้ำแบบชักโครก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริประภา สมัตถะ และกาญจนา นาละพินธุ (2564)⁸ พบว่า บ้านที่มีลักษณะโถส้วมแบบนั่งยอง ๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็น 5.03 เท่า ของบ้าน ที่มีลักษณะโถส้วมแบบชักโครก ($OR = 5.03, 95\%CI = 2.22 - 11.38, p\text{-value} < 0.001$)

4. ผู้สูงอายุที่มีบุคคลที่พึ่งพาได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคคลที่พึ่งพาได้ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับดีเป็น 7.60 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุคคลที่พึ่งพาได้ ที่อยู่ในระดับไม่ดี ($OR = 7.60, 95\%CI = 1.75 - 33.09, \chi^2 = 9.87, p\text{-value} = 0.002$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีบุคคลที่พึ่งพาได้ยามเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นบุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง เป็นพื้นที่ชนบทที่ครอบครัวมีความเอื้อเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ค่อยช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพงศธร ศิลาเงิน (2560)⁶ พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส และอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลานทำให้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาได้เมื่อยามเจ็บป่วยหรือมีปัญหาที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะพื้นที่ที่ทำการศึกษายังไม่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่บริเวณโดยรอบจะมีบ้านของญาติพี่น้องทำการอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ทำให้มีการพึ่งพาอาศัยดูแลซึ่งกันและกัน

5. ชนเผ่า พบว่า ผู้สูงอายุชนเผ่าภูไทส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับดีเป็น 1.75 เท่าของผู้สูงอายุมีชนเผ่าบุร ที่อยู่ในระดับไม่ดี ($OR = 1.75, 95\%CI = 1.06 - 2.90, \chi^2 = 4.76, p\text{-value} = 0.028$) ทั้งนี้อาจเป็นไปตามการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องว่า ด้วยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอดงหลวงในปัจจุบันเป็นชนเผ่าภูไทเพิ่มมากขึ้น ได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ไปสู่การพัฒนาด้าน ความรู้ ทักษะ การรับรู้ ประโยชน์ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีและเหมาะสม นอกจากนี้ในยุคสมัยปัจจุบันมีการผสมกลมกลืนทาง วัฒนธรรมประเพณีระหว่างภูไทและบุร ปัจจุบันวิถีชีวิตของชนเผ่าภูไทที่เปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมการติดต่อแลกเปลี่ยนเพื่อดำรงชีพในสังคมของตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมดั้งเดิมอย่างมากตลอดจนการกำหนดวิธีการรักษาหรือตัดสินใจเลือกการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงพบว่าชนเผ่าเลือก ที่จะรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น ผู้สูงอายุชาวภูไทมีความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม และการมีระบบบริการด้านสุขภาพที่ทั่วถึงตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบการให้บริการในเชิงรุก มากกว่าการตั้งรักษาโรคและเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงการรักษาได้รับการดูแลแบบเท่าเทียมกัน

6. ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนความรู้สูงเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับดีส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 8 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนความรู้ต่ำเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับไม่ดี ($OR = 8.07, 95\%CI = 3.87 - 16.82, \chi^2 = 38.90, p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ก็จะสามารถที่จะปฏิบัติตนด้านการสุขภาพอนามัยได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมาในทุก ๆ ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา สิทธิกัน (2560)⁷ พบว่า ผู้สูงอายุระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูงส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 5.43 เท่าของผู้สูงอายุระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ($OR = 5.43, 95\%CI = 1.15 - 25.53, \chi^2 = 33.47, p\text{-value} < 0.05$)

7. การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ประโยชน์สูงเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับดีส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 2.29 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ต่ำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับไม่ดี

(OR = 2.29, 95%CI. = 1.40 – 3.74, χ^2 = 11.06, p-value < 0.001) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สูง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีผลกระทบต่องานส่งเสริมสุขภาพ นำมาเป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562)⁴

8. ปัจจัยเสริม พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสริมในด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคคลกรด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับดีเป็น 3.30 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีปัจจัยเสริมในด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคคลกรด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับไม่ดี (OR = 3.30, 95%CI. = 1.89 – 5.75, χ^2 = 18.62, p-value < 0.001) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคคลกรด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือนยกย่องชมเชยให้กำลังใจการเอาเป็นแบบอย่าง ดำเนินดีเตียน การลงโทษ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น ๆ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562)⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของพงศธร ศิลาเงิน (2560)⁶ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสริมในด้านการได้รับแรง สนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูงส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 2.80 เท่าของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสริมในด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย (OR = 2.80, χ^2 = 4.67, p-value = 0.031)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ผู้สูงอายุที่มีความรู้และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนความรู้และการรับรู้ประโยชน์สูงเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเพื่อให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน

อยู่ในระดับสูง จะต้องมีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2) ผู้สูงอายุชนเผ่าภูไทมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีกว่าชนเผ่าบุรุที่เป็นชนเผ่าพื้นเมืองของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จึงต้องทำให้มีการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นชนเผ่าบุรุให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียงและเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ซึ่งผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงไม่มีรายได้มากพอ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจะเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในทุก ๆ ด้าน และการจัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชนของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มกิจกรรมและรายได้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.วรกร วิชัยโย อาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธันวา ใจเที่ยง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/9/158>
- คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร กลุ่มรายงานมาตรฐาน ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

<https://mdh.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>

p

3. นงลักษณ์ ทับประทุม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองโสน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก; 2560
4. นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวลัย เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสมาคมฯ ไทย 2565;12:38-48.
5. ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561;33:153-160.
6. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560
7. วาสนา สิทธิกัน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล บ้านโอง อำเภอ บ้านโอง จังหวัดลำพูน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2560
8. ศิรประภา สมัตถะ และกาญจนา นาถะพินธุ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2564;4:89-101.
9. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: บริษัท คลังนานาวิทยา; 2551.

Received: 11 Apr. 2023, Revised: 8 May 2023

Accepted: 13 May 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดกาฬสินธุ์กนกพร เจริญพันธ์^{1*}, จุฑามาศ เจริญสาธิต², วรกร วิชัยโย³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 175 คน ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงอนุมานโดยใช้ค่า Chi-square test, Odd Ratio (OR), 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย พบว่า พนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัย อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.40 ทิศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.30 และมีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง มีจำนวน 2 ตัวแปร ดังนี้ 1) ความถี่ในการทำงานล่วงเวลา ไม่เกิน 3 วันต่อสัปดาห์ เป็น 3.48 เท่า และ 2) การไม่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ในการทำงาน เป็น 2.02 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ บริษัทควรเพิ่มกิจกรรมทบทวนข้อปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน และเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานให้มีความถี่มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มพนักงานที่มีอายุงานมากกว่า 4 ปีขึ้นไป เพราะว่า พนักงานที่มีอายุงานมากกว่า 4 ปี ขาดความตระหนัก ความใส่ใจ คิดว่าตนเองมีความชำนาญ ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุในการทำงาน จึงมีพฤติกรรมความปลอดภัยที่ไม่เหมาะสม และ ควรปรับตารางการทำงานล่วงเวลาให้ลดลง โดยให้พนักงานทำงานล่วงเวลาไม่เกิน 3 วันต่อสัปดาห์ เนื่องจาก พนักงานที่ทำงานล่วงเวลามากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ มีเวลาพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ จึงมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยที่มากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรม, ความปลอดภัย, พนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

³ อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

*Corresponding author E-mail: fon.publichealth@gmail.com

*Original Article***Factors Affecting Safety Behavior of Employees of a Private Company in Kalasin Province****Kanokporn Charoenpan^{1*}, Chuthamat Chiamsathit², Woragon Wichaiyo³****Abstract**

This research is a survey research with the objective of studying factors affecting the safety behavior of employees of a private company. Data were collected by interviewing a sample of 175 people using statistics for descriptive data analysis. and inferential analysis using Chi-square test, Odd Ratio (OR), 95%CI. p-value < 0.05

The results of the research found that employees of a private company. have a safe behavior was at a low level, 55.40 percent, attitude towards work safety was at a high level of 58.30% and there were 2 variables affecting safety behavior of employees of a private company as follows: 1) The frequency of working overtime, no more than 3 days per week, was 3.48 times. 2) No unpleasant odor at work was 2.02 times, statistically significant at 0.05

Suggestions from this research are companies should increase activities to review safety practices for employees. and strengthening safety behaviors in the work of employees to be more frequent Especially among employees who have been working for more than 4 years because employees who have been working for more than 4 years lack awareness, care, think they have expertise. Never had an accident at work Therefore, there are inappropriate safety behaviors and should adjust the work schedule to reduce overtime. By requiring employees to work overtime no more than 3 days per week because employees who work overtime more than 3 days per week Not enough rest time Therefore, there is a greater risk of unsafe behavior.

Keywords: Behavior, Safety, Private Company

บทนำ

สภาพเศรษฐกิจในประเทศไทยหลายปีที่ผ่านมา มีการขยายตัวของภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมสูงขึ้น ทำให้มีสถานประกอบการทั้งในภาครัฐและเอกชนเกิดขึ้นมากมาย มีการแข่งขันเพื่อให้ทันต่อการผลิตและการให้บริการโดยใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพของการผลิต ไม่ว่าจะเป็นเครื่องจักรและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้กระบวนการผลิตสินค้ามีประสิทธิภาพ ผลิตได้มากขึ้นและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น จนบางครั้งผู้ประกอบการมองข้ามในเรื่องการบริหารจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผลกระทบทางตรงคือพนักงานได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ทำให้ได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย พุพพลภาพและสูญเสียชีวิต ลูกจ้างต้องสูญเสียรายได้จากการทำงาน รวมถึงองค์กรต้องเสียค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล จ่ายค่าชดเชยต่างๆระหว่างพนักงานรักษาตัว รวมถึงหากมีเครื่องจักรที่ชำรุดเสียหาย ต้องมีการซ่อมแซมหรือซื้อใหม่เพื่อทดแทน ในส่วนผลกระทบทางอ้อม คือองค์กรขาดความน่าเชื่อถือในด้านการบริหารจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน¹

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ หมวดสถิติสวัสดิการสังคม ภาพรวมของการประสบอันตรายจากการทำงาน จำแนกตามความร้ายแรง (ในข่ายกองทุนเงินทดแทน) ทัวราชอาณาจักรไทย ปี 2560 - 2565 พบว่า จำนวนลูกจ้างในข่ายกองทุนเงินทดแทนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนการประสบอันตรายจากการทำงานรวมทุกกรณีเฉพาะกรณีร้ายแรงหยุดงานเกิน 3 วัน และกรณีหยุดงานไม่เกิน 3 วัน มีแนวโน้มลดลง ส่วนกรณีเสียชีวิต กรณีพุพพลภาพและกรณีสูญเสียอวัยวะมีจำนวนรายที่ค่อนข้างคงรูปแบบ และมีจำนวนเพิ่มขึ้นในบางปี¹ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 ถึง พ.ศ.2565 สถิติอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง จำกัด 5 ปีย้อนหลัง พบว่า มีอุบัติเหตุเกิดมากขึ้นทุกปี ในปี 2565 เกิดอุบัติเหตุเป็นจำนวน 15 ครั้ง มีพนักงานที่ต้องหยุดงานน้อยกว่า 3 วัน จำนวน 12 ราย และมีพนักงานที่ต้องหยุดงานมากกว่า 3 วัน จำนวน 3 ราย ซึ่งอุบัติเหตุมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ดังนั้นตัวเลขสถิติของการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น²

จากสถิติดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานในบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งเล็งเห็นถึงความปลอดภัยในสุขภาพชีวิต

และทรัพย์สินของพนักงานและบริษัทฯ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ในการหาแนวทางการป้องกันและการแก้ไขการประสบอันตราย รวมถึงการลดสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานให้เหลือน้อยที่สุดหรือไม่มีการเกิดอุบัติเหตุเกิดขึ้นอีกเลย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเครื่องจักร ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการทำงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานกับต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษากันวิจัย คือ เมษายน 2565 ถึง กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ พนักงานฝ่ายผลิต พนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมด 175 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างแบบสัมภาษณ์ โดยกำหนดกรอบเนื้อหาตามกรอบแนวคิดในการศึกษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อายุงาน รายได้ จำนวนชั่วโมงการ

ทำงานแต่ละวัน ระบบการทำงานในแผนก และความถี่ในการทำงานล่วงหน้า

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านเครื่องจักร โดยให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุงานของเครื่องจักร เครื่องจักรหยุดทำงาน (Breakdown) การชำรุดบกพร่อง และการตรวจสอบเครื่องจักรป้องกันอันตราย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ แสงสว่าง เสียง อุณหภูมิ ฝุ่น สารเคมี กลิ่น และควันพิษ

ส่วนที่ 4 ทักษะต่อความปลอดภัยในการทำงาน เป็นคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงาน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 2 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงาน ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมด้าน 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความปลอดภัยในการทำงาน 2) ด้านการส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน 3) ด้านการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย 4) ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 2 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และมีค่ามากกว่า 0.6 ทุกข้อ

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านเครื่องจักร มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 2) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.52 3) ทักษะต่อความปลอดภัยในการทำงาน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 4) พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงาน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ใช้ค่าของสถิติ Chi-square test, Odd Ratio (OR), 95%CI โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ทำการขออนุมัติในการวิจัย จากคณะกรรมการการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ 73/2565

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.70 มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.10 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.10 ระดับการศึกษา ม.ปลาย/สูงกว่า ม.ปลาย ร้อยละ 63.40 อายุการทำงานต่ำกว่า 4 ปี ร้อยละ 63.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 93.10 จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน (ไม่รวมเวลาพัก) มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 97.10 ระบบการทำงานในแผนกไม่เป็นกะ ร้อยละ 50.30 และความถี่ในการทำงานล่วงหน้า (OT) ทำมากกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน ร้อยละ 67.40 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ			
	ชาย	81	46.30
	หญิง	94	53.70
2. อายุ			
	ไม่เกิน 30 ปี	68	38.90
	30 ปีขึ้นไป	107	61.10
3. สถานภาพการสมรส			
	โสด	68	38.90
	สมรส	107	61.10
4. ระดับการศึกษา			
	ม.ต้น	64	36.60
	ม.ปลาย/สูงกว่า ม.ปลาย	111	63.40
5. อายุการทำงาน			
	ต่ำกว่า 4 ปี	111	63.40
	4 ปีขึ้นไป	64	36.60
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			
	ต่ำกว่า 10,000	12	6.90
	มากกว่า 10,000	163	93.10
7. จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน (ไม่รวมเวลาพัก)			
	ไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน	5	2.90
	มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	170	97.10
8. ระบบการทำงานในแผนกของท่านเป็นกะหรือไม่			
	เป็นกะ	87	49.70
	ไม่เป็นกะ	88	50.30
9. ความถี่ในการทำงานล่วงเวลา (OT) ของท่าน			
	ทำงานไม่เกินสัปดาห์ละ 1-3 วัน	57	32.60
	ทำมากกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน	118	67.40

2. ปัจจัยด้านเครื่องจักร พบว่าอายุงานของเครื่องจักรที่ใช้งานอยู่ มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 97.70 เครื่องจักรที่งานอยู่มี Breakdown ร้อยละ 73.10 เครื่องจักรที่ทำงานอยู่มีการชำรุดบกพร่อง (รวมถึงเครื่องตาย, แก้ปัญหาต่างๆ, การ

เปลี่ยน Spare Part) ร้อยละ 75.40 และเครื่องจักรที่อยู่มีการดีครอป้องกันอันตราย ร้อยละ 100 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านเครื่องจักร

ปัจจัยด้านเครื่องจักร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุงานของเครื่องจักรที่ท่านใช้งานอยู่		
น้อยกว่า 1 ปี	4	2.30
มากกว่า 1 ปี	171	97.70
2. เครื่องจักรที่ท่านทำงานอยู่หยุดการทำงาน (Breakdown)		
ไม่มี Breakdown	47	26.90
มี Breakdown	128	73.10
3. เครื่องจักรที่ท่านทำงานอยู่ชำรุดบกพร่อง (รวมถึงเครื่องตาย, แก้ปัญหาต่างๆ, การเปลี่ยน Spare Part)		
ไม่มีการชำรุดในหน้าที่ทำงาน	43	24.60
การชำรุดในหน้าที่ทำงาน	132	75.40
4. เครื่องจักรที่ท่านทำงานอยู่มีการด (ครอบ) ป้องกันอันตรายหรือไม่		
มี	175	100
ไม่มี	0	0.00

3. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน พบว่า แสงสว่างในที่ทำงานพอดี ร้อยละ 88.60 เสียงของเครื่องจักรในที่ทำงานปกติ ร้อยละ 73.10 อุณหภูมิในที่ทำงานปกติ ร้อยละ 57.10 ไม่มีฝุ่นในบริเวณที่ทำงาน ร้อยละ 66.30 ไม่มีสารเคมีในบริเวณที่ทำงาน ร้อยละ 89.70 มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ในที่ทำงาน ร้อยละ 70.90 และไม่มีควันพิษในที่ทำงาน ร้อยละ 100 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
1. แสงสว่างในที่ทำงานของท่าน		
พอดี	155	88.60
ไม่พอดี	20	11.40
2. เสียงของเครื่องจักรในที่ทำงานของท่าน		
ปกติ	128	73.10
เกิน	47	26.90
3. อุณหภูมิในที่ทำงานของท่าน		
ปกติ	100	57.10
เกิน	75	42.90
4. ฝุ่นในบริเวณที่ทำงาน		
มี	59	33.70
ไม่มี	116	66.30
5. สารเคมีในบริเวณที่ทำงาน		

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
มี	18	10.30
ไม่มี	157	89.70
6. กลิ่นไม่พึงประสงค์ในที่ทำงาน		
มี	124	70.90
ไม่มี	51	29.10
7. คิว้นพิษในที่ทำงาน		
ไม่มี	175	100
มี	0	0.00

4. ทศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า ทศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูง

ร้อยละ 58.30 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.70 และอยู่ในระดับต่ำ 32.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัย

ทศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	102	58.30
ระดับทัศนคติปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60-79)	17	9.70
ระดับทัศนคติต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	56	32.00

(Min = 40.00 , Max = 81.00 , $\bar{X}$ = 59.85, S.D. = 15.14)

5. พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงาน พบว่า พฤติกรรมในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนแห่ง

หนึ่ง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.60 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.40 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงาน

พฤติกรรมในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	78	44.60
ระดับพฤติกรรมต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	97	55.40

(Min = 8.00 , Max = 25.00 , $\bar{X}$ = 21.17, S.D. = 3.42)

6. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ พนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งที่มีความถี่ในการทำงานล่วงเวลาไม่เกิน

3 วันต่อสัปดาห์ จะมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง จำกัด อยู่ในระดับเหมาะสม เป็น 3.48 เท่า ของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งที่มีความถี่

ในการทำงานล่วงเวลา เกิน 3 วัน/สัปดาห์ (OR = 3.48, 95%CI. = 1.80 – 6.74, $\chi^2 = 14.16$, p-value < 0.001)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติ ได้แก่ ไม่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง จะมีพฤติกรรมด้าน

ความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง จำกัด อยู่ในระดับเหมาะสม เป็น 2.02 เท่าของมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง (OR = 2.02 , 95%CI. = 1.04 – 3.90, $\chi^2 = 4.40$, p-value = 0.027) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงาน

ตัวแปร	พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงาน		χ^2	OR	95%CI Low-Up	p-value	
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม					
	จำนวน	จำนวน					
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)					
ข้อมูลส่วนบุคคล							
ความถี่ในการทำงานล่วงเวลา	ไม่เกิน 3 วัน/สัปดาห์	37 (47.40)	20 (20.60)	14.16	3.48	1.80 ถึง 6.74	<0.001**
	เกิน 3 วัน/สัปดาห์	41 (52.60)	77 (79.40)				
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติ กลิ่นไม่พึงประสงค์	ไม่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์	29 (37.20)	22 (22.70)	4.40	2.02	1.04 ถึง 3.91	0.027*
	มีกลิ่นไม่พึงประสงค์	49 (62.80)	75 (77.30)				

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001, Fisher Exact Test <20%

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยนำมาอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงาน พบว่า พฤติกรรมในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.60 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.40 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า พนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเครื่องจักร ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการทำงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่ทำให้มีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยที่อยู่ในระดับต่ำ ควรเพิ่มกิจกรรมทบทวนข้อปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน และเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานให้มีความถี่มากขึ้น โดยเน้นในกลุ่มพนักงานที่มีอายุงานมากกว่า 4 ปีขึ้นไป เพราะพนักงานที่มี

อายุงานมากกว่า 4 ปี ขาดความตระหนัก ความใส่ใจ คิดว่าตนเองมีความชำนาญ ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุในการทำงาน จึงมีพฤติกรรมความปลอดภัยที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาติ สมปัญญา และคณะ (2559)³ พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานฝ่ายผลิตบริษัท เอี่ยมศิริเป้งมัน จำกัด โดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. ทักษะที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ทักษะต่อความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า ทักษะที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.30 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.70 และอยู่ในระดับต่ำ 32.00 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า พนักงานมีทักษะต่อความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าพนักงานมีระดับทักษะที่สูงมาจากการได้รับการอบรมให้ความรู้ด้าน

ความปลอดภัยให้มากขึ้น และครอบคลุมทุกส่วนงาน และประชาสัมพันธ์ให้พนักงานทราบถึงนโยบายดังกล่าว เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และหากมีพนักงานใหม่ ควรจะพิจารณาคัดเลือกพนักงานที่มีทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนคร สะสม (2551)⁶ พบว่า ทัศนคติด้านความปลอดภัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานมีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้พฤติกรรมต่างๆ ที่พนักงานแสดงออกนั้นเป็นพฤติกรรมตามทฤษฎี ค่านิยม ทัศนคติ พฤติกรรม (Value-Attitude-Behavior Theory)

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเครื่องจักร ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการทำงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานกับต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง

1. พนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งที่มีความถี่ในการทำงานล่วงเวลาไม่เกิน 3 วันต่อสัปดาห์จะมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง เป็น 3.48 เท่า ของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งที่มีความถี่ในการทำงานล่วงเวลา เกิน 3 วัน/สัปดาห์ ($OR = 3.48$, 95%CI. = 1.80 – 6.74, $\chi^2 = 14.16$, p-value < 0.001) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า พนักงานที่ทำงานล่วงเวลามากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์มีเวลาพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ จึงมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมงคลศักดิ์ หลงละเลิงและคณะ (2557)⁴ พบว่า การทำงานล่วงเวลา โดยคนงานที่มีการทำงานล่วงเวลาจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เป็น 5.49 เท่าของคนงานที่ไม่มีการทำงานล่วงเวลา ($OR = 5.49$, 95%CI. = 1.96 - 15.44, p-value = 0.001)

2. ไม่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง จะมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง เป็น 2.02 เท่าของมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ($OR = 2.02$, 95%CI. = 1.04 – 3.90, $\chi^2 = 4.40$, p-value = 0.027) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า มีการบริหารจัดการ และการบำบัดกลิ่นจากการผลิตสินค้าให้อยู่ในเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด จึงทำให้ไม่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของพลกิจ จงวัชรสถิตย์ (2563)⁵ ได้สรุปองค์ประกอบที่ทำให้เกิดบรรยากาศในการทำงานทางด้านกายภาพ (Physical Environment) เกี่ยวกับทำเลที่ตั้งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น เสียงดัง กลิ่นรบกวน ฝุ่นละออง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรเพิ่มกิจกรรมทบทวนข้อปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน และเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานให้มีความถี่มากขึ้น โดยเน้นในกลุ่มพนักงานที่มีอายุงานมากกว่า 4 ปีขึ้นไป เพราะพนักงานที่มีอายุงานมากกว่า 4 ปี ขาดความตระหนัก ความใส่ใจ คิดว่าตนเองมีความชำนาญ ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุในการทำงานจึงมีพฤติกรรมความปลอดภัยที่ไม่เหมาะสม

2. การทำงานล่วงเวลาของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง จำกัด ควรปรับตารางการทำงานล่วงเวลาให้ลดลง โดยให้พนักงานทำงานล่วงเวลาไม่เกิน 3 วันต่อสัปดาห์ เนื่องจาก พนักงานที่ทำงานล่วงเวลามากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์มีเวลาพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ จึงมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยที่มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฑามาศ เจียมสาธิต อาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการทำวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.วรกร วิชัยโย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจน ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความร้ายแรงในช่ายกองทุนเงินทดแทนทั่วราชอาณาจักรไทย ปี 2560-2565 : สำนักงานสถิติแห่งชาติ หมวดสถิติสวัสดิการสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก :<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/06.aspx>
2. สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจำแนกตามความร้ายแรง ในบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ปี 2560 - 2565.
3. สมชาติ สมปัญญา และคณะ. พฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานฝ่ายผลิตบริษัท เอี่ยมศิริ แป้งมัน จำกัด. วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี 2559;5:135-143.

4. มงคลศักดิ์ หลงละเลิง และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงานของคนงานในโรงพิมพ์ขนาดเล็ก พื้นที่เขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2557: 24-35
5. พลกิจ จงวัชรสถิตย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานฮอตไลน์ (Hotline) การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค เขต 1, 2 และ 3 (ภาคกลาง). [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563
6. นคร สะสม. พฤติกรรมมนุษย์และความปลอดภัยในการทำงานกรณีศึกษา บริษัท แมทเทล กรุงเทพ จำกัด. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2551

Received: 16 Mar. 2023, Revised: 21 May 2023

Accepted 23 May 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

สุนนท์ จันทรแก้ว^{1*}, วรพจน์ พรหมสัตยพรต², จตุพร เหลืองอุบล³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร เลือกพื้นที่ดำเนินการและกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาแบบเฉพาะเจาะจง (Perposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน จำนวน 33 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้คู่มือตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Z-test Statistic ข้อ มูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต แบบบันทึกการประชุม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร มีกระบวนการ 9 ขั้นตอนได้แก่ 1) การศึกษาบริบทของปัญหาการบันทึกคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2) การจัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติการตามแผน 5) การนิเทศติดตาม 6) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน 7) การเปรียบเทียบผล 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) สรุปผล การพัฒนาตามขั้นตอนได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินแก่คณะกรรมการและผู้ที่สนใจ ตามคู่มือแบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการในการแก้ปัญหา สรุปผลกระบวนการดังกล่าว ผู้เข้าอบรมมีความรู้ตามเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้น คือ ก่อนอบรมมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 60 หลังอบรมคณะกรรมการมีความรู้ระดับดีร้อยละ 64 และระดับดีมากร้อยละ 32 และได้กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 4 เกณฑ์เร่งด่วน จากทั้งหมด 12 เกณฑ์การประเมิน ได้แก่ เกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent คือ เกณฑ์ข้อที่ 4 History เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam เกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาได้มีการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50.33 55.78 71.29 77.78 ตามลำดับเพิ่มขึ้นร้อยละ 79.72 71.38 76.49 และ 58.02 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าเกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record มีร้อยละที่ลดลง ซึ่งคือโอกาสในการพัฒนาต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการต่อยอดจากคณะกรรมการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบบูรณาการ เสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้มากยิ่งขึ้น
คำสำคัญ: เวชระเบียนผู้ป่วยใน การพัฒนาคุณภาพบันทึกเวชระเบียน

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*Corresponding author: 63011481018@msu.ac.th

Original Article

Quality Improvement of Inpatient Medical Records in Yasothon Hospital

Sunon Chakaew^{1*}, Vorapoj Promasatayaprot², Jatuporn Luangubol³**Abstract**

This action research aims to improve the quality of inpatient medical records in Yasothon Hospital. Selection of the operation area and the sample group for the specific development (Perposive Sampling). The sample group was the Medical Record Quality Development Committee of 33 people. Quantitative data was collected using the Medical Record Audit Guideline 2020. of the National Health Security Office (NHSO). Descriptive statistical data were analyzed, including percentage, mean, standard deviation. Compare mean scores using Z-test Statistic qualitative data. using an in-depth interview group discussions, observations, meeting notes perform content analysis. The study found that The development of inpatient medical record quality in Yasothon Hospital consisted of a 9-step process: 1) a study of the context of the quality of medical record recording problems; 2) Implementation according to the plan 3) Supervision follow-up 4) Evaluation of the quality improvement of inpatient medical records 5) Comparison of results 6) Organizing a forum to exchange knowledge 7) Summarize the development according to the steps. Quality development process Recording of medical records for inpatients of Yasothon Hospital, including training to educate the committee on assessment criteria and those who are interested. According to the 2020 medical record quality assessment manual, a workshop was organized to obtain an action plan for problem solving. Summary of the process Participants gained knowledge according to the assessment criteria. That is, before the training, 60 percent had moderate knowledge, after the training, 64 percent of the committee members had good knowledge and 32 percent had very good knowledge, and the process for improving the quality of medical record recording was obtained in 4 urgent criteria out of a total of 12 criteria. The evaluation is Criterion 3 Inform Consent is Criterion 4 History Criterion 5 Physical Exam Criterion 7 Consultation Record It can be seen that after the development there is an increase from the original 50.33 percent 55.78 71.29 77.78 according to The order of increase was 79.72%, 71.38, 76.49 and 58.02. From the data, it can be seen that criterion 7 Consultation Record has decreased percentage. which is an opportunity for further development.

The success factor is the extension from the committee to those involved in the medical record recording. Promote participation in integrated development Strengthen incentives to improve the quality of medical records with more stakeholders.

Keyword: Improving the quality of medical records, inpatient medical record.

¹ Graduate Student, Master of Public Health, Mahasarakham University

² Assoc. Prof., Faculty of Public health, Mahasarakham University

³ Asst. Prof., Faculty of Public health, Mahasarakham University

*Corresponding author: 63011481018@msu.ac.th

บทนำ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีหลักการเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกันภายใต้คุณภาพที่ได้มาตรฐานที่กำหนด ทุกสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีการบริหารจัดการเวชระเบียนซึ่งเป็นส่วนที่จะต้องมีการเก็บหลักฐานที่ครบถ้วนสมบูรณ์และสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้จริงตามที่มีบทบัญญัติไว้ ด้านบริหารจัดการเวชระเบียนคือมาตรา 7 มาตรา 8 และมาตรา 12¹ ดังนั้นผู้รับผิดชอบด้านเวชระเบียนจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการเวชระเบียนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายดังกล่าวครอบคลุมในทุกมาตราของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบเวชระเบียน²

เวชระเบียนเป็นพื้นฐานหลักของคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญของสถานพยาบาลในการประสานงาน ระหว่างบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่ทำงานร่วมกัน โดยกำหนดมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายต้องมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสารการดูแลต่อเนื่อง การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนจึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพหรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ ผลของการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนยังสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาการบริหารการซัดเซตค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาลและพิจารณาางบต่างๆ ของหน่วยบริการเป็นข้อมูลในการจัดสรรให้แก่หน่วยงานบริการได้ อย่างเหมาะสม ดังนั้นเวชระเบียนจึงถือเป็นคลังข้อมูลและแหล่งเอกสารสำคัญทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาลที่จะสามารถนำไปสนับสนุน นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์หลักฐานทางกฎหมาย ในด้านของกองทุน ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ในปี 2551 สปสช. ทำการพัฒนาระบบการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยการ จัดทำเป็นคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน หรือ Medical Record Audit Guideline (MRA) ฉบับแรก ปี 2553 และ ฉบับปรับปรุง ปี 2557 สำหรับตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน และเวชระเบียนผู้ป่วยใน และในปี 2563 สปสช. ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองเพื่อปรับปรุงคู่มือการตรวจประเมิน

คุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ร่วมกับผู้แทนจากหน่วยบริการ หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งผู้ตรวจสอบเวชระเบียนของทั้ง 3 กองทุน เพื่อให้คู่มือดังกล่าวมีความสมบูรณ์ถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน³

โรงพยาบาลโสธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 370 เตียง ปัจจุบันใช้โปรแกรม Hosxp ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้มากที่สุดในประเทศไทย จากผลการตรวจคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในจากหน่วยงานภายนอก (สปสช.) (External Audit) ปี 2560, 2561, 2562 พบว่ามีคุณภาพอยู่ที่ร้อยละ 74.33, 79.3 และ 75.1 ตามลำดับ และในปี 2564 ผลการตรวจคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในจากหน่วยงานภายใน (Internal Audit) พบว่า คุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 76.3 พบว่า 1) Discharge summary :Dx.,OP ร้อยละ 71.16 2) Discharge summary: other ร้อยละ 80.13 3) Informed consent ร้อยละ 58.28 4)History ร้อยละ 54.56 5) Physical exam ร้อยละ 70.44 6) Progress note ร้อยละ 50.64 7) Consultation record ร้อยละ 60.96 8) Anesthetic record ร้อยละ 93.60 9) Operative note ร้อยละ 90.31 10) Labour record ร้อยละ 93.91 11) Rehabilitation record ร้อยละ 87.53 12) Nurses' note ร้อยละ 84.81จากข้อมูลข้างต้นพบว่าคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรมีคุณภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในหลายประเด็นคือ Discharge summary :Dx.,OP, Informed consent, History, Physical exam, Progress note, Consultation record เป็นต้น โรงพยาบาลโสธรมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์การบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรซึ่งลงนามโดยผู้อำนวยการของโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานด้านคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธร แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องและการทำงานที่เป็นระบบ เนื่องมาจากปัญหาหลายประเด็นคือ ความไม่ต่อเนื่องของการทำงาน มีการเปลี่ยนคณะกรรมการทุกปี เกณฑ์ในการตรวจสอบมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และมีความน่าเชื่อถือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล ขาดการสะท้อนผลสู่ผู้ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธรด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดย เริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน เพื่อหาแนวทางแก้ไขและปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาบริบทปัญหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร
2. เพื่อศึกษากระบวนการ การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁴ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลโสธร เป็นคณะกรรมการตรวจสอบการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลโสธร และเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 19 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ 8 คน เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form: IPD)⁵ ให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื้อหาใน

การบันทึกมีทั้งหมด 12 เรื่อง ประกอบด้วยเรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่องได้แก่

- 1) Discharge summary: Diagnosis และ Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติทางการแพทย์
 - 2) Discharge summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ
 - 3) Informed consent: บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
 - 4) History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
 - 5) Physical exam: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
 - 6) Progress note และ doctor's order: บันทึกความก้าวหน้า และหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - 7) Nurse' note: บันทึกทางการแพทย์พยาบาล
- เรื่องที่ต้องมีการประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่องได้แก่

- 1) Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
- 2) Anesthetic note: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
- 3) Operative note: บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ
- 4) Labour record: บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
- 5) Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์การประเมินเรื่องละ 9 ข้อ ในส่วนของการประเมิน Discharge Summary: Others มีเกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 84 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

(1) Missing หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้น จำเป็นต้องมีการบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing

(2) NA หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้น จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ (Consultation record, anesthetic record, operative note, labour record, rehabilitation record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA

(3) No หมายถึงมีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทในช่อง No

(4) การบันทึกคะแนน

4.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน

4.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน

4.3 กรณีไม่จำเป็นต้องมีการบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ หรือ กรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ “NA”

(5) กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่มีความครบถ้วนในรายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกการรวมคะแนน

(1) Full Score ได้จากการรวมคะแนนสูงสุด (9 คะแนน) ในแต่ละหัวข้อเรื่อง(Content) ของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่าจะต้องมีการบันทึก ยกเว้นหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยให้กากบาทในช่อง NA ดังนั้น เวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (full score) ไม่เท่ากัน แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน

(2) Sum Score ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยในกรณีที่ประเมินให้ในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

(3) การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum Score) ไปแปลผลควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ได้โดยคิดเป็นร้อยละ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย แบบบันทึกการประชุม, แบบสนทนากลุ่ม, แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก

ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุม นำเสนอผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ต่อผู้บริหารโรงพยาบาลโสธร และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ

ดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร

2) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร

3) ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

4) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้เทคนิคและกระบวนการพัฒนางานคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action Research) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในดำเนินประชุมกลุ่ม เพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธร

2) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. ขั้นการสังเกต (Observation) ใช้เวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) นิเทศติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยดำเนินการสังเกตและบันทึกผลที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

2) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ดังนี้

(1) เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร โดยทำการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 202 ฉบับ โดยจำนวนที่ตรวจสอบขึ้นกับปริมาณของข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน ขนาดตัวอย่างที่ใช้โดยอ้างอิงแนวคิดดังต่อไปนี้⁵

(1.1) ร้อยละ 1 (HCFA, USA) ใช้ในกรณีที่มีเวชระเบียนจำนวนมาก

(1.2) Spowart (2002) (ร้อยละ 5 Australian Coding Benchmark Audit) เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศออสเตรเลีย ว่าควรมีจำนวนข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5

แต่หากคำนวณ จำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วได้ต่ำกว่า 40 แฟ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แฟ้ม เป็นจำนวนขั้นต่ำ

(1.3) ประเทศไทยใช้ร้อยละ 1 ของจำนวนแฟ้มเวชระเบียน

ในการศึกษาครั้งนี้ เวชระเบียนผู้ป่วยใน มีจำนวนเวชระเบียนที่อยู่ในช่วงการศึกษาในเดือนเมษายนจำนวน 3,930 ฉบับ ใช้เกณฑ์ร้อยละ 5 (Australian Coding Benchmark Audit) ว่าควรมีจำนวนข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5 แต่หากคำนวณจำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วได้ต่ำกว่า 40 แฟ้มต้องใช้จำนวน 40 แฟ้ม เป็นจำนวนขั้นต่ำ จำนวนเวชระเบียนทุก ๆ 19 ฉบับ จะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 ฉบับ จนครบ 202 ฉบับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 ประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง คือ

1. เรื่องที่ต้องมีบันทึกทุกราย 7 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ยกเว้นข้อ 1.2 มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่

1. 1 Discharge Summary : Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติ และการแพทย์

1.2 Discharge Summary : Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ

1.3 Informed Consent : บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษาหรือ ทำหัตถการ

1.4 History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ 1.5 Physical Exam : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

1.5 Progress Note, Doctor's Order : บันทึกความก้าวหน้าและหรือดำเนินโรคโดยแพทย์ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

1.6 Nurses' Note : บันทึกทางการพยาบาล

2. เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติมเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่

2.1 Consultation Record : บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่ม งานของแพทย์

2.2 Anesthetic Record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

2.3 Operative Note : บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ

2.4 Labour Record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

2.5 Rehabilitation Record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกายภาพบำบัด

3. วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 1 สัปดาห์ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อถอดบทเรียนเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร สรุปผลของกระบวนการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการปรับแผนใหม่ (Planning Revision) ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ได้แผนที่ปรับใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ การสังเกตผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปปฏิบัติในวงรอบต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Z -test Statistic

ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จัดกลุ่มจัดหมวดหมู่ข้อมูลและใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการค้นหา ปัญหา การประชุม การตรวจสอบ และการหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ข้อสรุปในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็น ความลับ ในการ

วิเคราะห์และนำเสนอจะกระทำในภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเพื่อหา แนวทางการปฏิบัติให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยต่อไป (ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 391-186/2565 วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565)

สรุปผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการพัฒนาพบว่า เรื่องที่ต้องประเมินทุกรายการ 7 เรื่อง 1) Discharge summary :Dx, OP มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 82.23 2) Discharge summary :Other มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 88.54 3) Informed consent มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 50.33 4) History มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 55.78 5) Physical exam มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 71.29 6) Progress note มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 90.26 7) Nurses' note มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 90.65 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง 1) Consultation record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 11 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 77.78 2) Anesthetic record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 24 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 85.19 3) Operative note มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 24 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 96.30 4) Labour record ไม่มีแฟ้มเวชระเบียนที่ใช้ในการประเมิน 5)

Rehabilitation record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 9 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 92.59

ข้อมูลเชิงปริมาณหลังการพัฒนาพบว่า เรื่องที่ต้องประเมินทุกรายการ 7 เรื่อง 1) Discharge summary : Dx, OP มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 70.00 2) Discharge summary :Other มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 98.81 3) Informed consent มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 79.72 4) History มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 71.38 5) Physical exam มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 76.49 6) Progress note มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 62.41 7) Nurses' note มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 78.40 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง 1) Consultation record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 35 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 58.02 2) Anesthetic record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 57 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 96.88 3) Operative note มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 57 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 92.19 4) Labour record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 25 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 97.49 5) Rehabilitation record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 13 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 90.60 ตาราง 1 และ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละการประเมินการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธรก่อนและหลังการพัฒนา

เกณฑ์การประเมิน	ก่อน(n=202)	หลัง(n=165)
1.Summary DX,OP	82.23	70.00
2.Summary Other	88.54	98.81
3.Inform Consent	50.33	79.72
4.History	55.78	71.38
5.Physical Exam	71.29	76.49
6.Progress Note	90.26	62.41
7.Consultation Record	77.78	58.02
8.Aneasthetic Record	85.19	96.88
9.Operation Note	96.30	92.19
10.Labour Record	0	97.49
11.Rehabilitation Record	92.59	90.60
12.Nurse' Note	90.65	78.40

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ก่อน-หลัง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		Proportion difference	95% CI Proportion difference	Z	P-value
	n	%	n	%				
1.Summary DX,OP	202	82.23	165	70.00	12.23	3.47, 20.98	2.76	0.006
2.Summary Other	202	88.54	165	98.81	10.27	14.96, 5.57	-3.88	0.000
3.Inform Consent	202	50.33	165	79.72	29.39	38.61, 20.16	-5.82	0.000
4.History	202	55.78	165	71.38	1.56	25.31, 5.88	-3.06	0.002
5.Physical Exam	202	71.29	165	76.49	0.52	14.18, 3.78	-1.12	0.260
6.Progress Note	202	90.26	165	62.41	27.85	19.40, 36.29	6.38	0.000
7.Consultation Record	11	77.78	35	58.02	19.76	9.75, 49.27	1.18	0.237
8.Aneasthetic Record	24	85.19	57	96.88	11.69	26.26, 3.22	-1.94	0.052
9.Operation Note	24	96.30	57	92.19	4.11	6.16, 14.38	0.68	0.496
10.Labour Record	0	0	25	97.49				n/a
11.Rehabilitation Record	9	92.59	13	90.60	1.99	21.34, 25.32	0.16	0.869
12.Nurse' Note	202	90.65	165	78.40	11.94	4.51, 19.36	3.21	0.001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 1) การวางแผน(Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ในส่วนของการวางแผนผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ แบบบันทึกการประชุมและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ช่วยในการวางแผนเพื่อให้ได้แผนในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน พบว่า ผู้วิจัยได้กิจกรรมในการพัฒนางานมา 2 กิจกรรมได้แก่ 1) การให้ความรู้ในเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามคู่มือแบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ซึ่งได้ประเด็นปัญหาที่ต้องดำเนินการพัฒนาใน 4 เกณฑ์คือเกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent เกณฑ์ข้อที่ 4 History เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam และ เกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record ซึ่งมีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 50.33 55.78 71.29 และ 77.78 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของ

โรงพยาบาลโสธรตั้งไว้คือ ทุกเกณฑ์ต้องผ่านร้อยละ 80 ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกสังเกตการณ์ เข้ามาช่วยในการพัฒนา

จากแบบบันทึกสังเกตการณ์ พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสนใจในเนื้อหาแต่ละเกณฑ์โดยจะเห็นได้จากมีการตั้งประเด็นข้อคำถามกับทางวิทยากรในประเด็นที่มีข้อสงสัย มีการถามตอบเป็นระยะตลอดช่วงเวลาประชุมเชิงปฏิบัติการ และวิทยากรได้อธิบายตอบข้อสงสัยของผู้เข้าร่วมประชุมได้ตรงประเด็น

จากแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหาทั้ง 4 ประเด็นคือ Informed Consent, History, Physical Exam และ Consultation Record โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่มและให้ผู้เข้าร่วมประชุมตรวจคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในแต่ละเกณฑ์ โดยใช้เวชระเบียนจริงกลุ่มละ 5 ฉบับ แล้วให้แต่ละกลุ่มอภิปรายปัญหาที่พบแนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน Informed Consent ซึ่งเป็นส่วนที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 50.33 จากข้อมูลเชิง

ปริมาณเกณฑ์ที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน คุณภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนคิดเป็นร้อยละ 78.71 คะแนนต่ำสุดคือ เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกประวัติประจำวันและเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา คุณภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนคิดเป็นร้อยละ 12.38 โดยภาพรวมแล้วทุกเกณฑ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า ขาดรายละเอียดเล็กน้อยเช่นในเกณฑ์ข้อที่ 9 มีการระบุวันเดือนปี แต่ไม่ได้ระบุเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา จากการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ทราบประเด็นปัญหาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบและทำการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนต่อไป

การประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน History

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน history คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 55.78 ในส่วนของการประเมินเชิงปริมาณที่ได้คะแนนมากที่สุดคือเกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ต้องตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติ หรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3 คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 83.66 ในส่วนการบันทึกคุณภาพเวชระเบียนที่คะแนนต่ำสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษานี้ (problem list) คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 22.28 และได้ข้อสรุปจากกิจกรรมกลุ่มดังนี้

1. ใน History ที่พิมพ์จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่ข้อมูลมีความครบถ้วน
2. จากการตรวจข้อมูลรายเกณฑ์ในข้อที่ 6 และ 8 ขาดการบันทึกมากที่สุด
3. ข้อมูลในส่วน Chief complain มีการบันทึกข้อมูลแต่ไม่ระบุเวลา
4. ประวัติวัคซีนไม่มีการลงบันทึก (ทราบหลังผ่าคลอด)

5. ประวัติ Past illness ในทารกแรกเกิดควรลงข้อมูลอย่างไร

6. การบันทึก Present illness ในส่วน 5W,2H ลงบันทึกไม่ครอบคลุม มีการบันทึกแต่ไม่ครบ

7. ควรจัดทำตราป้อมเลข ว. ของแพทย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน การประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Physical Exam

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน Physical Exam คุณภาพการบันทึกของเวชระเบียนร้อยละ 71.29 ส่วนของการประเมินเชิงปริมาณที่ได้คะแนนมากที่สุดคือเกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 92.57

ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้ กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้ คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 23.27 และได้ข้อสรุปจากกิจกรรมกลุ่มดังนี้

1. แบบฟอร์มมีความหลากหลาย ควรปรับใช้แบบฟอร์มเดียวทั้งโรงพยาบาล
2. เกณฑ์การระบุ vital sign ต้องมีหน่วยทุกตัว
3. การบันทึก น้ำหนัก ส่วนสูงถ้าไม่ได้ควรระบุเหตุผลด้วย
4. การตรวจร่างกายยังมีลง WNL ,ไม่วาดภาพในระบบที่ตรวจแล้ว abnormal
5. หัวข้อแบบฟอร์ม ควรเพิ่มหัวข้อ ☒ Problem List ในฟอร์มเดิมด้วย

6. Plan+ Treatment มีบางชาร์ตที่ยังระบุ Admit แต่ไม่ระบุเหตุผลในการ Admit

7. ควรจัดทำตราป้อมเลข ว. ของแพทย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน

การประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Consultation Record

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน Consultation Record คุณภาพการบันทึกของเวชระเบียนร้อยละ 77.78 ส่วนของการประเมินเชิงปริมาณที่ได้คะแนนมากที่สุดคือเกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 100 ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 1 2 5 และ 6 ซึ่งมี

คะแนนเท่ากัน คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 54.55 และได้ข้อสรุปจากกิจกรรมกลุ่มดังนี้

1. ผู้บันทึกเวชระเบียนควรทบทวนเกณฑ์การประเมินในแต่ละข้อ

2. ผู้บันทึกยังขาดการตระหนักในการบันทึกข้อมูลอาจเนื่องมาจากการให้ความสำคัญกับการให้บริการด้านการพยาบาลมากเกินไป

3. ควรจัดให้มีการทบทวนความรู้แก่คณะกรรมการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน

ผู้วิจัยได้นำผลก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนาได้นำมาเปรียบเทียบกับโดยใช้สถิติ Z-Test Statistic ผลพบว่าเกณฑ์ข้อที่ 1 Summary DX,OP ลดลงจาก 82.23 เป็นร้อยละ 70.00 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.006$) เกณฑ์ข้อที่ 2 Summary Other เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.54 เป็นร้อยละ 98.81 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) เกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.33 เป็นร้อยละ 79.72 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) เกณฑ์ข้อที่ 4 History เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.78 เป็นร้อยละ 71.38 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.002$) เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.29 เป็นร้อยละ 76.49 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.260$) เกณฑ์ข้อที่ 6 Progress Note ลดลงจากร้อยละ 90.26 เป็นร้อยละ 62.41 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) เกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record ลดลงจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 58.02 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.237$) เกณฑ์ข้อที่ 8 Anesthetic Record เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.19 เป็นร้อยละ 96.88 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.052$) เกณฑ์ข้อที่ 9 Operation Note ลดลงจากร้อยละ 96.30 เป็นร้อยละ 92.19 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.496$) เกณฑ์ข้อที่ 11 Rehabilitation Record ลดลงจากร้อยละ 92.59 เป็นร้อยละ 90.60 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.869$) เกณฑ์ข้อที่ 12 Nurse' Note ลดลงจากร้อยละ 90.65 เป็นร้อยละ 78.40 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.001$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ได้มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันเป็นทีมและพัฒนาแบบบูรณาการโดยผ่านคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธร ทุกขั้นตอนของการดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรที่ผ่านมา และศึกษาแนวทางการแก้ไข การวางแผนปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในประเด็นที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนใน 4 ประเด็นคือ 1) Informed consent 2) History 3) Physical exam 4) Consultation record ซึ่งผลการศึกษาพบว่า 1) Inform Consent เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.33 เป็นร้อยละ 79.72 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) 2) History เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.78 เป็นร้อยละ 71.38 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.002$) 3) Physical Exam เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.29 เป็นร้อยละ 76.49 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.260$) 4) Consultation record ลดลงจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 58.02 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.237$)

จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร พบว่า เวชระเบียนผู้ป่วยมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 เรื่องที่ทำการศึกษาจาก 4 เรื่องที่นำมาพัฒนา คือ 1) Informed consent เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.33 เป็นร้อยละ 79.72 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) 2) History เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.78 เป็นร้อยละ 71.38 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.002$) และมีเรื่องที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องในวงจรรอบต่อไป 5 เรื่อง คือ 1) Summary DX,OP ลดลงจาก 82.23 เป็นร้อยละ 70.00 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.006$) 2) Physical Exam เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.29 เป็นร้อยละ 76.49 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (P-value=0.260) 3) Progress Note ลดลงจากร้อยละ 90.26 เป็นร้อยละ 62.41 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.000) 4) Consultation Record ลดลงจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 58.02 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.237) 5) Nurse' Note ลดลงจากร้อยละ 90.65 เป็นร้อยละ 78.40 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสื่อสารแนวทางการพัฒนา ความเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสหวิชาชีพยังต้องมีการปรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการให้มากขึ้นคือโจทย์ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธรในวาระต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน หลังการพัฒนาพบว่าเวชระเบียนผู้ป่วย มีความสมบูรณ์ขึ้น และส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการ ร่วมมือจากทุกวิชาชีพ ที่มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข และให้ความสำคัญกับการบันทึกเวชระเบียนมากขึ้น มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียน ได้แก่ ประวิณ พิมพ์หอม⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของทีมสหวิชาชีพด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ดวงใจ ชัชวรัตน์⁷ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนของอุไรพร โคตะมี (2560) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชวาน อำเภอยะวียน จังหวัดอุดรธานี สวรรส แก้วศรีทัศน์⁸ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงโขดม จังหวัดอุบลราชธานี งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสมบูรณ์เวชระเบียน พบว่า เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินการก่อนและหลัง พบว่า ส่วนใหญ่หลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีความรู้และเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

1) คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล กำหนดนโยบายในการบันทึกเวชระเบียน ให้เป็นข้อกำหนดในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล สืบเนื่องจากการบันทึกเวชระเบียนที่มีข้อมูลถูกต้องครบถ้วนเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่ง ใน

การบ่งชี้ ติดตามย้อนรอยคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งยังเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และยังเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายในการป้องกันข้อร้องเรียน นอกจากนี้แล้วยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการรับการเบิกจ่ายเงินจากองค์กรภายนอกอย่างเป็นธรรม

2) คณะกรรมการเวชระเบียน ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงชี้แจงแนวทางการบันทึกเวชระเบียนให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนให้มีคุณภาพ รวมถึงกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน หรือให้นำเสนอผลงานที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนที่ประสบความสำเร็จของแต่ละผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

3) บุคลากรผู้มีส่วนในการบันทึกเวชระเบียนควรศึกษาและให้ความสำคัญกับเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงกับวิชาชีพหากเกิดข้อร้องเรียนทางกฎหมาย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัจยพต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ตลอดจนขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124/ตอนที่ 16 ก/หนา 1/19 มีนาคม 2550.
2. แสงเทียน อยู่เถา. การบริหารงานเวชระเบียน. นนทบุรี: กอล์ฟ กราฟิกแอนด์พริ้นติ้ง; 2557
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์กรมหาชน) สภาการพยาบาล. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2563.
4. Kemmis and McTaggart. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988
5. งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโสธร. รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโสธร. โยโสธร: งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน; 2564.

6. ประวีณ พิมพ์หอม. ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของ
ทีมสหวิชาชีพด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย.การศึกษาค้นคว้า
ด้วยตนเอง หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา; 2556
7. ดวงใจ ชัชวรัตน์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสมบูรณ์ในการ
บันทึกเวชระเบียนของแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาล
สังกัดมหาวิทยาลัยในภาคกลาง. สาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช; 2557.
8. สวรรส แก้วศรีทัศน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวช
ระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561; 15(3): 135-
141.

Received: 19 May 2023, Revised: 12 Jun. 2023

Accepted: 12 Jun. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่าง
ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธรบรรจบ แสนสุข¹, จินตนา พลมีศักดิ์², นริศรา อาริรักษ์³, ฌนอม นามวงศ์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร ด้วยชิปปโมเดล 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร 122 ราย และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ 95 ราย เครื่องมือประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.0, 48.4, 58.9 และ 49.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยได้รับการคัดกรอง และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น (P-value < 0.05) ส่วนการได้รับความรู้ การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่มีความแตกต่างกัน (P-value > 0.05) ทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับผลผลิต (p-value < 0.05) รูปแบบการดำเนินงานที่พบมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มีนโยบายที่ชัดเจน 2) ความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และการจัดการที่ดี 3) มีกลไกระดับจังหวัดอำเภอ และชุมชน 4) การดำเนินงานที่เข้มข้นใน 6 กิจกรรม ได้แก่ (1) พัฒนาระบบข้อมูล (2) คัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง (3) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (4) การดูแลแบบช่องทางด่วน (5) การดูแลรักษาเฉพาะทาง และ (6) การดูแลที่ต่อเนื่อง และ 5) ดำเนินงานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและการบูรณาการ ควรขยายผลนโยบายนี้ และนำรูปแบบการดำเนินงานไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น

คำสำคัญ: การประเมินผล ระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร*Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

Original Article

The Policy Evaluation of The Development of Community Health System to Seamless Health Care Service System for Elderly, Yasothon Province

Banjob Sansuk¹, Jintana Phonmeesak²,
Narisara Arrirak³, Thanom Namwong⁴

Abstract

The objective of this research was to evaluate the policy implementation of community health system development to seamless health care service system for the elderly in Yasothon Province. We used the CIPP Model to evaluate context, input, process and product. The data were collected in 122 stroke patients 60 years and older in Muang Yasothon district, Yasothon province, and 95 stakeholders. The instrument used focus group questions and the questionnaire. The results showed that both context, input, process and product were appropriate at high levels, 61.0, 48.4, 58.9 and 49.5 percent respectively. Stroke patients received screening and received antithrombotic drugs with in 60 minutes was increase significantly (P-value <0.05). But received knowledge, called for emergency medical services, and received continuity care there were no difference (P-value > 0.05). Stakeholders and the elderly most of them there were satisfaction at a high level. Context, input and process there were a high positive correlation with product was statistically significance (p-value < 0.05). The operational model from the evaluation found five component: 1) there is a clear policy; 2) readiness of man, money, materials and good management; 3) there is mechanisms at the provincial, district, and community levels; and 4) there is an intensive operation system in 6 activities; (1) information system development (2) screening and health promotion (3) referral system (4) stroke fast tract (5) definitive care; and (6) continuity care; and 5) stakeholders involvement and integrated operations. Should extend this policy and take these five components to apply in other areas.

Keywords: Evaluation, Seamless health system, Elderly, Stroke.

¹ Yasothon Provincial Health Office

* Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

บทนำ

แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทำให้ต้องพบกับปัญหาสุขภาพ¹ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่พบได้บ่อยถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤตในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่และเหมาะสมจะส่งผลต่อชีวิต ความพิการ และส่งผลกระทบหลายด้าน² โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย^{3,4} ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจเต้นผิดจังหวะ สูบบุหรี่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด เป็นต้น^{5,6} ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 5 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี² ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 451.4, 467.5, 506.2 และ 542.5 ตามลำดับ⁷ ข้อมูลจังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2561-2565 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 214.0, 218.2, 252.2, 172.9 และ 240.4 ตามลำดับ อัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 9.1, 11.9, 12.1, 9.1 และ 15.2 ตามลำดับ ข้อมูลปี พ.ศ. 2565 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราป่วยสูงสุดที่ร้อยละ 1.5⁸ สาเหตุที่แนวโน้มโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหา⁹ ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดยโสธร มีประชากร 540,889 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านคมนาคม และเศรษฐกิจ พบปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับต้น ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่น ซึ่งมีประชากร 108,445 คน เป็นผู้สูงอายุ 20,994 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 พบความชุกในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.3 และพบความชุกสูงขึ้นตามอายุผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น¹⁰

จากสภาพปัญหาข้างต้น ในปี 2565 จังหวัดยโสธร จึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธรขึ้น¹¹ ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข¹² เน้นการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง นำร่องในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร โดยพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงกันของระบบสุขภาพชุมชนหรือระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่เน้นการเฝ้าระวัง ส่งเสริมสุขภาพและการดูแลเบื้องต้น กับระดับทุติยภูมิ (Secondary care) ที่เน้นการพัฒนาระบบส่งต่อ และระบบบริการสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญหรือการดูแลเฉพาะทาง โดยเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพเพื่อมิให้มีรอยต่อ และนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเข้ามาผสมผสาน¹³ ระบบที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดการบูรณาการแผนงานโครงการและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวเป็นเพียงความสำเร็จในช่วงเวลาสั้น ๆ และดำเนินการเพียงแค่หนึ่งพื้นที่ ซึ่งยังต้องมีการติดตามในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืน และการหารูปแบบที่เหมาะสมในการขยายผลนโยบายนี้ไปยังพื้นที่อื่น ๆ

การจัดระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อมิให้มีรอยต่อ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาหรือบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ ในการประเมินผลโครงการในด้านความยั่งยืน และการหารูปแบบที่เหมาะสมในการขยายผลนโยบายนี้ จำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการติดตามและประเมินผลที่เป็นระบบ ซึ่งแนวคิดและการประเมินแบบชิปปี้ หรือ CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam)¹⁴ เป็นโมเดลที่ได้รับการยอมรับและมีความเหมาะสม หลายการศึกษาที่มีการนำแนวคิดดังกล่าวนี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลโครงการ ทำให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน เพื่อวางแผนปรับปรุง การนำนโยบายไปปฏิบัติ หรือขยายผลได้¹⁵⁻¹⁸ ดังนั้น จึงได้จัดทำโครงวิจัยเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธรขึ้น โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินด้วยชิปปี้โมเดล (CIPP Model) ซึ่งมีองค์ประกอบการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ผลจากการวิจัยจะสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงการหรือพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ

(Seamless) เพิ่มขึ้น และเป็นแนวทางในการต่อยอดขยาย
ผลนโยบายนี้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการ
พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้
รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการดำเนินงาน
ตามกรอบ CIPP Model ทั้ง 4 ด้าน

3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานตามนโยบายการ
พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้
รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเพื่อประเมินผล (Evaluation
research) โดยใช้กรอบแนวคิดแบบ CIPP Model ประเมิน
บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ
(Process) และผลผลิต (Product)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็น
กลุ่มป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร 122 ราย และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ
สุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ พื้นที่อำเภอเมือง
ยโสธร จังหวัดยโสธร 95 คน

2. ตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

2.1 ผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาใน
ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการ
สุขภาพ ที่เป็นกลุ่มป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่
อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ทั้งหมด 122 ราย อย่างไรก็ตาม
เพื่อแสดงถึงขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการศึกษาก็จะใช้
สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบ
ค่าประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายของ Cochran⁽¹⁹⁾
เพื่อหาอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพ กำหนดระดับความ
เชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ 95% โดย $Z_{\alpha/2} = 1.96$,
สัดส่วนการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 64.7 และกำหนด
ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ
109 ราย ซึ่งสรุปว่าการศึกษาในประชากร 122 ราย เพียงพอ

ต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่
1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปี
ขึ้นไป (ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้) 2) สามารถ
ตอบคำถามได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์คัด
ออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอด
กระบวนการ และ 2) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุ
ผลต่าง ๆ

2.2 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ
ชุมชนเพื่อสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการดำเนินโครงการตามกรอบ
CIPP Model สุ่มเลือก 1 แห่ง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในพื้นที่อำเภอ
เมืองยโสธร 10 คน ประกอบด้วย (1) อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver;
CG) 1 คน (3) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager; CM) 1
คน (4) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Community Care
Giver; CCG) 1 คน (5) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
(อปท.) 1 คน (6) เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำ อปท. 1 คน (7) ผู้ป่วย
หรือญาติ 4 คน

2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการ
สุขภาพ มี 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม
เพื่อศึกษาการดำเนินโครงการตามกรอบ CIPP Model เลือก
แบบจำเพาะเจาะจงจากหน่วยงานระดับจังหวัดและระดับ
อำเภอ 9 คน ประกอบด้วย (1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรค
หลอดเลือดสมอง 1 คน (2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
1 คน (3) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (1669) 1 คน โดย
ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนข้างต้นจากโรงพยาบาลยโสธร (4) บุคลากร
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)
เมืองยโสธร 1 คน (5) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน
ผู้สูงอายุ รพ.สต.ในพื้นที่ 1 คน และ (6) บุคลากรสาธารณสุข
จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ยโสธร อีก 4 คน
ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ งานโรคไม่ติดต่อ งาน
การแพทย์ฉุกเฉิน และงานพัฒนารูปแบบบริการ

(2) กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลด้วย
แบบสอบถามการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model เลือก
แบบจำเพาะเจาะจง เป็นผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้อง จาก
หน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ตามข้อ 1) ได้แก่
รพ.สต. และ ศสช. ทุกแห่ง จำนวน 25 แห่ง ๆ ละ 3 คน รวม

75 คน 2) โรงพยาบาลโยธธ 8 คน 3) สสอ.เมืองโยธธ 4 คน
4) สสจ.โยธธ 8 คน รวม 95 คน

โดยเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ก) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี ข) สามารถตอบคำถามได้ และ ค) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้และการประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ ได้แก่

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้านการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ด้านบริบท (4 ข้อ) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (7 ข้อ) 3) ด้านกระบวนการ (5 ข้อ) และ 4) ด้านผลผลิต (7 ข้อ)

2) แบบสอบถาม มี 2 ชุด ได้แก่

2.1) แบบสอบถามการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป (7 ข้อ) 2) แบบสอบถามความคิดเห็น/การปฏิบัติงานตามกรอบ CIPP Model มี 4 ด้าน ได้แก่ 2.1) ด้านปัจจัยนำเข้า (8 ข้อ) 2.2) ด้านบริบท (7 ข้อ) 2.3) ด้านกระบวนการ (8 ข้อ) 2.4) ด้านผลผลิต (12 ข้อ) 3) การมีส่วนร่วม (10 ข้อ) 4) ความพึงพอใจ (11 ข้อ) และ 5) ข้อเสนอแนะอื่นๆ (คำถามปลายเปิด)

2.2) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป (9 ข้อ) 2) การเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 (4 ข้อ) 3) การดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล (2 ข้อ) 4) ความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการ (10 ข้อ)

คุณสมบัติของเครื่องมือ ได้แก่ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 2) แบบสอบถามการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model และ 3) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ข้อคำถามมี CVI (Content validity index) อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 แบบสอบถามส่วนที่คำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) นำไปทดลองเก็บข้อมูล แล้วประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน โดยในแต่ละด้านมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ค ได้แก่ 1) ด้านปัจจัยนำเข้าเท่ากับ 0.89 2) ด้านบริบทเท่ากับ 0.92 3) ด้านกระบวนการเท่ากับ 0.96 2.4) ด้านผลผลิต เท่ากับ 0.95

5) การมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.72 และ 6) ความพึงพอใจเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ดังนี้ 1) ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model และความพึงพอใจนำมาหาคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (20) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ CIPP Model ด้วย Pearson correlation และ 3) ประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในช่วงที่มีการดำเนินโครงการในเดือนมกราคม - มิถุนายน 2565 และหลังการดำเนินโครงการในเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565 ด้วย z-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโยธธ เลขที่ HE6581 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอ 3 ส่วน คือ 1) ผลการประเมินตามกรอบ CIPP model 2) ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ CIPP model และ 3) ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน รายละเอียดดังนี้

1. ผลการประเมินตามกรอบ CIPP model

1.1 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านบริบท (Context) จังหวัดโยธธ มีประชากร 540,889 คน อำเภอเมืองโยธธ มี 18 ตำบล มีประชากรมากที่สุด 108,445 คน และมีผู้สูงอายุ 20,994 คน ร้อยละ 19.4 ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 15.0 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ถูกกำหนดให้เป็นวาระสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการแก้ไขเป็นอันดับต้น ๆ ที่ผ่านมามีการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 10 มาขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และกำหนดเป็นนโยบายในพื้นที่ คือ “คนโยธธไม่

ถอดทั้งกัน” โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) อำเภอเมืองยโสธร และระดับชุมชนโดยใช้กลไก พชต. มีกลไกระดับจังหวัดช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานในภาพกว้าง รวมทั้งมีเครือข่ายอื่น ๆ ในพื้นที่คอยให้การสนับสนุน ซึ่งถือเป็นจุดแข็งในการสร้างการมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการประกอบด้วยภาคีเครือข่ายหลายส่วนและหลายระดับ การสื่อสารถึงแนวทางการดำเนินงานจึงไม่ครอบคลุมถึงระดับปฏิบัติ

2) ปัจจัยนำเข้า (Input) มีบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง รวมทั้ง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เพียงพอ แต่การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. ยังไม่ครอบคลุม มีงบประมาณเพียงพอแต่ยังขาดการบูรณาการร่วมกัน วัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการดำเนินงานที่จำเป็นในหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลที่ปลายนิ้ว มีการบูรณาการแผนงานโครงการเพิ่มขึ้นระหว่างระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน รวมทั้งเครือข่ายพื้นที่แต่ยังขาดความต่อเนื่อง ข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุยังขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการร่วมกัน ระบบการดำเนินงานระดับชุมชนใช้แนวคิด “ชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ” เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน แต่ละตำบลมีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน โดยกลไกระดับอำเภอและจังหวัดเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานในภาพรวม การจัดระบบบริการสุขภาพและการเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพชุมชน มีกลไกของโรงพยาบาลยโสธร เพื่อออกแบบนโยบาย แนวทางการส่งต่อ การดูแลรักษา รวมทั้ง การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับทีมสหวิชาชีพ

3) กระบวนการดำเนินงาน (Process) ดำเนินการใน 2 ระบบ (1) ระบบสุขภาพชุมชน จัดการเชิงระบบในการส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือเบื้องต้น การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดการดูแลและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการอบรมพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังและดูแลเบื้องต้นผู้สูงอายุในแกนนำ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จาก รพ.สต. 25 แห่ง และมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (2) ระบบบริการสุขภาพ เน้นการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสมด้วยช่องทางด่วน โดยเชื่อมโยงการดูแล

ผู้สูงอายุให้มีรอยต่อด้วยนวัตกรรม “รหัสเปลี่ยนชีวิต” ที่ให้ผู้สูงอายุทุกคนมีบัตรและรหัสประจำตัว ซึ่งจะทำให้การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉินสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น มีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจากโรงพยาบาลยโสธร หน่วยกู้ชีพประจำตำบล มีการซ้อมแผนเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์ทางไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัวผู้สูงอายุ การสื่อสารทางหอกระจายข่าว การสรุปและถอดบทเรียน โดยคืนข้อมูลให้ชุมชนในเวทีการประชุมของคณะกรรมการ พชต. และ พชอ.

4) ผลผลิต (Product) มีแนวทางในการดูแลรักษาของโรคหลอดเลือดสมอง มีนวัตกรรมรหัสเปลี่ยนชีวิต ผู้สูงอายุได้รับความรู้และการส่งเสริมสุขภาพ จาก อสม. CG ในขณะที่ทำการคัดกรอง หรือขณะออกเยี่ยมบ้าน และได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขขณะมารับบริการด้านสุขภาพ เช่น ในคลินิกโรคเบาหวาน ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ แต่รู้จักและทราบช่องทางและเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมมากขึ้น ด้านความยั่งยืนและต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้เข้าถึงง่าย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและขยายผลนวัตกรรมรหัสเปลี่ยนชีวิต ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในพื้นที่จังหวัดยโสธร ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้สูงอายุและญาติส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจกับระบบที่พัฒนาขึ้น

1.2 ผลการตอบแบบสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีรายละเอียดดังนี้
ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.7 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 43.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 84.2 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 77.9 ปฏิบัติงานในระดับ รพ.สต. ร้อยละ 86.3 คำมีฐานระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ 6.5 ปี (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 22 ปี) ผลการประเมินตามกรอบ CIPP model พบว่า ทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตส่วนใหญ่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.0, 48.4, 58.9 และ 49.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินตามกรอบ CIPP model (n=95)

กรอบ CIPP model	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	n (%)	n (%)	n (%)
ปัจจัยด้านบริบท (Context)	3 (3.2)	34 (35.8)	58 (61.0)
ปัจจัยนำเข้า (Input)	6 (6.3)	43 (45.3)	46 (48.4)
กระบวนการดำเนินงาน (Process)	5 (5.3)	34 (35.8)	56 (58.9)
ผลผลิต (Product)	6 (6.3)	42 (44.2)	47 (49.5)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.2 ประเด็นที่มีส่วนร่วมสูงที่สุด ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้ และการเข้าร่วมรับฟังแนวทางการดำเนินงาน ด้านความพึงพอใจในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่พึงพอใจระดับสูง ร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.2 ประเด็นที่พึงพอใจสูงสุด คือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ารับการแพทย์ฉุกเฉินได้เร็วยิ่งขึ้น

1.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลผลิต(Product) ตามกรอบ CIPP model พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโยธธรร ในเดือน

กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 จำนวน 122 ราย เพศชายร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 40.9 (อายุเฉลี่ย 72 ปี, SD 7.8) สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 97.5 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 60 นาที ร้อยละ 91.7 และเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 67.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพภายหลังดำเนินโครงการพบว่า ได้รับการคัดกรองและได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น (P-value <0.05) ส่วนการได้รับความรู้ การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน (P-value > 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	ก่อน ^า		หลัง ^บ		Proportion difference	95%CI	P-value
	n	%	n	%			
ได้รับการคัดกรอง	118	88.7	119	97.5	8.8	2.7, 14.8	0.006
ได้รับความรู้	122	91.7	114	93.4	1.7	-4.1, 8.1	0.606
การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉิน (1669)	86	64.7	82	67.2	2.5	-9.5, 14.1	0.674
เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	89	66.9	79	64.8	-2.1	-13.8, 9.6	0.724
ผู้ป่วยมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง	25	28.1	24	30.4	2.3	-11.5, 16.1	0.743
- ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 60 นาที	17	68.0	22	91.7	23.7	2.3, 45.1	0.039
การได้รับการดูแลต่อเนื่อง	132	99.2	120	98.4	-1.0	-3.4, 1.9	0.555

^า ข้อมูลเดือน มกราคม - มิถุนายน 2565, ^บ ข้อมูลเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2565

ด้านความพึงพอใจในการดำเนินงาน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.6 รองลงมา คือ ระดับปาน

กลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 29.5 และ 3.3 ตามลำดับ และไม่พบผู้ที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำ โดยประเด็นที่พึงพอใจ

สูงสุด คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองและการดูแลรักษา

1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

1) มีการขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกของคณะทำงาน 3 ระดับ (3 ประสาน) ได้แก่ ระดับอำเภอ ระดับชุมชน มีกลไกระดับจังหวัดสนับสนุน ประกอบกับพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร มีโรงพยาบาลยโสธรซึ่งเป็นศูนย์สั่งการหน่วยกู้ชีพทั้งจังหวัด ซึ่งเอื้อต่อการเชื่อมโยงระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยกู้ชีพในพื้นที่

2) มีกลไกระดับอำเภอที่เข้มแข็ง โดยเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพผ่านกลไก พชอ. โดยมีนายอำเภอและสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธรเป็นคีย์แมนที่สำคัญ นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่าง ๆ และเชื่อมโยงนโยบายไปสู่ชุมชนโดยกลไก พชต.

1.5 ปัญหาและอุปสรรค

1) การดำเนินงานตามนโยบายนี้ ประกอบไปด้วยภาคีเครือข่ายหลายส่วนและหลายระดับ และพื้นที่อำเภอเมืองยโสธรเป็นพื้นที่ขนาดใหญ่ มีทีมสหวิชาชีพจำนวนมาก การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจในแนวทางการดำเนินจึงไม่ครอบคลุมในระดับผู้ปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง

2) บุคลากรมีการเปลี่ยนงานหรือย้ายงานบ่อย ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องทั้งในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ CIPP model พบว่าบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับผลผลิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน กับผลผลิต ($n=95$)

ปัจจัย	ผลผลิต (ผลการดำเนินงาน)		ระดับความสัมพันธ์*
	r	p-value	
ปัจจัยด้านบริบท	0.5	<0.001	สูง
ปัจจัยนำเข้า	0.5	<0.001	สูง
กระบวนการดำเนินงาน	0.6	<0.001	สูง

* แปลผลระดับความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Cohen (21)

5. ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน จากการประเมินผลสามารถสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานซึ่งมีอยู่ 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ (1) การมีนโยบายที่ชัดเจน (2) ความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และการจัดการที่ดี (3) การมีกลไกหลัก 3 ประสาน ได้แก่ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน (4) มีการดำเนินงานที่เข้มข้น 6 กิจกรรม ได้แก่ [1] การพัฒนาระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย (Information system) [2] การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง (Screening and Health promotion) [3] ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) [4] การดูแลแบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) [5] การดูแลรักษาเฉพาะทาง (Definitive care) [6] การดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity care) และ (5) การดำเนินงานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและการบูรณาการของภาคีเครือข่ายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อประเมินผลตามนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร แบ่งการสรุปและอภิปรายผลออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การดำเนินงานตามกรอบ CIPP model 2) ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ CIPP model และ 3) การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน รายละเอียดดังนี้

1. การดำเนินงานตามกรอบ CIPP model ในภาพรวมทั้งปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ส่วนใหญ่มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง รายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านบริบท เนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ได้ถูกกำหนดให้เป็นวาระสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการป้องกันและแก้ไข ส่งผลให้

การดำเนินงานมีนโยบายที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงส์วิเศษ⁽¹⁶⁾ ซึ่งระบุว่านโยบายที่มีความชัดเจนจะเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ทั้งกลไก พขอ. และ พชต. มีกลไกระดับจังหวัดคอยสนับสนุน รวมทั้ง เครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับการการศึกษาของนภัก นิธิวิจิตร⁽¹⁵⁾ ซึ่งพบว่าการมีคณะกรรมการ พขอ. ที่มีคุณภาพ จะสามารถสร้างความร่วมมือการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายได้ดี ทั้งนี้ บริบทถือเป็นจุดแข็งในการสร้างการมีส่วนร่วม และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาเป้าหมายและกระบวนการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้มีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อของเขตสุขภาพที่ 10 ที่เน้นการบูรณาการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม⁽¹²⁾ ซึ่งจะทำให้การแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหรือคนในชุมชน

2) ปัจจัยนำเข้า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเครือข่ายภาคประชาชน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีความพร้อม ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ มีเพียงพอ แต่ยังขาดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน และกระจายไปยังพื้นที่อย่างทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภัก นิธิวิจิตร⁽¹⁵⁾ ที่ประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม พบว่ามีความพร้อมด้านบุคลากรแต่ขาดความพร้อมด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุมีการเก็บรวบรวมอยู่หลายส่วน ยังขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการร่วมกัน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคของการดำเนินงาน การขยายผลหรือต่อยอดการดำเนินงานควรคำนึงถึงปัญหาเหล่านี้ การดำเนินงานใช้กลไกขับเคลื่อนทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์โดยรวมบ่งชี้ว่าปัจจัยนำเข้าในการดำเนินโครงการนี้มียังมีข้อจำกัดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

3) กระบวนการ มีการจัดการเชิงระบบทั้ง ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ มีการเชื่อมโยงการดูแลอย่างไร้รอยต่อด้วยนวัตกรรมที่สเปลี่ยนชีวิต และการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุในช่องทางอื่น มีการซ่อมแผนทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วน และมีการประชุมเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อน

การดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุทุกมิติแบบบูรณาการกระบวนการดำเนินงานนี้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณวงศ์เจริญ และคณะ⁽²²⁾ ในประเด็นการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทุกมิติอย่างไร้รอยต่อ

4) ผลผลิต เกิดแนวทางและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เกิดนวัตกรรมที่สเปลี่ยนชีวิต การดูแลแบบช่องทางด่วน และการดูแลเฉพาะทาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับที่น่าพอใจ สอดคล้องกับการประเมินผลผลิตที่อยู่ในระดับสูง สูงอายุและญาติรู้จักและทราบช่องทางการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี สุธีร์⁽²³⁾ ที่พัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ถึงแม้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และการส่งเสริมสุขภาพจาก อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุข แต่ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ สูงอายุได้รับการคัดกรองและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่มีการพัฒนาระบบสุขภาพแล้วส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เพิ่มขึ้น^(15,16,24) อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ดำเนินโครงการและหลังดำเนินโครงการในการได้รับความรู้ การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ความแตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่าในช่วงที่มีการดำเนินโครงการ กลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ และกลุ่มป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว ส่วนการเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉินยังอยู่ในระดับต่ำทั้งในช่วงที่ดำเนินโครงการและหลังดำเนินโครงการ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาในโอกาสต่อไป ด้านความยั่งยืนและต่อเนื่อง ในการดำเนินงานทั้งในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ผ่านกลไก พขอ. โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลเต็ด ส่วนตำบลอื่น ๆ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเช่นกัน แต่ยังไม่เข้มข้นนัก มีการขยายผลมีการขยายผลนวัตกรรมที่สเปลี่ยนชีวิต จากตำบลเต็ด ซึ่งเป็นตำบลต้นแบบไปยังพื้นที่อื่นในอำเภอเมืองยโสธร และอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดยโสธร ด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน พบว่าทั้งกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งผู้สูงอายุและญาติ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะการมีที่สเปลี่ยนชีวิต ซึ่งทำให้การส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว และการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการ

สุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร เป็นการดำเนินงานตามนโยบายที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและระบบสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะพื้นที่อำเภอเมืองยโสธรมีบริบทและปัจจัยนำเข้าที่พร้อมกว่าพื้นที่อื่น

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ CIPP model พบว่าปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับผลผลิตหรือผลการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอุดม อัครุตมางกูร และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ผลการศึกษาในส่วนนี้ เป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จะต้องมีการสร้างบริบทมีปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมและยกระดับให้ดียิ่งขึ้น

3. การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน การประเมินผลนี้ ทำให้สามารถสรุปรูปแบบการดำเนินงานซึ่งมีอยู่ 5 องค์ประกอบหลัก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 10⁽¹²⁾ ที่ให้แนวทางในการจัดระบบบริการในการดูแลอย่างไร้รอยต่อในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องมียุทธศาสตร์ประกอบหลายด้านและเชื่อมโยงกันทั้งระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ⁽²⁵⁾ ที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของทีม เครือข่ายมีความเข้มแข็ง รูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการศึกษานี้ แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ในประเด็น การพัฒนาระบบชุมชนและระบบบริการสุขภาพโดยออกแบบให้มีความเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ เน้นการมีส่วนร่วมและบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน การนำนวัตกรรมเข้ามาเชื่อมรอยต่อระหว่างระบบสุขภาพ และเกิดกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจนทั้งในระดับจังหวัดและในระดับชุมชน^(22,26,27) ทั้งนี้ การนำเอารูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่ 5 องค์ประกอบนี้ไปประยุกต์ใช้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านบริบทและความต้องการของคนในพื้นที่

จุดเด่นของการศึกษา

ถึงแม้การประเมินผลนี้จะยึดตามกรอบ CIPP model แต่ในรายละเอียดได้มีการประเมินประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วม ความยั่งยืน การต่อยอดและการขยายผลของนโยบายนี้ร่วมด้วย และมีการนำแนวคิด Six Building Blocks plus⁽²⁸⁾ มาประยุกต์ใช้ในการประเมินร่วมด้วย เช่น การจัดระบบบริการ ด้านบุคลากร งบประมาณ ระบบข้อมูล รวมทั้งการมีส่วนร่วม ทำให้เห็นภาพขององค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบสุขภาพที่เป็นจุดเด่นและจุดด้อย ที่มีผลต่อการดำเนินโครงการตามนโยบายได้เด่นชัดยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

รูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการประเมินผลนี้ มีความจำเพาะกับบริบทในพื้นที่อำเภอเมือง ซึ่งมีบริบทและปัจจัยนำเข้าที่พร้อมกว่าพื้นที่อื่น ดังนั้น ในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นหรือการขยายผลของนโยบายนี้ ควรคำนึงข้อจำกัด ความแตกต่างของบริบท และความต้องการในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการขยายโครงการนี้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยผลักดันให้เป็นนโยบายหรือวาระสำคัญระดับจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน แล้วประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่ 5 องค์ประกอบ ถ่ายทอดลงไปยังหน่วยงานด้านสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกแห่ง เพื่อให้เกิดการบูรณาการและวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

2) เมื่อรับนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว ผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในพื้นที่ ควรมีการวิเคราะห์บริบทร่วมกัน เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และวางเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทุกแห่ง ควรมีนโยบายและคณะกรรมการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีบทบาทชัดเจน และควรมีการจัดทำแผนในการจัดหาและกระจายวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และในชุมชนอย่างทั่วถึง ซึ่งถือเป็นบริบทและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานที่สำคัญ

4) ควรมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะระบบสุขภาพชุมชนที่ต้องเน้นการมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิด “การ

ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ (Community-Based Management)” โดยสร้างระบบการพึ่งพากันในชุมชน เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพด้วยระบบส่งต่อที่รวดเร็ว เพื่อให้ได้รับการดูแลเฉพาะทางอย่างเหมาะสมแบบไร้รอยต่อ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การนำเอารูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่ 5 องค์ประกอบนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทและสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่

2) ปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลผลิตหรือการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนในการสร้างบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

3) ควรมีการนำนวัตกรรมรหัสเปลี่ยนชีวิตในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ขยายผลไปยังอำเภออื่น ๆ ในพื้นที่จังหวัดยโสธร โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยี หรือปรับให้เข้ากับบริบทและความต้องการของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) การเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 ยังอยู่ในระดับต่ำ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ยังทำได้ไม่ดึ้นก เป็นประเด็นที่ต้องศึกษาถึงสาเหตุที่แท้จริงและสมควรได้รับการพัฒนาในโอกาสต่อไป

2) ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้กรอบของ CIPPIEST เพื่อให้เห็นแง่มุมของประสิทธิผล การมีส่วนร่วม ความยั่งยืน การต่อยอดและการขยายผลของโครงการได้อย่างเด่นชัดยิ่งขึ้น

3) ควรมีการติดตามและประเมินผลสำหรับการนำนโยบายนี้ไปดำเนินการในพื้นที่อื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: 2565.
2. World Health Organization(WHO). Stroke,

Cerebrovascular accident [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from:

<http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>

3. พรรณวลัย ผดุงวนิชย์กุล. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) [ออนไลน์]. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
4. สมชาย ไทวนะบุตร, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ธเนศ เตมิกลิ้นจันทร์, ลินดา เหล่ารัตนใส, จิตภา ตรีเจริญวงศ์. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) [ออนไลน์]. เว็บไซต์สารสนเทศสุขภาพไทย. 2563 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2562]. p. 4–30. แหล่งข้อมูล: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_5.pdf
5. Suwanwela NC. Stroke Epidemiology in Thailand. J Stroke [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 13];16(1):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.5853/jos.2014.16.1.1>
6. ชูชาติ กลิ่นสาคร, สุธยีน แซ่ตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอคำชะอี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;2(2):62–77.
7. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2562.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. HDC - Report [ออนไลน์]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
9. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย [ออนไลน์]. 2562. สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dop.go.th/th/know/1/275>.
10. ถนอม นามวงศ์, นริศรา อารีรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

- จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค. 2566;49(1):149–57.
11. สุวรรณิ์ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อาริรักษ์, ฌอนม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(4):195–204.
 12. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture. อุบลราชธานี: อัลทิเมท พรินต์ติ้ง จำกัด; 2564.
 13. วชิรวัชร งามละม่อม. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในชุมชน. สถาบัน TDRM. 2558.
 14. Stufflebeam DL. The CIPP model for Evaluation. International Handbook of Educational Evaluation; 2003. 31–62 p.
 15. นภัก นิธิวัชร. การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นครราชสีมา; 2561.
 16. ญัฐวรรณ แยมละมัย, สุณี หงษ์วิเศษ. การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 2561;8(3):17–25.
 17. นันทพัทธ์ อีระวัฒนานนท์. การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารและวิจัยพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6(1):90–107.
 18. อุดม อัสวตมากร, อารยา ประเสริฐชัย, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก. 2560;34(2):124–34.
 19. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Son; 1977.
 20. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
 21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. NJ: Erlbaum: Hillsdale; 1988.
 22. นิรันดร์ วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, พิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(4):61–71.
 23. จารุณี สุธีร์. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย Stroke Fast Track ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โรงพยาบาลยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(1):158–72.
 24. ญัฐวิภา ทองรุ่ง, กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์. การประเมินโครงการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษา อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์. 2564;6(2):97–106.
 25. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัฒนาตุล, ลัดดาวัลย์ เตชะกุง, นวลโย พิศชาติ. ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560;28(2):154–67.
 26. ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, อรุณ บุญสร้าง. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(3):49–61.
 27. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แถเพีย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลโคกสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559;23(2):79–87.
 28. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010. Available from: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

Received: 2 May 2023, Revised: 23 May 2023

Accepted: 26 Jun. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ศึกษาความรู้ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพในประชาชนเขตพื้นที่บริการปฐมภูมิเครือข่าย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

รัชชัย ศรีเสน^{1*}, เขมิสา ศรีเสน²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล เครือข่ายคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ F-test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษา พบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 462 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 อายุ 15-21 ปีร้อยละ 59.7 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 63.9 และอาชีพรับจ้างร้อยละ 27.71 ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 90.04 โดยเฉพาะฝุ่นและควัน การใช้สารเคมี และการเผาขยะมีผลกระทบต่อสุขภาพร้อยละ 98.92, 98.27 และ 98.05 ตามลำดับ ศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และการเมืองมีผลกระทบต่อสุขภาพร้อยละ 26.62, 19.69 และ 14.28 ตามลำดับ มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีร้อยละ 78.35 พฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องได้แก่ ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีร้อยละ 43.7 นอนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 59.5 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 63.9 และตรวจสุขภาพทุกปีร้อยละ 94.6 แต่ยังมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน และเค็มปะปนกันร้อยละ 71.4 ดื่มน้ำสุราประจำร้อยละ 36.8 พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.115$, $p\text{-value} \leq 0.01$) จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการศึกษาความรู้ด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในทุกกลุ่มประชากร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

คำสำคัญ : ปัจจัยกำหนดสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² อาจารย์ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

*Original Article***To Study the Knowledge of Determinants of Health in the People in the Primary Care Service Network. Naresuan University, Phitsanulok Province.**Thuchchai Srisen 1*, Kaemisa Srisen²**Abstract**

This study is descriptive research. The objectives were to study knowledge about determinants of health and the relationship between knowledge and health behaviours in the sample group located in the service area of the sub-district health promotion hospital, Faculty of Medicine Network, Naresuan University, aged 15 years and over by simple random sampling. Data collection by using a questionnaire. Data were analysed using descriptive statistics, F-test, and Spearman's correlation coefficient. The study found 462 sample groups, most of which were female 66.7%, 59.7% aged 15-21 years, 63.9% with bachelor's degrees, and 27.71% self-employed. Most of them have good knowledge 90.04%, especially dust and smoke, use of chemicals, and incineration had 98.92%, 98.27%, and 98.05% health effects, respectively. Religion, cultural traditions, and politics impacted health at 26.62%, 19.69%, and 14.28%, respectively. Most people have good health behaviours, accounting for 78.35%. Correct behaviours include 43.7% exercising more than 30 minutes, 59.5% sleeping more than 6 hours a day, 63.9% not smoking, and 94.6% having annual health check-ups. But some behaviours were not properly practiced, such as eating sweet, oily, and salty foods mixed in 71.4 percent, and drinking alcoholic beverages 36.8 percent. There was a statistically significant relationship between knowledge and health behaviours ($r = 0.115$, $p\text{-value} \leq 0.01$). From the results, Knowledge of social determinants of health should be studied in all population groups to serve as basic information for creating learning innovations and promote comprehensive knowledge and understanding of factors affecting health.

Keywords: Determinant of health, Health behavior, Health literacy¹ Lecturer, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan University² Lecturer, Department of Anatomy, Faculty of Medical Science, Naresuan University

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

บทนำ

เนื่องจากปัจจุบันสังคมมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในสังคมโลกและสังคมไทยมีด้วยกันหลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ ชีวภาพ สารเคมี มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ในองค์กร หรือธุรกิจมากขึ้น เพื่อให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีแบบก้าวกระโดด (Digital Disruption) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมแต่ละคนเปลี่ยนไป ต้องดิ้นรนในการดำรงชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลสุขภาพของตนเองน้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ เกิดภาวะเครียดจากภาระงานที่เพิ่ม ปัญหาเพื่อนร่วมงาน รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย การทำงานล่วงเวลาเพื่อให้ได้รายได้เพิ่ม เป็นต้น

พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ไปกำหนดสุขภาพ (Determinants of health)¹ ของประชาชน การจัดการที่ดีและเหมาะสม เช่น การลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จะสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านี้ได้ และส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชนให้ดียิ่งขึ้น แต่การจัดการของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในสาเหตุของปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ขาดประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ทำให้ปัญหาต่าง ๆ ยังคงเกิดขึ้นซ้ำๆ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง การควบคุมและป้องกันการเกิดปัญหาจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health sector) และไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Non-health sector) เพื่อให้การดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม (Holistic health) ทั้งนี้ ประชาชนและชุมชนเองต้องมีส่วนร่วม (Community participation) ในการควบคุมและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นด้วย โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ สุขภาวะของประชาชนโดยรวม (Health status) และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Well-being) ตามลำดับ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ประชาชนจะสามารถวิเคราะห์

และตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพออกมา กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพของ Ottawa charter² เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัญหา โดยการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing personal skill) มีการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจในด้านต่าง เช่น ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งเมื่อประชาชนเกิดความรู้และเข้าใจจะสามารถเข้าถึงข้อมูล และสามารถตัดสินใจ แสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพออกมาได้ ดังนั้นการเพิ่มความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้กับประชาชน ในทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม จะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น³ หากเกินขีดความสามารถของตนเอง ก็สามารถตัดสินใจเข้ารับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ทราบความแตกต่างกันในด้านความรู้ความเข้าใจของกลุ่มประชากร ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกัน⁴ การจากศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ทางด้านสุขภาพ เช่น การศึกษาความรู้ด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinant of health) พบว่า ความรู้ด้านนี้จะมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ทางด้านสุขภาพของประชาชนในระดับที่แตกต่างกัน ส่งผลให้แสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน⁵ ปัจจุบันมีการศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพของประชาชนไทยเพิ่มมากขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการก้าวเข้าสู่สังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate Thai society) ในปี พ.ศ. 2579 (ค.ศ. 2036) ตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) แต่การศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาในหลายมิติ เพื่อให้เกิดทักษะต่างๆทางการรับรู้ ประเด็นด้านปัจจัยต่อความรู้ทางสุขภาพเป็นอีกมิติที่น่าสนใจ โดยเฉพาะปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of health) เมื่อประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะช่วยตัดสินใจจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นด้านความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เนื่องจากยังไม่มีรายงานข้อมูล

เกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวในพื้นที่ศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล เครือข่ายคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รวมถึง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนด สุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ว่ามีความสัมพันธ์ กันอย่างไร ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการ ออกแบบนวัตกรรมการเรียนรู้ และส่งเสริมให้ประชาชนทุก กลุ่มวัย เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ มากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพครบ ทุกมิติ และสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจกำหนด พฤติกรรมต่าง ๆ ต่อสุขภาพของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยกำหนด สุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนด สุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive research) โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นเครือข่ายของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ 1. รพ.สต. วัดพริก 2. รพ.สต. จ้างาม 3. รพ.สต. เสาหิน 4. รพ.สต. ท่าทอง 5. รพ.สต. วังน้ำคู้ และ 6. รพ.สต. ท่าโพธิ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 42,603 คน⁶ กำหนดขนาดของตัวอย่างโดยสูตรของ Krejcie and Morgan⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 423 คน และรวมกับการเพิ่มตามอัตราการสูญหายไปของกลุ่มตัวอย่าง (Attrition rate) ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 470 คน จากนั้นดำเนินการสุ่ม ตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษาแบบง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ประชาชนในเขตพื้นที่บริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล (รพ.สต.) ที่เป็น เครือข่ายของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทั้ง 6

แห่ง ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก คือ ประชาชนมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วน ตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นเครือข่ายของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทั้ง 6 แห่ง ทั้งเพศชายและหญิง และ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และ ลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการ วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล เป็นคำถาม แบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิ การศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 เป็นการทดสอบความรู้เกี่ยวกับปัจจัย กำหนดสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

การทดสอบความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เลือกกาในช่องคำตอบที่ ให้ไว้ 2 ช่อง เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผล ระดับความรู้ โดยดูจากคะแนนที่ได้ดังนี้ คะแนนที่ได้ระหว่าง 11-15 คะแนน มีค่าเท่ากับความรู้ระดับดี คะแนนที่ได้ระหว่าง 6-10 คะแนน มีค่าเท่ากับความรู้ระดับปานกลาง และคะแนน ที่ได้ระหว่าง 0-5 คะแนน มีค่าเท่ากับความรู้ระดับไม่ดี⁸

การทดสอบพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคำถามเชิงบวก และลบ ทั้งหมด 7 ข้อ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ 1. พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร 2. การออกกำลังกาย 3. การพักผ่อน 4. การตรวจสุขภาพ เกณฑ์การให้คะแนนคิดตามการวัดมาตรา ส่วน (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติถูกต้องให้ 3 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 21 คะแนน การแปลผลพฤติกรรม แปล ตามเกณฑ์คะแนนพฤติกรรมดังนี้ คะแนนระหว่าง 15-21 คะแนน เท่ากับพฤติกรรมระดับดี คะแนนระหว่าง 8-14 คะแนน เท่ากับพฤติกรรมระดับพอใช้ และคะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน เท่ากับพฤติกรรมระดับไม่ดี (ควรปรับปรุง) (0-7 คะแนน)⁸

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

การเก็บข้อมูล

ประสานงานไปยัง รพ.สต. เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือวิจัยแล้ว ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขตงานวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมโครงการรับทราบและลงนามในหนังสือยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรม

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 462 คน

ลำดับ	ประเภทข้อมูล	ลักษณะข้อมูล	จำนวน (n=462)	ร้อยละ
1.	เพศ	ชาย	154	33.3
		หญิง	308	66.7
2.	อายุ	15-21 ปี	276	59.7
		22-59 ปี	172	37.2
		60 ปีขึ้นไป	14	3.0
3.	วุฒิการศึกษา	ประถมศึกษา	28	6.1
		ม.3	17	3.7
		ม.6	103	22.3
		อนุปริญญาตรี	12	2.6
		ปริญญาตรี	295	63.9
		ปริญญาโทหรือสูงกว่า	7	1.5

สุขภาพของประชาชน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No.035/2022 IRB No.P3-0001/2565 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 462 คนจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 470 คนคิดเป็นร้อยละ 98.29 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อยู่ในช่วงอายุ 15-21 ปี มากที่สุดร้อยละ 59.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 63.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 27.71 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ลำดับ	ประเภทข้อมูล	ลักษณะข้อมูล	จำนวน (n=462)	ร้อยละ
4.	อาชีพ	รับจ้าง	128	27.71
		เกษตรกร	116	25.11
		ข้าราชการ	45	9.7
		รัฐวิสาหกิจ	5	1.1
		นักเรียน	110	23.83
		ว่างงาน	58	12.55

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 90.04 โดยเพศชายและหญิงมีความรู้ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 31.39 และ 58.66 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องฝุ่นและควัน การใช้สารเคมีในเกษตรกรรม และการเผาขยะมีผลกระทบต่อสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 98.92, 98.27 และ 98.05 ตามลำดับ

ในทางตรงกันข้ามมีความรู้เรื่องศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และการเมืองมีผลกระทบต่อสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 26.62, 19.69 และ 14.28 ตามลำดับ พบความแตกต่างระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพกับเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)	p-value	ความรู้ระดับดี (11-15 คะแนน)		ความรู้ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)		ความรู้ระดับไม่ดี (0-5 คะแนน)	
					จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	154	14.13	1.91	0.02	145	31.39	8	1.73	1	0.22
หญิง	308	13.28	3.14		271	58.66	21	4.55	16	3.46
รวม	462	13.56	2.819		416	90.04	29	6.28	17	3.68

พบค่าเฉลี่ยความรู้สูงสุดในกลุ่มอายุ 15-21 ปี ($\bar{X}$ = 13.68) และกลุ่มผู้จบปริญญาโท ($\bar{X}$ = 14.86) เมื่อนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและวุฒิการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดไม่พบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มอาชีพพบ

สูงสุดในกลุ่มข้าราชการ ($\bar{X}$ = 14.42) เมื่อนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพพบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.03$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ในแต่ละกลุ่มและค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับกลุ่มอายุ การศึกษา และอาชีพ

กลุ่ม	แยกตามกลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)	Sig.
อายุ	15-21 ปี	13.68	2.843	0.366
	21-60 ปี	13.45	2.86	
	มากกว่า 60 ปี	12.71	1.437	
การศึกษา	ประถมศึกษา	13	1.764	0.124
	ม.3	13.47	1.463	
	ม.6	13.08	3.5	
	อนุปริญญาตรี	12.75	3.467	
	ปริญญาตรี	13.79	2.669	
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	14.86	0.378	
	รับจ้าง	12.54	3.383	
	เกษตรกร	12.41	2.108	
อาชีพ	ข้าราชการ	14.42	1.34	0.030
	รัฐวิสาหกิจ	13.60	1.949	
	นักเรียน	13.64	2.857	
	ว่างงาน	13.23	3.538	

พฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 78.35 พบในเพศชายร้อยละ 27.71 และเพศหญิงร้อยละ 50.65 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)	พฤติกรรมระดับดี (15-21 คะแนน)		พฤติกรรมระดับพอใช้ (8-14 คะแนน)		พฤติกรรมระดับไม่ดี (0-7 คะแนน)	
				จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	154	16.29	2.27	128	27.71	26	5.63	0	0
หญิง	308	16.01	2.03	234	50.65	74	16.02	0	0
รวม	462	16.11	2.11	362	78.35	100	21.65	0	0

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติบ่อยและถูกต้อง ได้แก่ ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีร้อยละ 43.7 นอนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 59.5 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 63.9

และกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปีถึงร้อยละ 94.6 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1. การออกกำลังกาย 2. การพักผ่อน 3. การรับประทานอาหาร 4. การตรวจสุขภาพประจำปี

คำถามพฤติกรรม	จำนวน (n = 462)	ร้อยละ
<u>การออกกำลังกาย</u>		
1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยกี่นาทีต่อครั้ง		
≥ 30 นาทีต่อครั้ง	202	43.7
15-20 นาทีต่อครั้ง	130	28.1
ไม่ปฏิบัติ	130	28.1
2. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยกี่วันต่อสัปดาห์		
≥ 3 วันต่อสัปดาห์	157	34.0
1-2 วันต่อสัปดาห์	162	35.1
ไม่ปฏิบัติ	143	31.0
<u>การพักผ่อน</u>		
3. ท่านนอนพักผ่อนอย่างน้อยกี่ชั่วโมงต่อวัน		
≥ 6 ชั่วโมงต่อวัน	275	59.5
4-5 ชั่วโมงต่อวัน	180	39.0
1-3 ชั่วโมงต่อวัน	7	1.5
<u>การรับประทานอาหาร</u>		
4. ท่านชอบทานอาหารประเภทใด		
จืดอย่างเดียว	117	25.3
หวาน,มัน,เค็ม	330	71.4
รสเผ็ด	15	3.2
5. ท่านดื่มสุราเป็นประจำ		
ดื่มประจำ	170	36.8
ดื่มนานๆครั้ง	146	31.6
ไม่ดื่ม	146	31.6
6. ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำ		
สูบบุหรี่ประจำ	166	35.9
สูบนานๆครั้ง	1	0.2
ไม่สูบ	295	63.9
<u>การตรวจสุขภาพ</u>		
7. ท่านตรวจสุขภาพประจำปีบ่อยแค่ไหน		
ทุกปี	437	94.6
นานๆครั้ง	0	0
ไม่ตรวจสุขภาพมากกว่า 5 ปี	25	5.4

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) ระหว่างความรู้และ

พฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.115$, $p\text{-value} = 0.013$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนเขตพื้นที่บริการปฐมภูมิ เครือข่าย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ	
	r_s	p-value
ความรู้	0.115	0.013*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 90.04 พบในเพศชายร้อยละ 31.39 และเพศหญิงร้อยละ 58.66 โดยอาชีพมีผลกระทบต่อบรรยากาศความรู้ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่ต่ำสุดในกลุ่มอาชีพเกษตรกร ($\bar{X}=12.41$) ส่วนกลุ่มอาชีพข้าราชการมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้มากที่สุด ($\bar{X}=14.42$) ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าอาชีพมีส่วนสำคัญในการค้นคว้าหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ จากแหล่งต่างๆ เช่น ห้องสมุด หนังสือ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ และคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อระดับความรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละอาชีพ ส่วนอายุและวุฒิการศึกษา จะมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เช่น กลุ่มอายุ 15-21 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้จบปริญญาโทมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้จบประถมศึกษา เป็นต้น แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างความรู้กับกลุ่มอายุและวุฒิการศึกษาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยคิดว่าความรู้ความเข้าใจของประชาชน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดเพียงปัจจัยเดียว อาจมีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความรู้ เช่น ประสบการณ์การทำงาน อาชีพ รายได้ เป็นต้น ในกรณีผู้มีรายได้น้อย ทำให้ขาดโอกาสหลายอย่าง เช่น การศึกษา การเข้าถึงสิ่งจำเป็นพื้นฐาน และข้อมูลสุขภาพ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงส่งผลการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีตามมา จะเห็นได้ว่ารายได้นอกจากจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้แล้วยังเป็นปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ

(Social determinants of health) ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพที่ชัดเจนระหว่างคนจนและคนรวย^{9,10} ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ฝุ่นและควัน การใช้สารเคมี การเผาขยะ (ร้อยละ 98.92, ร้อยละ 98.27, และร้อยละ 98.05 ตามลำดับ) ในทางตรงกันข้ามยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ศาสนาร้อยละ 26.62 ประเพณีและวัฒนธรรมร้อยละ 19.69 และการเมืองร้อยละ 14.28 เป็นต้น แสดงให้เห็นว่ายังไม่รู้และเข้าใจว่าปัจจัยเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างไร จึงจำเป็นต้องศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในทุกกลุ่มประชากร เพื่อสร้างฐานคิดที่ถูกต้อง สร้างเครือข่ายการทำงานและสร้างนวัตกรรมที่เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพต่อไป¹¹ ดังนั้นเมื่อประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับดี จะนำไปสู่ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพต่อไป¹²

พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 78.35 พฤติกรรมที่พบบ่อยและปฏิบัติถูกต้องด้านการออกกำลังกายได้แก่ การออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 43.7 แต่ยังมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ การออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้งร้อยละ 28.1 หรือออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 35.1 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกายได้ทุกวัน แต่เมื่อมีเวลาก็สามารถปฏิบัติ

ได้มากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ส่วนด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการทานอาหารหวาน มัน และเค็ม ปะปนกันไปร้อยละ 71.4 อธิบายได้ว่าความเร่งรีบในการทำงานและการเรียน ทำให้ต้องรับประทานอาหารประเภทจานด่วน (Fast food) เพื่อประหยัดเวลาและไม่คำนึงถึงคุณประโยชน์ของอาหารเป็นหลัก ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ตามมาได้¹³ แต่อย่างไรก็ตามยังให้ความสำคัญของการพักผ่อนไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 59.5 และเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 94.6 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ดีช่วยส่งเสริมและป้องกันโรคต่างๆได้ในระดับหนึ่ง¹⁴

พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพกับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และสอดคล้องกับงานวิจัยของอภิญา อินทรรัตน์ ที่รายงานว่า การมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลได้ กล่าวคือผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสามารถใช้ทักษะแสวงหาความรู้ ค้นหาข้อมูล ทำความเข้าใจ สื่อสารให้กับผู้รับบริการได้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ให้ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และเหมาะสมได้¹⁶ แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าความรู้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่ความรู้ไม่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆร่วมด้วยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ เพศ เป็นต้น¹⁷

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพมีความสำคัญต่อความรู้ความเข้าใจของประชาชน เมื่อรู้และเข้าใจเพิ่มขึ้น จะสามารถตัดสินใจแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพออกมา และบริหารจัดการกับสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาประเด็นความรู้ด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพไปด้วยในทุกกลุ่มประชากร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณ คณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือตลอดช่วงดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Retrieved from World Health Organization 1986.
3. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Switzerland. Marilyn Langfeld. 1998.
4. Do BN, Nguyen PA, Pham KM, Nguyen HC, Nguyen MH, Tran CQ. et. al. Determinants of Health Literacy and Its Associations with Health-Related Behaviors, Depression Among the Older People With and Without Suspected COVID-19 Symptoms: A Multi-Institutional Study. Front Public Health. 2020 Nov 16;8:581746.
5. Steven S. Coughlin, Marlo Vernon, Christos Hatzigeorgiou, Varghese George. Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control, J Environ Health Sci 2020;6(1):3061.
6. KISS's Developer Team, Department of Health, Ministry of Public Health (Internet). Nonthaburi; 2020 (cited 2022 Oct 9) Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/populationpyramid/tambon?year=2020&tb=650106>
7. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. "Determining sample size for research activities". Educational

- and Psychological Measurement 1970;30(3):607-610.
8. Bloom, B.S. Taxonomy of Education. New York: David McKay Company Inc 1975.
 9. Simões N., Crespo N., Moreira S.B., Varum Celeste A. Measurement and determinants of health poverty and richness: evidence from Portugal. *Empir. Econ* 2016;50:1331–1358.
 10. Simmons RA, Cosgrove SC, Romney MC, et al. Health literacy: cancer prevention strategies for early adults. *Am J Prev Med* 2017;53(3S1):73-77.
 11. Krittiya Sasipuminrit. The review of social determinants of health learning process. Thai Health Promotion Foundation. *Social Justice and Inequality Journal* 2021;2(2):15-33.
 12. Don Nutbeam, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International* 2000;15(3):259–267.
 13. The World Bank. Health and Non-communicable disease. Washington, DC 20433, USA 2016.
 14. Sithisarankul P. Health examination-important opportunity for prevention. *Chula Med J* 2009 Jul – Aug;53(4):247-51.
 15. Sangduan Ginggeaw, Nusara Prasertsri. The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Muti-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016;25(3):43-54.
 16. Apinya Indhraratana. Health literacy of Health Professionals. *Journal of Thai Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):174-78.
 17. Thaparat Rakpanusit, Narumol Jeenuang, and Nantiya Khoyneung. Factors Related to Health Promotion Behavior among Undergraduate University Students, Prince of Songkla University, Pattani Campus. *ASL.PSU* 2018;29(3):170-178.

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

3. บทคัดย่อ (Abstract)

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

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง 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
ใช้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการกำจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกสู่คน²การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

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

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

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

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

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