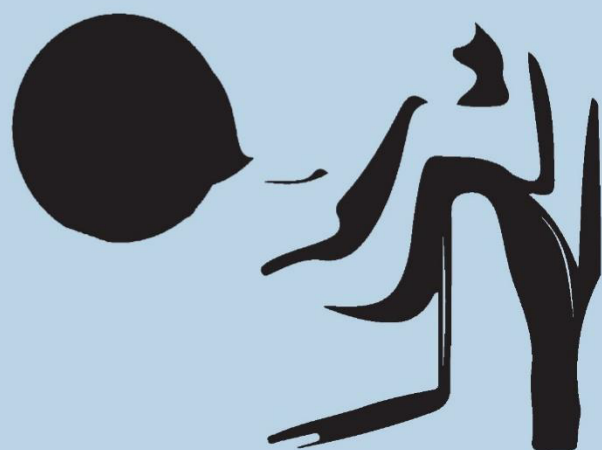




วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 11 Number 3 JULY – SEPTEMBER 2025

ACJPH

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

Academic Journal of Community Public Health

Volume 11 Number 3 JULY – SEPTEMBER 2025

วารสารวิชาการ

สาธารณสุขชุมชน



วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

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

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุข สำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

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

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

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

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปริดา อุดยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สฤทธกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาดิบุญชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักขมิจรัสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ไญบุญ

ดร.ธาดา วรรณนนกุล

นายสำราญ อนุกุล

นายชูวิทย์ ธาณี

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญเรือง 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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

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 สิงห์วีธรรม

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฝ่ายจัดการ

อ.ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ได้ดำเนินการมาเป็น ปีที่ 11 พร้อมเผยแพร่ผลงาน วิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา เกี่ยวกับ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการเสริมพลังอำนาจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณา ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ให้ความไว้วางใจในการให้ทางวารสารฯ เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ จึงขอเชิญทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ณัฐธิดา บุญทอง ประจวบ แหลมหลัก	10	1. The effectiveness of a program for health literacy development with empowerment in people at risk of hypertension, Cha-am subdistrict, Cha-am district, Phetchaburi province. Natthida Bunthong Prachuab Lamluk
2. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เจษฎาภรณ์ จันทะวงศ์ พิไลพร ดุแล กุลนิภา กิตติศักดิ์มนตรี พรพิมล วัฒนาอำพร	23	2. The effects of the program to promote disease-specific eating behavior towards knowledge and behavior of parents and children with cancer receiving chemotherapy. Jedsadaporn Juntawong Philiporn Dula Kulnipa Kittisakmontri Pornpimol Watana-Amporn
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม นพดล ทองอร่าม กนกพร สมพร คอรี่เ้ายะ จาดาเริะ วาสนี สุวรรณมณี มาวรัตหะ มาหะมะ ลลิตภัทร โสมณชา	38	3. Health literacy Related to Self Health-care Behaviors of Village Health Volunteers, Mueang District, Samut Songkhram Province. Nopadol Thongaram Kanokporn Somporn Khoriyoh Chadareh Wasinee Suwanmanee Mawardah mahama Lalitpat Somontha

สารบัญ	หน้า Page	Contents
4. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วม ชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ธัญวรัตน์ สังขนิทย์ ประจวบ แหลมหลัก	52	4. The development of the solid waste management model with participation Pasak community, Sri toy sub-district, Mae Jai district, Phayao province. Tanvarat Sangkanit Prachuab lamluk
5. การพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการทำงานและสนับสนุนการตัดสินใจ โรงพยาบาลสูงเม่น มณีวรรณ นุกุลจิตร พันธ์ศักดิ์ วงศ์คำแก้ว	64	5. Development of a Data Analysis System to Enhance Operational Efficiency and Support Decision-Making at Sungmen Hospital. Maneewan Nukuljit Phansak Wongkhumkaew
6. เปรียบเทียบระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาเพื่อให้สงบตั้งแต่ต้นเทียบกับ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา ณ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังขะ เอกชัย อนิวรรณวงศ์	75	6. Comparison of ventilator-day in early sedation and non-sedation mechanically ventilated patients in ICU, Sangkha Hospital. Ekkachai Aniwattanawong
7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐม ภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี อังคณา บุญทวี อุมาวดี เหลาทอง มณฑา เก่งการพานิช วิรินทร์ กิตติพิชัย	86	7. Factors Related to Quit Smoking Intention Among Non-Communicable Disease Patients in the Primary Care Unit, Muang District, Nonthaburi Province. Angkana Boontawee Umawadee Laothong Mondha Kengganpanich Wirin Kittipichai

สารบัญ	หน้า Page	Contents
8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต วาสิณี พลนุ้ย นันทนา จันทร์แจ่มศรี นิศากร ตันติวิบูลชัย	104	8. Health Literacy and Influenza Prevention Behaviors among Grade 5-6 and 7-9 Students in Thalang District, Phuket Province. Vasinee Pholnui Nantana Janjaemsri Nisakorn Tantiwiboonchai
9. การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตไม่ได้ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ยุภาพร ยะอุป วิลาวณีย์ ชมนิรัตน์ ชนะพล ศรีฤๅชา	117	9. Development Guidelines for Caring of Uncontrolled Hypertension Patient at Muang Phai Community Health Center, Banphai District, Khon Kaen Province. Yupaporn Yaoup Wilawan Chomnirat Chanaphol Siruecha
10. การพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ปิยนถ เหมือนวาจา	129	10. Health services quality development of Korkho sub-district health promoting hospital, Muang Surin district, Surin province. Piyath Muanvaja

สารบัญ	หน้า Page	Contents
11. ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสบไพร ตำบลบ้านเป้า อำเภอเมือง ลำปาง จังหวัดลำปาง สมศักดิ์ เตชะอุ่น ยงยุทธ แก้วเต็ม	143	11. Effects of Capacity Development for Village Health Volunteers in Using the Smart VHV Application for Dengue Fever Surveillance and Control, Ban Sop Prai Sub-District Health Promoting Hospital, Ban Pao Subdistrict, Mueang Lampang District, Lampang Province. Somsak Techaaoon Yongyuth Kaewtem
12.การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร นริศรา อาริรักษ์ จินตนา พลมีศักดิ์ ถนอม นามวงศ์	156	12. The Evaluation of the seamless development of health systems for the elderly in Yasothon Province. Narisara Arrirak Jintana Phonmeesak Thanom Namwong

Received: 19 Jan 2025, Revised: 16 Feb 2025

Accepted: 24 Feb 2025

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ
การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ณัฐธิดา บุญทอง¹ ประจวบ แหลมหลัก^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ
การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
เขตพื้นที่ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี แบ่งการศึกษาออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ
30 คน ทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลองโดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ
การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จัดกิจกรรม 5
ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
การดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์
หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่ม
ทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) สรุป
โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมี
ประสิทธิผล จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสม
คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา^{2*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา*Corresponding author E-mail : nuttida111bt@gmail.com

Review Article

The effectiveness of a program for health literacy development with empowerment in people at risk of hypertension, Cha-am subdistrict, Cha-am district, Phetchaburi province.

Natthida Bunthong¹ Prachuab Lamluk^{2*}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a health literacy development program combined with empowerment in people at risk for hypertension. The sample group was people at risk for hypertension in Cha-am Sub-district, Cha-am District, Phetchaburi Province. The study was divided into an experimental group and a comparison group, 30 people per group. The results were measured before and after the experiment. The experimental group participated in the health literacy development program combined with empowerment using the principles of health literacy development combined with empowerment. The activities were organized 5 times over an 8-week period. Data were collected using a questionnaire to assess health literacy and self-care behavior. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Results after the experiment were compared within the experimental and comparison groups using the Paired t-test and between the experimental and comparison groups using the Independent t-test. The significance level was set at $p < 0.05$. The results of the research found that after the experiment, the experimental group had better health literacy and self-care behaviors than the comparison group ($p < 0.05$). In conclusion, the health literacy development program combined with empowerment in people at risk for hypertension was effective. Therefore, it should be applied to change the behavior of people at risk for hypertension appropriately.

Keyword : Health Literacy student, Empowerment, Risk group with hypertension

¹Master of Public Health, School of Public Health student, University of Phayao

^{2*}School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author E-mail : nuttida11bt@gmail.com

บทนำ

กลุ่มโรคเรื้อรัง หรือโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases, NCDs) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอันดับหนึ่งของโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ณ วันที่ 16 กันยายน 2565 มีการรายงานว่าโรคไม่ติดต่อ ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตถึง 41 ล้านคน¹ ซึ่งประกอบด้วย 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน รวมทั้งโรคไตที่เกิดจากโรคเบาหวาน โดยทั้ง 4 กลุ่มโรคนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นผู้เสียชีวิตในช่วงอายุ 30-69 ปี อย่างไรก็ตาม การบริโภคยาสูบ การมีกิจกรรมทางกายลดลง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคไต²

สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่างๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 25.4 เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงอ้างอิงจากปี พ.ศ. 2551-2552 กับปีล่าสุด พ.ศ. 2562-2563 พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.69 จากฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center ในปี พ.ศ. 2558- 2565 พบอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น²

สำหรับเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งมี 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากการศึกษาพฤติกรรมของวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า กลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น มักเติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหาร ชอบดื่มเครื่องดื่มรสหวาน และมีการบริโภคผักที่น้อย อาจเนื่องมาจากความเร่งรีบในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงกลยุทธ์ทางการตลาดของธุรกิจอาหาร ที่สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย การมีแหล่งอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว³ ซึ่งจังหวัดเพชรบุรี เป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราป่วยตายโดยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2564, 2565 และ 2566 ร้อยละ 1.72 , 1.63 และ 1.76 ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2564, 2565 และ 2566 ร้อยละ 15.54 , 15.28 และ 15.88 ตามลำดับ ส่วนในตำบลชะอำ มีอัตราป่วยตายโดยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2564, 2565 และ 2566 ต่อแสนประชากร 1.26 , 1.28 และ 1.48 ตามลำดับ⁴ ซึ่งการมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ ส่งผลให้หัวใจทำงานหนัก เสี่ยงกับการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต² ซึ่งอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2564, 2565 และ 2566 ร้อยละ 14.98 , 15.28 และ 15.74 ตามลำดับ⁴

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับศักยภาพของบุคคล บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพ จะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง มีพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ⁵ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ⁶ ซึ่งจากการประเมินความรู้สุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ โดยการทดสอบทักษะความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องโรคไม่ติดต่อของประชาชน พบว่ามีความรู้สุขภาพด้านโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับระดับปานกลาง² จากการศึกษาความรู้ด้าน

สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่มีการค้นหาข้อมูลไม่ทันสมัยและไม่มีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกอาหารตามใจตนเองและจัดการเองไม่ได้⁷

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน⁸ ให้แก่ประชาชนเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจและความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจนี้สามารถทำได้ผ่านการให้ข้อมูล การฝึกทักษะ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความสามารถในการปรับตัวและดูแลสุขภาพของตนเอง โดยตั้งศักยภาพในตนเองออกมาให้เกิดพลังที่จะเอาชนะอุปสรรคและนำไปสู่การดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการสร้างการมีส่วนร่วม เป็นตัวกระตุ้น ส่งเสริม เติบโต เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งและศักยภาพของตนเอง รู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม¹⁰ ซึ่งการดำเนินงานในพื้นที่ที่ผ่านมา มักจะมีการจัดกิจกรรมการสอนสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยรูปแบบกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียว ซึ่งทำให้จำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มและวัดผลสองครั้ง (two group pretest-posttest design) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

รูปแบบการวิจัย

	O ₁					O ₂		
กลุ่มทดลอง	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	T ₅			
กลุ่มเปรียบเทียบ	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅			
สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8

กำหนดให้

O₁ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยและทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชะอำ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

O₂ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยและทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชะอำ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบและแจกคู่มือให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

T₁ หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมค้นพบปัญหาร่วมกับการพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

T₂ หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมสะท้อนการคิดอย่างมีวิจารณญาณร่วมกับการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

T₃ หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมการตัดสินใจ เลือกรีวิวการปฏิบัติร่วมกับการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและกิจกรรมพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

T₄ หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติร่วมกับการติดตามให้กำลังใจ ผ่านทางโทรศัพท์

T₅ หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้าน

X₁-X₅ หมายถึง กลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับกิจกรรมเลยตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 -5

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งชายและหญิง อายุตั้งแต่ 35-59 ปี ในเขตตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,315 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G-Power Program การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงงานวิจัยที่ใกล้เคียง¹¹ ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) = 0.85¹² กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect Size) = 0.8 กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 24 คน ซึ่งผู้วิจัยปรับเปลี่ยนขนาดตัวอย่าง เป็นร้อยละ 20 เนื่องจากอาจจะมีความยากลำบากในการเข้าร่วมโครงการไม่ได้ อันเป็นสาเหตุของการออกจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก 1 ชุมชน เป็นกลุ่มทดลอง แล้วจับฉลากรายชื่ออาสาสมัครแบบไม่ใส่คืน จนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ และจับฉลากมาอีก 1 ชุมชน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้วิธีการจับคู่ (Match pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน

เกณฑ์คัดเข้า

1) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต เมื่อปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ในเขตตำบลชะอำ ที่มีความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) อยู่ในระดับ 120-139 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) อยู่ในระดับ 80-89 มิลลิเมตรปรอท ที่มีอายุ 35 -59 ปี

2) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้

3) ช่วยเหลือตนเองได้ดี

4) สามารถใช้โทรศัพท์มือถือที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้

5) มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก

1) เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย

- 1) อาสาสมัครประสงค์ที่จะถอนตัวในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) อาสาสมัครมีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการศึกษาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักปราชญ์¹³ ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁸ โดยมีการดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์

โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1)พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2)การค้นหาปัญหาร่วมกับการพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3)พัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ 4)การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณร่วมกับการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง 5)การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติ 6)พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 7)กิจกรรมติดตามให้กำลังใจและเยี่ยมบ้าน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงคำถามมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขภาพศึกษา¹⁴ จำนวน 6 ตอน รวมทั้ง 53 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ประเมินทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล โดยถ้าตอบตรงคำตอบที่กำหนดไว้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน

ตอนที่ 2 ประเมินทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในสื่อบันเทิงข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง การเลือกแหล่งข้อมูลข่าวสารและวิธีการค้นหาข้อมูล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า(Rating Scale) 5 ระดับ ตามความถี่ของการเข้าถึงข้อมูล ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 35 คะแนน

ตอนที่ 3 การประเมินทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสาร สามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจ เข้าใจ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ตามความถี่ของการใช้ทักษะการสื่อสาร ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 60 คะแนน

ตอนที่ 4 การประเมินทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ตามความถี่ของการจัดการตนเอง

ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 25 คะแนน

ตอนที่ 5 ประเมินทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้ทักษะในการคิดวิเคราะห์การเลือกใช้สื่อ การตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือที่สื่อนำเสนอข้อมูล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ตามความถี่ของการรู้เท่าทันสื่อ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 35 คะแนน

ตอนที่ 6 ประเมินทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล การตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ตามความถี่ของการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 50 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา¹⁵ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามความถี่ของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้มาจัดกลุ่มเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง (7 ครั้งต่อสัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 ครั้งต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) ปฏิบัตินานๆครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) และไม่ได้ปฏิบัติเลย (0 ครั้งต่อสัปดาห์)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามในการเก็บข้อมูล นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม รพ.ชชะอำ อำเภอลำพูน จังหวัดเพชรบุรี ร่วมตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้อง (index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วทำการ Try Out ในกลุ่มใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามประเมินทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.76 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล เท่ากับ 0.86 ทักษะการสื่อสารข้อมูล เท่ากับ 0.95 ทักษะการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.88 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ 0.93 ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เท่ากับ 0.92 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/155/67 ลงวันที่ 12 กันยายน 2567 และพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถามใดๆสิทธิในการบอกยุติการให้ความร่วมมือ การรักษาความลับไม่เปิดเผยข้อมูลอันเป็นความลับหรือข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดผลเสียและทำลายข้อมูลดิบทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงมีการลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อทำการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

2) ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือในการวิจัย จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ หลังจากนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3) ระยะทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และในการทดสอบสมมติฐานในครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentages) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistic) ใช้สถิติ Paired simple T-Test และ Independent T-Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 49.00 ± 8.19 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 49.50 ± 8.10 ปี ส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม มีสถานภาพคู่/สมรส มากที่สุดทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 130.27 ± 5.60 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 128.73 ± 5.02 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 84.87 ± 2.67 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 84.47 ± 2.87 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนน/ค่าแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ตัวแปรที่ศึกษา ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความรู้ด้านสุขภาพ						
1.1 ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม						
กลุ่มทดลอง	96.60	11.61	135.67	10.07	39.434	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	97.37	14.05	96.60	11.85	-0.928	0.361
1.2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ						
กลุ่มทดลอง	7.57	2.11	9.13	1.61	5.254	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.70	2.05	7.63	2.06	-1.000	0.326

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.3 ทักษะการเข้าถึงข้อมูล						
กลุ่มทดลอง	15.20	1.56	20.00	2.17	14.244	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.63	2.81	15.20	2.14	-1.750	0.091
1.4 ทักษะการสื่อสาร						
กลุ่มทดลอง	23.00	3.05	35.57	3.35	28.482	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	23.30	4.97	23.53	4.42	0.556	0.583
1.5 ทักษะการจัดการตนเอง						
กลุ่มทดลอง	11.23	1.81	15.77	1.41	17.055	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.80	2.11	11.90	2.12	0.379	0.708
1.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ						
กลุ่มทดลอง	13.10	2.44	21.07	1.72	20.854	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.20	2.47	12.90	2.23	-0.628	0.535
1.7 ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ						
กลุ่มทดลอง						
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.50	2.84	34.13	3.01	16.925	<0.001
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	25.73	3.97	25.43	2.97	-0.892	0.379
กลุ่มทดลอง						
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.57	2.81	48.47	2.80	31.125	<0.001
	37.90	2.43	37.37	3.45	-1.383	0.177

หมายเหตุ ** p-value < 0.001

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	s_d	t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	96.60	11.61	135.67	10.07	39.07	2.839	13.759	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	97.37	14.05	96.60	11.85	-0.77			
1.2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ								
กลุ่มทดลอง								
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.57	2.11	9.13	1.61	1.56	0.478	3.141	0.003
1.3 ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	7.70	2.05	7.63	2.05	-0.07			

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	s_d	t	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
กลุ่มทดลอง								
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.20	1.56	20.00	2.17	4.80	0.556	8.635	<0.001
1.4 ทักษะการสื่อสาร	15.63	2.81	15.20	2.14	-0.43			
กลุ่มทดลอง								
กลุ่มเปรียบเทียบ	23.00	3.05	35.57	3.36	12.57	1.013	11.878	<0.001
1.5 ทักษะการจัดการตนเอง	23.30	4.96	23.53	4.42	0.23			
กลุ่มทดลอง								
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.23	1.81	15.77	1.41	4.54	0.465	8.316	<0.001
1.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	11.80	2.11	11.90	2.21	0.1			
กลุ่มทดลอง								
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.10	2.44	21.07	1.72	7.97	0.515	15.864	<0.001
1.7 ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	13.20	2.47	12.90	2.23	-0.3			
กลุ่มทดลอง								
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.50	2.84	34.13	3.01	7.63	0.772	11.266	<0.001
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	25.73	3.97	25.43	2.97	-0.3			
กลุ่มทดลอง								
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.57	2.81	48.47	2.80	10.90	0.811	13.684	<0.001
	37.90	2.43	37.37	3.45	-0.53			

หมายเหตุ ** p-value < 0.001

2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

3. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้คนในสังคมมีทักษะในการเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจและเลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จนสามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพยังมุ่งเน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁶ นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจ ยังเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคล มีความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจ รวมถึงเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพของตน ช่วยสร้างความรู้ ทักษะให้บุคคลสามารถจัดการปัญหาด้านสุขภาพ ตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล และมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง¹⁷ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการศึกษาของ Schulz & Nakamoto¹⁸ พบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งในการจัดการชีวิตและรักษาโรค

จากการได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปัม¹³ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁸ โดยมีการดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์

ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ทองเพชรและชนาภา สมใจ¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา วงศ์สวัสดิ์และวัลภา เพื่อยงาราช¹⁹ พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคล้ายกันกับการศึกษาของกรรณิกา บัวทะเล²⁰ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของเสถียร โนนน้อย²¹ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) และหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

แต่ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับตัวบุคคล ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเข้าใจ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาดา สนวนุ่ม²² ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคล้ายกันกับการศึกษาสุชาทิพย์ ไหมคำ¹¹ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคล้ายกันกับเสถียร โนนน้อย²¹ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม

สุขภาพตามหลัก 3อ2ส เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001) และหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม 3อ2ส มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) คล้ายกันกับการศึกษาของกรรณิกา บัวทะเล²⁰ พบว่า พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง ซึ่งโปรแกรมนี้ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยลดการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาในครั้งนี้ใช้เวลาเพียง 8 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกเท่านั้น ควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาว เพื่อติดตามพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงและการกำกับตนเองของกลุ่มเสี่ยงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเขตตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษา ที่สละเวลาตรวจสอบเครื่องมือแนะนำเรื่องระเบียบวิธีวิจัยและชี้แนะแนวทางในการทำให้งานวิจัยเรื่องนี้ ดำเนินการจนเสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [internet]. 2021 [cited 2024 JUN 3]. Available from: <https://who.int/new-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์, 2566.
3. ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และอุบล จันท์เพชร. พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารช่อพะยอม. 2562;30(1): 1-13.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 26 พฤษภาคม 2567. จาก HDC: <https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
5. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์ จำกัด. 2564.
6. ณวิวรรณ ศรีดาวเรือง และจิราพร วรวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(2):454-468.
7. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ภคพร กลิ่นหอม และจินตทิพา ศิริกุลวิวัฒน์. การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยบูรพา. 2566;31(4):91-106.

8. Gibson, C.H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*. 1995;21(6): 1201-1210.
9. ทิनुชา ทันวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า*. 2565;5(2):28-43.
10. จินตนา ทองเพชร และชนาภา สมใจ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 2565;33(2):130-146.
11. สุทธาทิพย์ ไหมคำ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วิทยานิพนธ์ พย.ม.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่*, 2566.
12. Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavior Sciences*. New York: LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES. 1988.
13. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67(12): 2071-2078.
14. กองสุกศึกษา. โปรแกรมสุกศึกษา เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 2 อ.(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2567. จาก <https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/pdf>.
15. กองสุกศึกษา. เครื่องมือและโปรแกรมประเมิน HLEและHB(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2567. จาก <https://hed.hss.moph.go.th>.
16. โครงการสุขภาพคนไทย. สังคมไทยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2566. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
17. Zimmerman, M. A. Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. *Handbook of community psychology*. 2000;43-63.
18. Schulz, P. J., & Nakamoto, K. Health literacy and patient empowerment in health communication. *Patient Education and Counseling*. 2013;90(1): 15-18.
19. อรัญญา วงศ์สวัสดิ์และ วไลภา เพื่อยงาราช. ผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*. 2567;9(3): 480-488.
20. กรรณิกา บัวทะเล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับพนักงานขับรถบรรทุก ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2565.
21. เสถียร โนนน้อย. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*. 2567;3(1): 46-60.
22. สุขาดา สนวนุ่ม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี*. 2566;6(1): 29-41.

Received: 6 Feb 2025, Revised: 1 Mar 2025

Accepted: 17 Mar 2025

บทความวิจัย**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**เจษฎาภรณ์ จันตะวงศ์^{1*} พิไลพร ดุแล¹กุลนิภา กิตติศักดิ์มนตรี² พรพิมล วัฒนาอำพร¹**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการให้ผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โปรแกรมฯ เน้นศึกษาบทบาทสำคัญของผู้ปกครอง เนื่องด้วยเป็นผู้ดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยโปรแกรมฯ พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด Precede Framework รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษากึ่งทดลอง แบบการวิจัยกลุ่มเดียว วัดก่อนการให้โปรแกรม หลังการให้โปรแกรม และในวันที่ 14 หลังการให้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับเด็กที่ได้รับเคมีบำบัดของผู้ปกครอง และแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, สถิติ Paired t-test และสถิติการถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมฯ ค่าคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการของผู้ปกครองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยคะแนนส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ หัวข้อที่เกี่ยวกับชนิดของนม ($p = 0.006$) และอาหารที่อาจจะเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรค ($p = 0.04$) ส่วนค่าคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผู้ปกครองที่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มาก่อนจะมีคะแนนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมานานกว่าจะมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีกว่า ($p = 0.02$) สรุปได้ว่า ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้นและมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีและเลือกอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร, ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง, ผู้ปกครอง, แนวคิด Precede Framework

¹พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²กุมารแพทย์ อนุสาชาโภชนาการเด็ก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*Corresponding author E-mail : jedsadaporn.jun@gmail.com

Review Article

The effects of the program to promote disease-specific eating behavior towards knowledge and behavior of parents and children with cancer receiving chemotherapy.

Jedsadaporn Juntawong^{1*} Philiporn Dula¹Kulnipa Kittisakmontri² Pornpimol Watana-Amporn¹

Abstract

This research aimed to study effects of a parental education program on eating behavior in pediatric cancer patients undergoing chemotherapy. The program focused on a crucial role of parents as they closely provided nutritional support to the patients. The program was developed based on the Precede Framework. This study was a quasi-experimental, single group research. Assessment of knowledge and eating behaviors were taken before, at the same day and 14 days after providing the educational program. The subjects were 31 parents and pediatric cancer patients receiving chemotherapy at the pediatric ward of Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital. The research tools included a test to evaluate nutritional knowledge and a questionnaire to assess patient's eating behavior. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and multiple regression analysis.

The results showed that: after receiving the program, parents' scores on nutrition knowledge were higher than before training. The scores that increased significantly included topics related to types of milk ($p = 0.006$) and foods that may be at risk of bacterial contamination ($p = 0.04$). Regarding to the eating behavioral scores, parents who previously received nutritional advice from a medical professional significantly had higher scores ($p=0.04$). Furthermore, patients who had received chemotherapy for longer period had better scores in eating behavior after the program ($p=0.02$). In conclusion, the program promoting nutritional knowledge of parents can increase nutritional knowledge and improve better eating behavior and more appropriate food selection among pediatric patients.

Keywords : eating behaviors promotion program, pediatric cancer patients, parents, Precede Framework

¹Bachelor of Nursing Science, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

²Pediatrician, Child Nutrition Subspecialty, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

*Corresponding author E-mail : jedsadaporn.jun@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งในเด็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในปี 2020 พบสถิติผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกจำนวน 204,665 ราย¹ สถิติในสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวอายุต่ำกว่า 15 ปี มี 732.6 คนต่อประชากรเด็กล้านคน² ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กประมาณ 900 คนต่อปี คิดเป็น 74.9 คนต่อประชากรเด็กล้านคนต่อปี พบมากที่สุดช่วงอายุ 1-4 ปี³

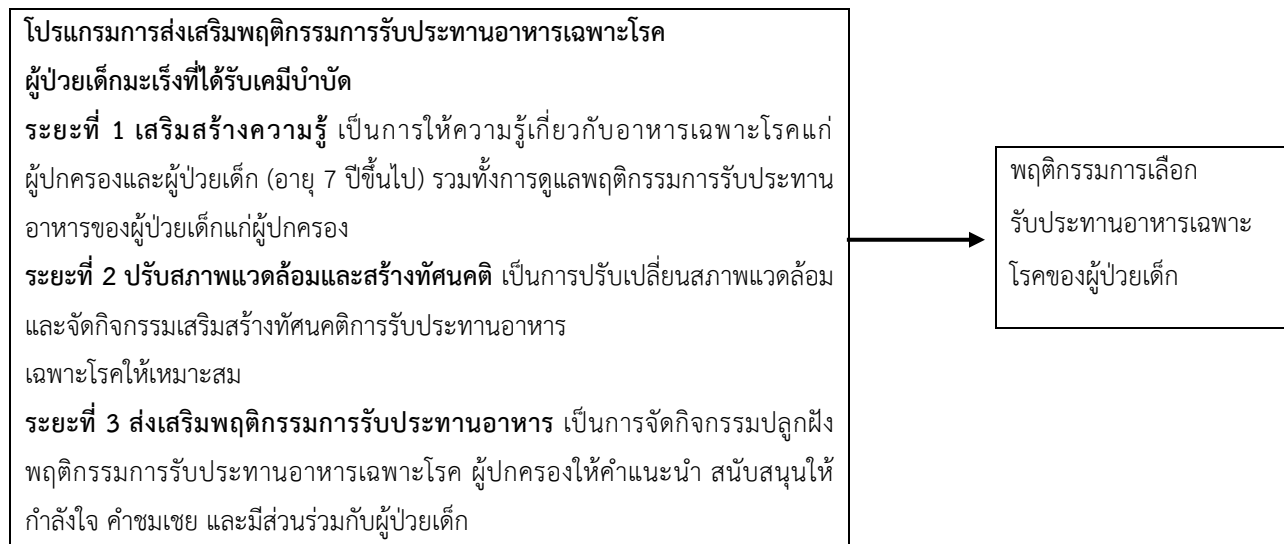
สาเหตุหลักของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ ภาวะทุพโภชนาการ โดยการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่งในประเทศไทยพบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเด็กจะมีภาวะโภชนาการที่แย่งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจะเพิ่มความเสี่ยงขึ้นมากกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น⁴ อีกทั้งภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด จะมีการกดการทำงานของไขกระดูก และจำนวนเม็ดเลือดลดลงระดับต่ำสุดในช่วงวันที่ 7-14 จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ซีด เกล็ดเลือดต่ำ และภาวะติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น⁵ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรคเพื่อให้เหมาะสมต่อภาวะร่างกาย ความเจ็บป่วยและอาการของโรคที่มีอยู่ อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ปกครองในการดูแลและจัดเตรียมอาหาร ดังนั้นผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญในการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย

การส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้ประสบความสำเร็จ สิ่งสำคัญที่สุดคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร จากการศึกษาพบว่า แนวคิด Precede framework เป็นแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร กล่าวคือ ทศนคติเป็นปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับเพิ่มขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เสริมสร้างความรู้ ระยะที่ 2 ปรับสภาพแวดล้อมและทัศนคติ ระยะที่ 3 ส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และจากการศึกษาของนิศารัตน์และภานุวัฒน์⁶ ที่ศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหารในเด็กอนุบาลโดยใช้แนวคิด Precede framework พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการของผู้ปกครองสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับเด็กอนุบาลของผู้ปกครองสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เช่นกัน

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ทีมผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยให้ความสำคัญกับผู้ปกครองเป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ดูแลด้านโภชนาการอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้เมื่อผู้ปกครองมีความรู้ด้านโภชนาการที่ถูกต้อง รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกอาหารและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ป่วยเด็ก จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เพื่อส่งผลกระทบยาวต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กต่อไป

ภาพ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัยตามแนวคิดของ PRECEDE Framework



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยเด็ก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบการวิจัยกลุ่มเดียว วัดก่อนการให้โปรแกรม หลังการให้โปรแกรม และในวันที่ 14 หลังการให้โปรแกรม

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาทันทีผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อายุตั้งแต่ 1-15 ปี ระยะเวลาการศึกษา 1 สิงหาคม 2567 ถึง 30 พฤศจิกายน 2567

เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กทั้งเพศชายและหญิง
- ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์คัดออก

- ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.4 ในการหาค่า Power analysis for difference between two dependent means (matched pairs) จากงานวิจัยที่ผ่านมาได้ค่า effect size เท่ากับ 0.46 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 ราย⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยเด็กมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม นำมากำหนดเนื้อหาและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ตามแนวคิดของ Precede Framework

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 ชุด โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็กป่วย และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเรื่องอาหารของเด็กป่วย

2.2 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลาของการได้รับเคมีบำบัด ระยะ(phase)ของยาเคมีบำบัดที่ได้รับปัจจุบัน อาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ได้รับปัจจุบัน

2.3 แบบทดสอบความรู้เรื่อง “โภชนาการสำหรับเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด” สำหรับผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวัดความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด ในประเด็นการให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง จำนวน 10 ข้อ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

2.4 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด โดยข้อความลักษณะคำตอบมีความหมายทั้งทางบวกและลบ มีระดับการปฏิบัติ 4 ระดับ ดังนี้

- | | |
|------------------|----------------------------------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง บริโภคทุกวัน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | หมายถึง บริโภค 4-6 วันต่อสัปดาห์ |
| ปฏิบัติบางครั้ง | หมายถึง บริโภค 1-3 วันต่อสัปดาห์ |
| ไม่เคยปฏิบัติ | หมายถึง ไม่เคยบริโภคเลย |

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด ในประเด็นดังต่อไปนี้

- การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อาหารที่สะอาดปรุงสุกใหม่ เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้ 3 คะแนน
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-6 วันต่อสัปดาห์ ได้ 2 คะแนน
 ปฏิบัติบางครั้ง 1-3 วันต่อสัปดาห์ ได้ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ	ได้ 0 คะแนน
การรับประทานอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงหรือไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารหมักดอง อาหารที่ไม่สะอาด เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้ 0 คะแนน	
ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-6 วันต่อสัปดาห์	ได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 1-3 วันต่อสัปดาห์	ได้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ได้ 3 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยผ่านการตรวจสอบและได้รับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 312/2567

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

แบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด และแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.88 จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) เท่ากับ 1.0 จึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยเด็กมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยดำเนินการจัดโปรแกรมตามแนวคิดของ Precede Framework เป็นเวลา 14 วัน ประกอบด้วย กิจกรรม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เสริมสร้างความรู้ วันที่ 1

- 1) ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค (ประเภทอาหารที่เหมาะสม/อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง) แก่ผู้ปกครองและเด็ก โดยใช้สื่อ VDO และแผ่นพับ
- 2) ผู้ปกครองเข้าร่วม line OA “อาหารสำหรับเด็กที่ได้เคมีบำบัด” เมื่อมีคำถามเกี่ยวกับอาหารสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา
- 3) ผู้วิจัยนำแผ่นภาพอาหารประเภทที่เหมาะสม/อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ใช้เป็นสื่อพูดคุยกับเด็ก (อายุ 7 ปี ขึ้นไป) และสอดแทรกข้อมูลให้ความรู้

ระยะที่ 2 ปรับสภาพแวดล้อมสร้างทัศนคติ วันที่ 2

- 1) ผู้ปกครองจัดเก็บอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง/ไม่ควรรับประทาน ไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเห็นหรือหยิบจับได้ง่าย
- 2) ผู้ปกครองจัดเตรียมอาหารประเภทที่เหมาะสมและมีประโยชน์บนโต๊ะข้างเตียง ให้ผู้ป่วยเด็กเห็นได้ชัดเจนและสามารถหยิบจับได้ง่าย
- 3) สร้างบรรยากาศที่ดีมีความสุข ไม่เคร่งเครียดในการรับประทานอาหาร

ระยะที่ 3 ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร วันที่ 3 - 14

- 1) ผู้ปกครองปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการรับประทานอาหาร
- 2) ผู้วิจัยให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ปกครอง กล่าวชื่นชม เมื่อผู้ป่วยเด็กปฏิบัติตาม

โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เก็บข้อมูลของผู้ปกครอง ผู้ป่วยเด็ก แบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการของผู้ปกครองและแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเด็กโดยเน้นสอบถามที่ผู้ปกครองเป็นหลัก ในวันที่ 1 ก่อนการให้โปรแกรม

: หมายเหตุ ในประชากรเด็กที่อายุน้อยกว่า 7 ปี จะสัมภาษณ์ผู้ปกครองอย่างเดียว มี consent form (สำหรับผู้ปกครอง) และประชากรเด็กอายุตั้งแต่ 7 ปีถึงน้อยกว่า 15 ปี สามารถเข้าร่วมให้ข้อมูลได้เอง ทั้งนี้ผู้ปกครองต้องให้ข้อมูลด้วยเช่นกัน จะมี consent form (สำหรับผู้ปกครอง) และมี assent form (สำหรับผู้ป่วยเด็ก)

2. เก็บข้อมูลแบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการ ในวันที่ 1 หลังการให้โปรแกรม
3. เก็บข้อมูลแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในวันที่ 14 หลังการให้โปรแกรม
4. กรณีที่จำหน่ายผู้ป่วยเด็กก่อนครบกำหนดเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล (14 วัน) ทางผู้วิจัยจะมีการติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ ในวันที่ 7 และ 14 หลังการให้โปรแกรม

โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 31 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้

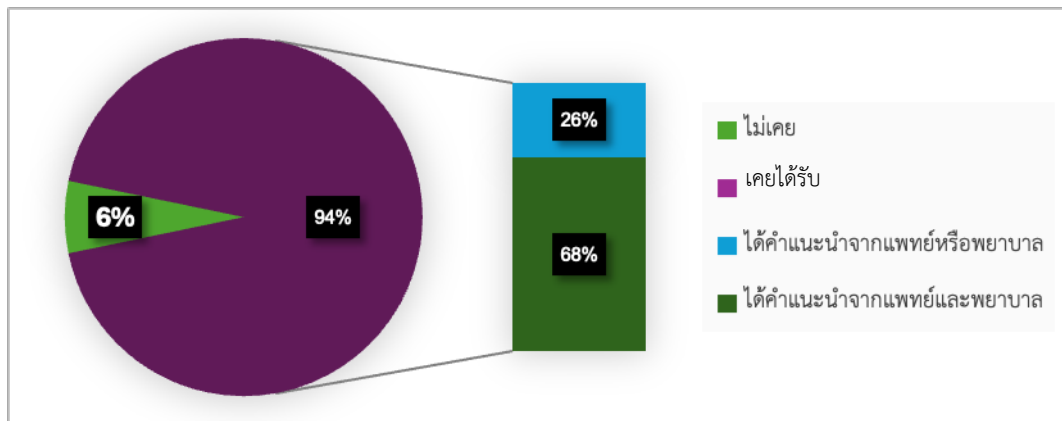
1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ปกครอง ก่อน และ หลังการให้โปรแกรม โดยสถิติ Paired t-test และสถิติการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการให้โปรแกรม และ วันที่ 14 หลังการให้โปรแกรม โดยสถิติการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
4. วิเคราะห์ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ในประเด็น ดังต่อไปนี้
 - 4.1 การให้ข้อมูลความรู้
 - 4.2 การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับประทานอาหาร
 - 4.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 31 ราย ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดา ที่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 20-40 ปี มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีถึงร้อยละ 64.5 และมีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาทต่อเดือน เมื่อพิจารณาการได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มาแล้ว ซึ่งมีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังแสดงในแผนภูมิ 1

แผนภูมิ 1 ร้อยละของผู้ป่วยและผู้ปกครองที่ได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการ



1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 31 ราย มีอัตราส่วนของผู้หญิงใกล้เคียงกับผู้ชาย (ร้อยละ 48.4) และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 8 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งชนิดเนื้องอกและมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน โดยคิดเป็นร้อยละ 45.2 และ 35.2 ตามลำดับ นอกจากนี้มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมานานน้อยกว่า 4 ปี โดยผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เบื่ออาหาร ปากแห้ง และคลื่นไส้

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน - หลังการใช้โปรแกรม

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ปกครอง

ในส่วนของการคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม พบว่า คะแนนส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ หัวข้อเกี่ยวกับชนิดของนม ($p = 0.006$) และอาหารที่อาจจะเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น อาหารหมักดอง ($p = 0.04$) อาหารดิบหรือผักผลไม้สด ($p = 0.04$) ผลไม้เปลือกบาง ($p = 0.04$) และอาหารที่ผ่านกระบวนการที่อาจจะไม่สุกทั่วถึง เช่น ปิ้งย่าง ลวก ($p = 0.02$) เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ด้านโภชนาการแยกตามหัวข้อก่อนและหลังได้รับความรู้

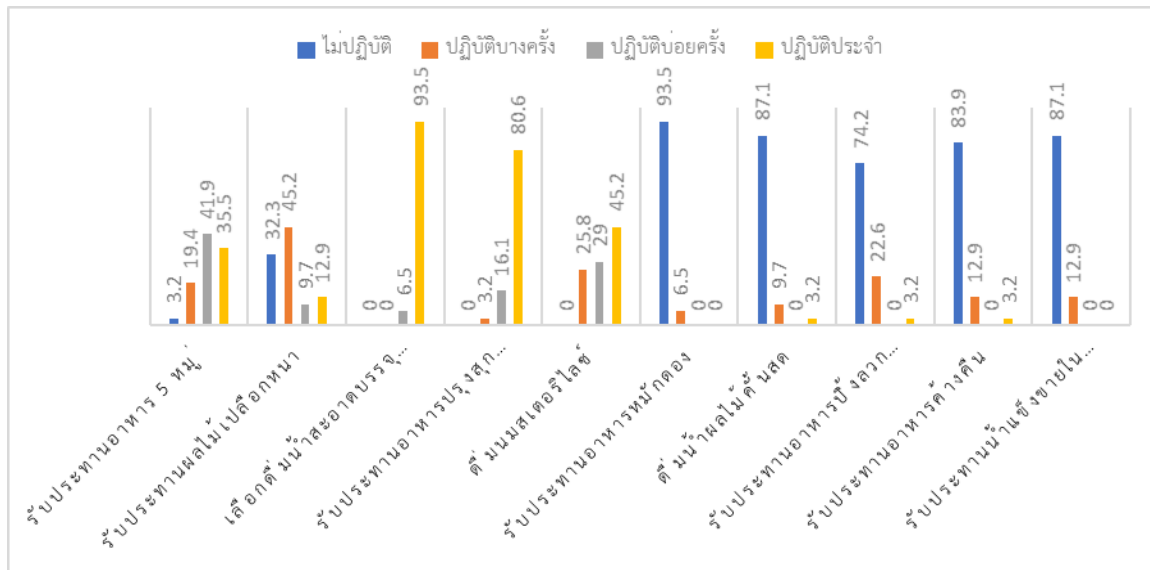
ความรู้ด้านโภชนาการ (คะแนนข้อละ 1 คะแนน)	ก่อนได้รับความรู้	หลังได้รับความรู้	P-value*
	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนเฉลี่ย	
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	0.97	1.00	0.33
รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่	1.00	1.00	NA
สามารถดื่มนมได้ทุกชนิด	0.77	1.00	0.006
หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง	0.87	1.00	0.04
สามารถรับประทานอาหารสดได้ เช่น ผัก สด สลัด ชูชิ	0.87	1.00	0.04
หลีกเลี่ยงอาหารค้างคืน	0.97	1.00	0.33
สามารถรับประทานขนมเค้กได้	0.90	1.00	0.08
สามารถรับประทานผลไม้เปลือกบางหรือ รับประทานเปลือกได้ เช่น องุ่น ลำไย ลิ้นจี่	0.87	1.00	0.04
สามารถรับประทานอาหารที่ปิ้ง ลวก ย่าง ได้	0.83	1.00	0.02
สามารถรับประทานไข่ที่ปรุงสุกทั่วถึงได้	1.00	1.00	NA

*Paired t-test; NA – not applicable

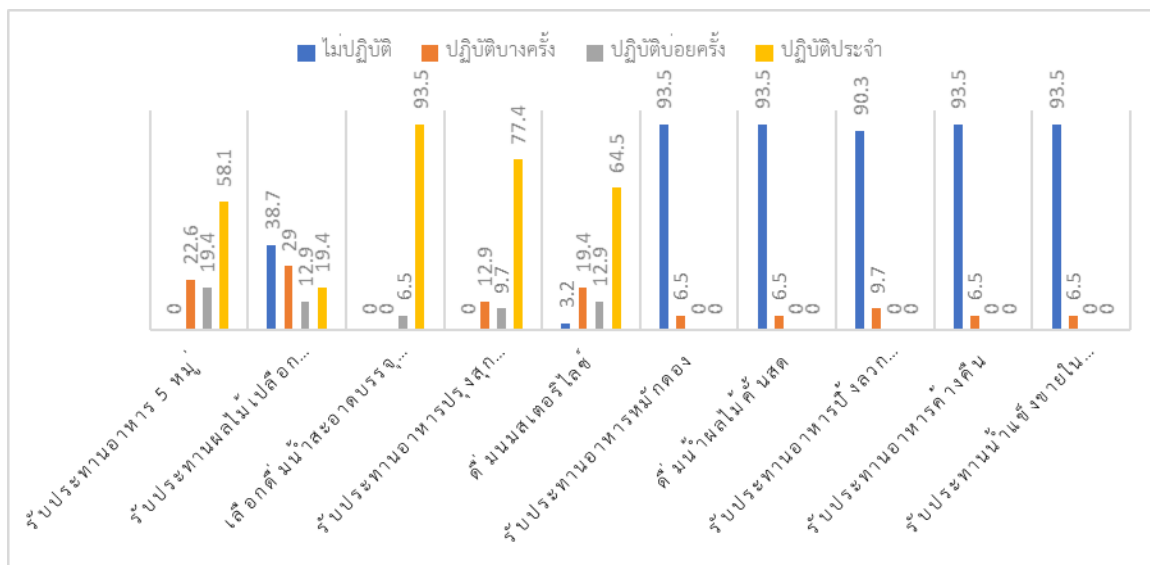
2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเด็ก

ด้านพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เป็นร้อยละของความรู้ในการบริโภคที่เหมาะสมจะพบว่า อัตราส่วนของพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ร้อยละ 58.1) และเลือกดื่มนมสเตอริไลซ์ (ร้อยละ 64.5) ในขณะที่การบริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ดื่มน้ำผลไม้คั้นสด อาหารปิ้งลวกย่างที่อาจไม่สุกทั่วถึง อาหารค้างคืน และน้ำแข็งที่ขายทั่วไปตามท้องตลาดนั้นดีขึ้น ร้อยละ 93.5, 90.3, 93.5 และ 93.5 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 และ 3

แผนภูมิ 2 ร้อยละความถี่ของพฤติกรรมกรบริโภคที่เหมาะสมตามคำแนะนำก่อนได้รับความรู้



แผนภูมิ 3 ร้อยละความถี่ของพฤติกรรมกรบริโภคที่เหมาะสมตามคำแนะนำหลังได้รับความรู้



3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนความรู้ของผู้ปกครองและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเด็ก

ซึ่งเมื่อนำไปวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multiple linear regression analysis) พบว่า อายุของผู้ป่วยมีผลต่อคะแนนความรู้ของผู้ปกครอง โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีคะแนนความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนความรู้ก่อนได้รับความรู้

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression co-efficient)	P-value*
เพศของผู้ป่วยเด็ก	0.32	0.53
อายุของผู้ป่วยเด็ก	0.01	0.03
โรคประจำตัว	-0.23	0.44
ระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัด	0.31	0.32
อายุของผู้ปกครอง	-0.03	0.95
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	0.34	0.43
รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง	-0.19	0.45
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยร่วมวิจัย	0.18	0.73
เคยได้รับคำแนะนำมาก่อน	-0.52	0.60

*Multiple linear regression

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กที่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มาก่อน จะมีคะแนนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมการบริโภคก่อนได้รับความรู้

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression co-efficient)	P-value*
เพศของผู้เข้าร่วมวิจัย	-1.40	0.20
อายุของผู้เข้าร่วมวิจัย	0.005	0.66
โรคประจำตัว	0.56	0.38
ระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัด	-0.27	0.69
อายุของผู้ปกครอง	-0.15	0.89
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	0.87	0.35
รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง	-0.09	0.87
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยร่วมวิจัย	-0.88	0.44
เคยได้รับคำแนะนำมาก่อน	4.52	0.04

*Multiple linear regression

แต่ภายหลังได้รับความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมานานกว่าจะมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) ดังแสดงในตารางที่ 4

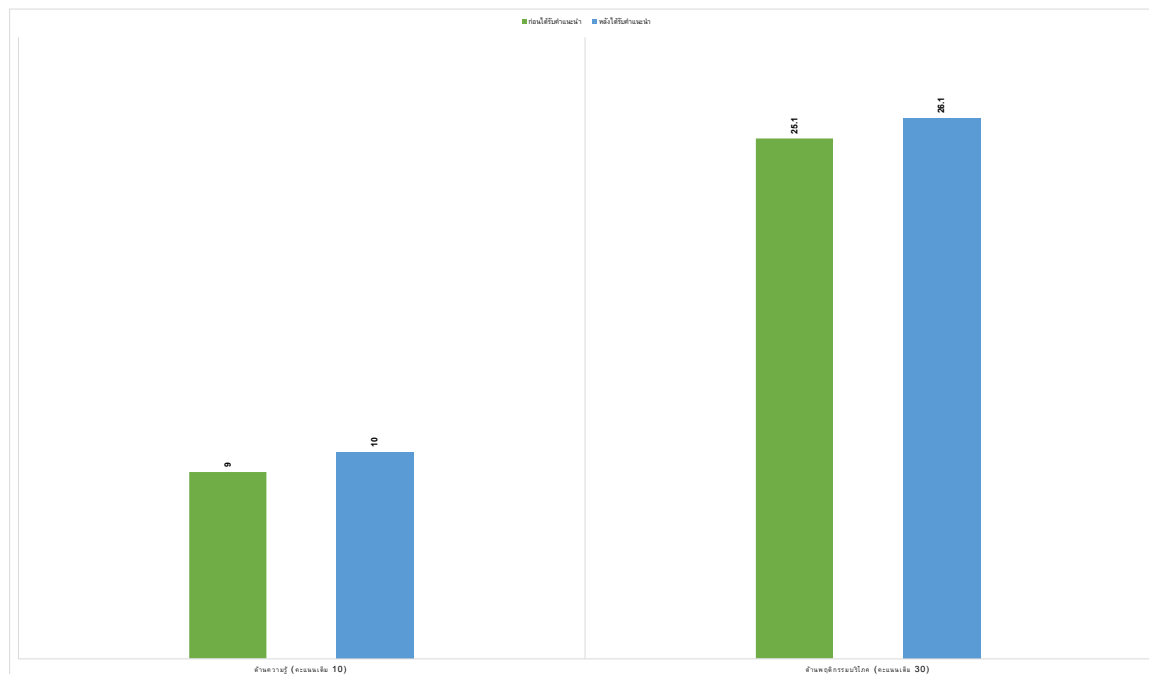
ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมการบริโภคหลังได้รับความรู้

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression co-efficient)	P-value*
เพศของผู้เข้าร่วมวิจัย	-1.25	0.19
อายุของผู้เข้าร่วมวิจัย	0.001	0.91
โรคประจำตัว	0.57	0.30
ระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัด	1.41	0.02
อายุของผู้ปกครอง	1.28	0.21
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	0.19	0.81
รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง	0.57	0.24
ความเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัย	-0.81	0.42
เคยได้รับคำแนะนำมาก่อน	1.46	0.43

*Multiple linear regression

สรุปผลคะแนนความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครองและคะแนนด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเด็กมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้งสองด้านหลังผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กได้รับความรู้คำแนะนำด้านโภชนาการจากพยาบาลผู้ทำวิจัย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และพฤติกรรมการบริโภคก่อนและหลังให้ ความรู้ด้านโภชนาการ



การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำประเด็นสำคัญมาอภิปรายผล ดังนี้

1. การให้ข้อมูลความรู้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับเด็กที่ได้รับเคมีบำบัดสูงกว่า ก่อนการให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในหัวข้อที่เกี่ยวกับชนิดของนม ($p = 0.006$) และอาหารที่อาจจะเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น อาหารหมักดอง ($p = 0.04$) อาหารดิบหรือผักผลไม้สด ($p = 0.04$) ผลไม้เปลือกบาง ($p = 0.04$) และอาหารที่ผ่านกระบวนการที่อาจจะไม่สุกทั่วถึง เช่น บั๊ว ย่าง ลวก ($p = 0.02$) และยังพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม อายุของผู้ป่วยมีผลต่อคะแนนความรู้ของผู้ปกครอง โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคะแนนความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.03$ รวมถึงผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กที่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มาก่อน จะมีคะแนนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.04$ ด้วย และภายหลังการให้โปรแกรม ในส่วนของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจะสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.02$ (ในหัวข้อที่เกี่ยวกับระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัด) ทั้งหมดนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ปกครองได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กโรคมะเร็งจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และในครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยแพทย์จะเป็นผู้แจ้งกับผู้ปกครองเด็กถึงผลการวินิจฉัยโรคและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเศศราและคณะ⁹ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ข้อมูลของบิดามารดา เด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และการศึกษาของลดาวลัยและคณะ¹⁰ ที่พบว่า ขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ปกครองได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยรวมถึงแนวทางการดูแลเด็กจากผู้ปกครองเด็กป่วยโรคเดียวกัน ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธรและฉันทิกา¹¹ ที่ศึกษาพฤติกรรมของบิดามารดาในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทุกครั้งที่ได้มารับการรักษาทั้งในหอผู้ป่วยและคลินิกโรคเลือด ดังนั้น การที่ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโภชนาการ และเห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ของผู้ป่วยเด็ก ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น
2. การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับประทานอาหารและการสร้างทัศนคติที่ดี ผลการศึกษา พบว่า กิจกรรมนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง เพื่อสร้างแรงกระตุ้นช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ โดยเริ่มจากที่ผู้ปกครองจัดสภาพแวดล้อม สร้างบรรยากาศการรับประทานอาหาร จัดเก็บอาหารที่ไม่มีประโยชน์ให้พ้นสายตาผู้ป่วยเด็กและจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ให้ผู้ป่วยเด็กเห็นและหยิบจับได้ง่าย การจัดสภาพแวดล้อมจึงมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเด็ก ด้วยการใช้รูปภาพอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ มีสีสันน่าสนใจและหลากหลาย ประกอบการอธิบายเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังที่ Piaget¹² ได้กล่าวว่า การเรียนรู้ของเด็กต้องอาศัยประสบการณ์ตรง หรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม โดยผ่านการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การฟัง การสัมผัส การมอง การได้กลิ่นและการชิมรส ทั้งนี้การรับประทานอาหารร่วมกันของผู้ปกครองกับผู้ป่วยเด็ก ยังทำให้ผู้ป่วยเด็กได้เห็นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ปกครอง เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดเป็นพฤติกรรมการเลียนแบบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอติพรและเบญจมาศ¹³ ที่พบว่า ผู้ปกครองกระทำพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับเด็กจะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพดีได้

3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เฉพาะโรคสำหรับเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัด สามารถช่วยปรับพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยเด็กให้ดีขึ้นจากเดิมได้ ซึ่งพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ได้แก่ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และเลือกดื่มนมสเตอริไลซ์ และผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเด็กสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ในหัวข้อที่เกี่ยวกับระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัด อาจเพราะผู้ปกครองได้รับความรู้และเห็นความสำคัญในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์มากขึ้น (ระยะที่1 ของโปรแกรม) ให้ความร่วมมือ โดยมีการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ (ระยะที่2ของโปรแกรม) รวมทั้งให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยเด็กปฏิบัติตาม (ระยะที่3 ของโปรแกรม) ตามแนวคิด Precede Framework เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์มากขึ้น สอดคล้องกับ New Zealand Ministry of Health¹⁴ ได้กล่าวว่า บทบาทของพ่อแม่ในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็ก ควรมีการจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมในการรับประทานอาหารให้มีความเหมาะสมห่างจากสิ่งรบกวน จัดเตรียมอาหารให้มีปริมาณที่เหมาะสมกับวัย สร้างบรรยากาศที่ดี มีการรับประทานอาหารร่วมกันภายในครอบครัว รวมทั้งมีการส่งเสริมทัศนคติที่ดีด้านสุขภาพที่ได้จากการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ของเด็ก โดยสามารถสรุปบทบาทของผู้ปกครองได้ 3 ด้านใหญ่ๆ คือ ด้านการเป็นแบบอย่าง ด้านการจัดบรรยากาศ และด้านการสนับสนุน

สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยเด็ก พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับที่ดีขึ้นในทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองรับรู้โรคมะเร็งเป็นโรครุนแรงที่ทำให้เด็กเสียชีวิตได้¹⁵ สาเหตุสำคัญอีกประการที่นำไปสู่การเสียชีวิตคือการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาด้วยยาที่กดภูมิคุ้มกัน¹⁶ จึงอาจทำให้ตระหนักถึงความสำคัญรวมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในการดูแลเลือกอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคให้มากที่สุด ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยเด็กดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรจัดให้ผู้ปกครองและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้รับความรู้ด้านอาหารเฉพาะโรคสำหรับเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆให้มากยิ่งขึ้น
2. บุคลากรด้านการพยาบาลควรให้กำลังใจและคำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการทำกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในเรื่องเดียวกันนี้ แต่ใช้ระยะเวลาให้นานขึ้น รวมทั้งมีกิจกรรมหรือวิธีการในการส่งเสริมพฤติกรรมเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น
3. ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลการรับประทานอาหารที่แท้จริงของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เช่น แบบบันทึกข้อมูลอาหาร (food record) หรือ แบบสอบถามความถี่ของการบริโภคอาหาร (food frequency questionnaire) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Source: Globocan [Internet].2021 [cited 2023 Dec 14]; <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>
2. National Cancer Institute. NATIONAL CANCER INSTITUTE:NCCR Explorer [Internet].2020 [cited 2023 Dec 14]; <https://nccrexplorer.ccdi.cancer.gov/application.html>
3. นุตตรา สุวันทาร์ตน์. 5โรคมะเร็งร้ายในเด็ก. [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/มะเร็งในเด็ก>
4. Saengsipanthkul S. Hospital-acquired malnutrition in paediatric patients: a multicentretrial focusing on prevalence, risk factors, and impact on clinical outcomes. Eur J Pediatr. 2021;180(6):1761-67.
5. De Naurois J, Novitzky-Basso I, Gill MJ, Marti FM, Cullen MH, Roila F, et al. Management of febrilneutropenia:ESMO clinical practice guidelines. Ann Oncol. 2010;21 Suppl 5:v252-6. doi: 10.1093/annonc/mdq196.
6. นิสารัตน์ ชูชาญ, ภาณุวัฒน์ นิ่มนวล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับเด็กอนุบาลในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. วารสารครุศาสตร์. 2023;50(2):7-8.
7. เกศรา แสงงาม, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, กมลวรรณ ภูวัฒนานนท์. การพัฒนาความรู้และการ ปฏิบัติของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2545;23(2):261-268.
8. ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์, เกศรา แสงงาม, กมลวรรณ ภูวัฒนานนท์, เยาวภา จารุณเศรษฐ์, นิตยา ปัญจมิตร. การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล. วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 2542;3(2):148-171.
9. ศศิธร วรรณพงษ์, ฉันทิกา จันทรเปี้ย. พฤติกรรมของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2543;18(2):44-55.
10. Piaget J. The origins of intelligence in children. W.W. Norton & Company. 1963.
11. อติพร สำราญบัว, เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. พฤติกรรมสุขภาพทางเลือกที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2560;23(2):121-132.
12. New Zealand Ministry of Health. Food and nutrition guidelines for healthy children and young people (aged 2-18 years). Ministry of Health. 2012:80-95.
13. ปัจจะ กุลพงษ์. โรคมะเร็งในเด็ก. หน่วยโลหิตวิทยาและโรคมะเร็ง ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2540.
14. จันจิรา จิตต์วิบูลย์. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา. 2543:6-43.

Received: 7 Feb 2025, Revised: 1 Mar 2025

Accepted: 18 Apr 2025

บทความวิจัย**ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม**

นพดล ทองอร่าม¹ กนกพร สมพร^{2*} คอริเยาะ จาดาเ๊ะ²
วาสิณี สุวรรณมณี² มาวัระห์ มาหะมะ² ลลิตภัทร โสมณทา²

บทคัดย่อ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ อสม. รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นการวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวางระหว่างเดือนธันวาคม 2567 – มกราคม 2568 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก อสม. ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 286 คน ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.20) อายุระหว่าง 41–60 ปี (ร้อยละ 49.70) และมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง แต่มีทักษะการจัดการตนเองและการสื่อสารในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะทักษะการจัดการตนเอง ($r = .26, p < .01$) และทักษะการสื่อสาร ($r = .25, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะสุขภาพของ อสม. เพื่อให้สามารถเป็นต้นแบบและให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ประชาชนในชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{2*}สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

*Corresponding Author: Kanokporn Somporn, E-mail: Kanokporn.so@ssru.ac.th

*Original Article***Health literacy Related to Self Health-care Behaviors
of Village Health Volunteers, Mueang District, Samut Songkhram Province**

Nopadol Thongaram¹ Kanokporn Somporn^{2*} Khoriyoh Chadareh² Wasinee
Suwanmanee² Mawardah mahama² Lalitpat Somontha²

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) represent a significant public health concern that is directly linked to people's health behaviors. Village Health Volunteers (VHVs) play a vital role in promoting community health, and having good health literacy enables them to manage their own health appropriately. This research aimed to examine personal factors, health literacy, and self-care behaviors of VHVs, as well as to investigate the relationship between health literacy and health behaviors. This cross-sectional study was conducted from December 2024 to January 30, 2025, collecting data from 286 VHVs in Mueang District, Samut Songkhram Province, using a statistically validated questionnaire. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. The findings revealed that the majority of VHVs were female (82.20%) and aged between 41-60 years (49.70%), with an overall moderate level of health literacy. When analyzing individual dimensions, VHVs demonstrated high levels of health knowledge but moderate levels of self-management and communication skills. Pearson's correlation coefficient analysis indicated a positive relationship between health literacy and health behaviors. Specifically, self-management skills ($r = .26, p < .01$) and communication skills ($r = .25, p < .01$) showed the strongest correlations with self-care behaviors. These findings highlight the importance of developing VHVs' health knowledge and skills to enable them to serve as role models and provide accurate health guidance to community members.

Keywords: Health literacy Health behaviors Village Health Volunteers Self-management
Communication skills

บทนำ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกพื้นที่ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สาเหตุสำคัญล้วนมาจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในการแก้ปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง¹ โดยการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม การปลูกฝังให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาสุขภาพดังกล่าว เพื่อประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้² ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างใกล้ชิด

องค์การอนามัยโลก (2020) พบว่า ประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุดมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 57 ล้านคน โดยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 9.2 ล้านคน³ สำหรับประเทศไทยในปี 2560 พบว่าคนไทยมีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดถึง 326,946 คน และเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดถึง 20,746 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 57 คน และมีแนวโน้มการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ⁴

กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (2565) รายงานสาเหตุการตายในข้อมูลมรณบัตรพบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือดและอุบัติเหตุจากคมนาคมขนส่งทางบกอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คนเท่ากับ 124.8, 58, 54, 35, 26.4 ตามลำดับ ทำให้รัฐบาลไทยต้องสูญเสียเงินงบประมาณจำนวนมาก⁵ โรคต่างๆที่เป็นสาเหตุการตายดังกล่าวเป็นผลเนื่องมาจากการดำเนินชีวิตและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความสนใจละเลยต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวตั้งแต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดการผ่อนคลายความเครียดรวมถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราผลที่ตามมาคือปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนและได้รับการพัฒนาอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝึกฝนพัฒนาตนเอง และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในชุมชน⁶ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จึงจำเป็นต้องรู้ เข้าใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ แก่ประชาชนที่ถูกต้อง รวมถึงสามารถวางแผนงานเพื่อพัฒนา และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายในชุมชนได้⁷ การที่จะป้องกันและลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีลดลงได้นั้นมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งการสร้างความรอบรู้คือเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มากขึ้น เพื่อหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมุ่งในการพัฒนาศักยภาพของคน ประชากรในสังคม ให้มีความสามารถในการ ค้นหาข้อมูล คำตอบที่ต้องการ เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น ตรวจสอบและสามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่รับมา และสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยใช้ประโยชน์ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และความรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้ประชาชนในสังคมเกิดสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน⁸ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและสามารถปรับตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่

ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์เนื้อหาหรือสื่อที่นำเสนอได้อย่างเหมาะสม และ ตัดสินใจ ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่⁹

จังหวัดสมุทรสงครามมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ทั้งหมด 921 คน โดยแบ่งเป็นตำบลแม่กลอง 162 คน ตำบลลาดใหญ่ 22 คน ตำบลบางจะเกร็ง 51 คน ตำบลนางตะเคียน 87 คน ตำบลคลองโคน 52 คน ตำบลคลองเขิน 71 คน ตำบลแหลมใหญ่ 107 คนตำบลท้ายหาด 40 คน ตำบลบางแก้ว 94 คน ตำบลบ้านปรก 56 คน ตำบลลาดใหญ่ 99 คน ตำบลบางขันแตก 80 คน¹⁰ กระจายอยู่ในทุกหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้คนในชุมชนมีบทบาทในการแก้ปัญหาหรือลดอัตราการป่วย ตายพิการในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้ ประสานงาน กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข เพื่อสามารถดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน คือด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ¹² จึงได้มีการสำรวจเพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) เพื่อให้มีพฤติกรรมปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง¹³ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r=337$)เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีจึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา¹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2สอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.70 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.06 โดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.058$ $p=.000$)¹⁴

จากสถานการณ์และความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขระดับชุมชน และมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ผลการศึกษาจะทำให้ทราบถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ซึ่งจะเป็ข้อมูลสำคัญสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 –มกราคม 2568 มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวนทั้งสิ้น 921 คน¹⁰

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Danaiel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่น (Confidence Level) 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้(e) 0.05 สัดส่วนประชากร(p) 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 272 คน แต่ทั้งนี้เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือการตอบแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 286 คน ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบมีระบบ(Systematic Random Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เทียบสัดส่วนประชากรตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้กับตำบลและหมู่บ้าน ตามจำนวนสถานบริการที่มีใน 12 ตำบล จำนวน 23 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง ตามจำนวนที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อทั้งหมดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง ในแต่ละหมู่บ้านจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่คำนวณได้

โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ของอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 2. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 3. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ที่สามารถอ่านออก เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออกการเข้าร่วมการวิจัย 1. ลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย 2. ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพโรคประจำตัว ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลสุขภาพ โดยมีขอบเขตครอบคลุมตั้งแต่การใช้ยาอย่างถูกวิธี การป้องกันโรค การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ไปจนถึงพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน โดยให้เลือกตอบ ถ้าตอบถูก จะได้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพของบุคคลตั้งแต่การค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ การทำความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ ไปจนถึงการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการรับและส่งสารเกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการฟัง พูด อ่าน เขียน และการใช้ภาษากาย รวมถึงความมั่นใจในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับผู้อื่น และความสามารถในการโน้มน้าวใจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะสำคัญในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การตั้งเป้าหมายสุขภาพ และการดูแลตนเองเบื้องต้น มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล การประเมินผลดี-ผลเสีย และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างเหมาะสม ทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่ปลอดภัยและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ด้านที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการวิเคราะห์ ตีความ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่างๆ รวมถึงการติดตามข่าวสารสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการนำข้อมูลที่ผ่านการกลั่นกรองไปใช้ประโยชน์ทั้งต่อตนเองและชุมชน เพื่อการบริโภคข้อมูลสุขภาพอย่างชาญฉลาด มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ด้านที่ 2 – 6 โดยรายข้อที่เป็นเชิงบวกมีการให้คะแนนระหว่างปฏิบัติมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งคะแนนจะลดลง ตามลำดับจนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนรายข้อเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้ามกัน และใช้เกณฑ์ของ Best (1981)¹⁶ เพื่อการวิเคราะห์ในการแบ่งระดับโดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ คือ 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 3 อ. 3 ล. จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์การผ่อนคลายความเครียด การลดสุรา การลดบุหรี่ และการลดความอ้วน โดยรายข้อที่เป็นเชิงบวกมีการให้คะแนนระหว่างปฏิบัติมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งคะแนนจะลดลงตามลำดับจนถึงไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนรายข้อเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้ามกัน และใช้เกณฑ์ของ Best (1981)¹⁶ เพื่อการวิเคราะห์ในการแบ่งระดับโดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ คือ 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านสาธารณสุข 1 ท่าน นักวิชาการสำนักงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุข 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.84

จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient)¹⁷ ทั้งฉบับเท่ากับ 0.921 และแบบสอบถามแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.76 ทักษะการสื่อสาร เท่ากับ 0.81 ทักษะการตัดสินใจ เท่ากับ 0.78 ทักษะการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.82 และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ 0.75 ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ Kuder- Richardson: KR-20¹⁸ มีค่าเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลัก โดยมีผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยตรง ทั้งนี้ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การบันทึกคำตอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลงในแบบสอบถาม จากนั้นทำการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล เมื่อข้อมูลผ่านการตรวจสอบแล้ว จึงนำไปลงรหัสเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้วิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้สถิติเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁹

ค่า r ระหว่าง $\pm .01$ ถึง $\pm .29$ หมายถึง ระดับต่ำ

ค่า r ระหว่าง $\pm .30$ ถึง $\pm .49$ หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่า r ระหว่าง $\pm .50$ ถึง ± 1.00 หมายถึง ระดับสูง

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เคารพความเป็นส่วนตัว และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งข้อมูลการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างอย่างเพียงพอ การขอความยินยอมต่อกลุ่มตัวอย่างและเก็บรักษาความลับของข้อมูลวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA. 1-045/2024 ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 286 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 82.17 มีช่วงอายุ 41 – 60 ปี ร้อยละ 49.65 น้ำหนัก 40.01 – 80 กิโลกรัม ร้อยละ 90.91 ส่วนสูง 150.01 – 160 เซนติเมตร ร้อยละ 54.55 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน 24.90 ขึ้นไป ร้อยละ 45.45 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.27 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.87 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.94 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.01 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.76 ระยะเวลาที่ทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 1 – 15 ปี ร้อยละ 65.05 และเป็นอาสาสมัครอื่นๆ รวมด้วย ร้อยละ 48.60

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean = 13.17, SD= 1.84) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 39.10, SD= 4.94) ทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 36.85, SD= 5.48) ทักษะการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 37.22, SD= 5.14) ทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 37.61, SD= 5.29) การรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 37.05, SD= 5.49) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=286)

ข้อคำถาม	M	SD	แปลผล
1. ความรู้ด้านสุขภาพ	13.17	1.84	สูง
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	39.10	4.94	ปานกลาง
3. ทักษะการสื่อสาร	36.85	5.48	ปานกลาง
4. ทักษะการจัดการตนเอง	37.22	5.14	ปานกลาง
5. ทักษะการตัดสินใจ	37.61	5.29	ปานกลาง
6. การรู้เท่าทันสื่อ	37.05	5.49	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 3อ. 3ล.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ. 3ล. พบว่า การบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 16.64,SD= 2.57) การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 17.25,SD= 4.14) การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 17.53,SD= 3.38) การลดบุหรี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 23.26,SD= 3.19) การลดสุราอยู่ในระดับสูง (Mean= 22.53,SD= 3.42) การลดอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 16.74,SD= 3.59) รายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 3อ. 3ล.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม (n=286)

ข้อความถาม	M	SD	แปลผล
1.การบริโภคอาหาร	16.64	2.57	ปานกลาง
2.การออกกำลังกาย	17.25	4.14	ปานกลาง
3.การจัดการความเครียด	17.53	3.38	ปานกลาง
4.การลดบุหรื	23.26	3.19	สูง
5.การลดสุรา	22.53	3.42	สูง
6.การลดอ้วน	16.74	3.59	ปานกลาง

4. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้สถิติเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 3อ3ล กับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .09$ ถึง $.26$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านพบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงที่สุด ($r = .26, p < .01$) รองลงมาคือ ทักษะการสื่อสาร ($r = .25, p < .01$) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ($r = .23, p < .01$) ทักษะการตัดสินใจ ($r = .19, p < .01$) การรู้เท่าทันสื่อ ($r = .14, p < .01$) และความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ($r = .09, p < .01$) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .47$ ถึง $.63$) โดยทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับทักษะการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ ($r = .63, p < .01$) อย่างไรก็ตาม พบว่าความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับองค์ประกอบอื่นๆ โดยมีทั้งความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบ ($r = -.05$ ถึง $.06, p < .01$) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงครามกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้สถิติเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ตัวแปร	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 3อ. 3ล. (Y)	1.00	.09**	.23**	.25**	.26**	.19**	.14**
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (X ₁)		1.00	.03**	-.01**	-.05**	.06**	-.03**
การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ(X ₂)			1.00	.52**	.54**	.53**	.50**
ทักษะการสื่อสาร (X ₃)				1.00	.61**	.60**	.47**
ทักษะการจัดการตนเอง (X ₄)					1.00	.63**	.49**

ตัวแปร	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
ทักษะการตัดสินใจ(X ₅)						1.00	.63**
การรู้เท่าทันสื่อ(X ₆)							1.00

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า

1. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ($r = .09, p < .01$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพที่มากพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขภาคประชาชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงอาจส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี สอดคล้องกับวิจัยของ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว¹ พบว่าความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับดีมาก ($X = 23.65, SD = 3.26$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีความสามารถและทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ กล้าซักถาม ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อบุคคล และครอบครัว และชุมชนนำไปปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของปรารค์ทิพย์ อูจะรัตน์ และคณะ²⁰ ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพในระดับดีสูงสุด ร้อยละ 25.70 จึงทำให้เชื่อได้ว่าความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจะเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ค่า r ที่ระดับ .09 สะท้อนถึงความสัมพันธ์ที่ต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของความรู้ที่แม้จะอยู่ในระดับสูง แต่ไม่ได้ถูกแปลงเป็นการปฏิบัติจริงโดยตรง การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจ แรงสนับสนุนจากสังคม และโอกาสในการลงมือทำร่วมด้วย จึงสะท้อนให้เห็นว่า ความรู้ในตนเองแม้จะสำคัญ แต่หากขาดปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ย่อมไม่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างชัดเจน

2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ($r = .23, p < .01$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษาของ กิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ²¹ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลที่ต้องช่วยเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $< .05$

3. ทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ($r = .25, p < .01$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม มีความรู้ทักษะด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทรรศนีย์ บุญมัน¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะด้านการสื่อสารอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 54.30 และสอดคล้องกับ เนตรนภา กาบมณี และคณะ²² พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพโรค การรักษา และการดูแล

ตนเองได้ดียิ่งขึ้น เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษา การเลือกอาหารที่เหมาะสม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการใช้ยาอย่างถูกต้อง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารจะช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ค่าความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับปานกลางของทักษะการสื่อสารเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ สะท้อนให้เห็นว่า การถ่ายทอดข้อมูล การโต้ตอบ และการเจรจาต่อรองในบริบทสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ความรู้ถูกแปลงเป็นพฤติกรรม

4. ด้านการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ($r = .26, p < .01$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม มีทักษะด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอาภรณ์ คำก้อน และคณะ²³ ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ผลการวิเคราะห์การจัดการสุขภาพตนเองส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 37.14 , 48.57 ตามลำดับและสอดคล้องกับพรรชนี บัญมั้น¹² กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 44.50 อธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสงครามมีทักษะด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสามารถบริหารจัดการเวลาของตนเองได้ พัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถปรับปรุงแรงจูงใจและลักษณะนิสัยของตนเอง มีความสามารถในการสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีความรู้สึกหรือเจตคติเชิงบวก มีความเป็นอิสระและมีความสุขมากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีตามไปด้วย จากผลการวิจัยดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าทักษะการจัดการตนเอง เช่น การกำหนดเป้าหมายสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจในตนเอง และการควบคุมอารมณ์ มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก เพราะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการลงมือทำจริง และการรักษาพฤติกรรมเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง

5. ทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ($r = .19, p < .01$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรรชนี บัญมั้น¹² ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.70 จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม มีทักษะการตัดสินใจและ สอดคล้องกับอารีย์ แร่ทอง² ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลอินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราชผลการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 30 2ส ส่วนใหญ่มีการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมากคือ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 30 2ส ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัดร้อยละ 55.20 ดังนั้นแม้การตัดสินใจจากผลการศึกษาจะอยู่ในระดับปานกลางแต่แสดงให้เห็นว่าเป็นทักษะสำคัญในการเลือกแนวทางสุขภาพที่ถูกต้อง แต่หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลและการฝึกฝนอย่างเป็นระบบ ทักษะนี้อาจไม่ถูกนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

6. การรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ($r = .14, p < .01$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งงานวิจัยของพรรชนี บัญมั้น¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดีมากร้อยละ 54.80 และการศึกษาวิจัยของอุไรรัตน์ คูหมะณี และคณะ²⁴ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดี (Mean=19.24,SD=3.50) อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสงครามมีการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลางคือมีความสามารถในการตีความวิเคราะห์แยกแยะเนื้อหาสาระของสื่อสามารถโต้ตอบได้อย่างมีสติและรู้ตัวประเมินสิ่งที่สื่อนำเสนอว่ามีคุณภาพและคุณค่าเพียงใดเลือกรับสื่อเป็นสงสารต่อได้มี ปฏิกริยา

ตอบกลับสื่อได้และนำสิ่งที่เป็ประโยชน์ไปวิเคราะห์ใหม่หลงเชื่อเนื้อหาที่อ่านได้ยินได้ฟังแต่สามารถคิดวิเคราะห์สงสัยและรู้จักตั้งคำถามว่าสิ่งนั้นเป็นเรื่องจริงหรือไม่ใครเป็นคนให้ข้อมูลเขาต้องการสื่ออะไรหวังผลอะไรหรือมีอะไรแอบแฝงในการสื่อสารซึ่งทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสงครามมีการรู้เท่าทันสื่อและสามารถนำมาปรับใช้กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยพบความสัมพันธ์ในทุกด้านที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ จากการค้นพบของการวิจัยที่พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = .26$) รองลงมาคือทักษะการสื่อสาร ($r = .25$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างทักษะทั้งสองด้านดังกล่าวเป็นพิเศษ เนื่องจากจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ซึ่งผลการวิจัยนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐาน เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี จะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนในชุมชนอีกด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยเฉพาะความรู้ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสะท้อนว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองและทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุดกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนที่มีเป้าหมายเฉพาะด้าน ชัดเจน และสามารถประเมินผลได้ในระดับปฏิบัติการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนางานวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่เมืองและชนบท โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ที่ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เข้าใจถึงความแตกต่างของบริบทที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ควรพัฒนารูปแบบการวิจัยให้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการและมีการติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเองและการสื่อสาร
2. ด้านเครื่องมือวิจัย ควรพัฒนาแบบประเมินที่เน้นการวัดทักษะการปฏิบัติงานจริงและความสามารถในการสื่อสารกับชุมชน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือและสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม. ต้นแบบ สำหรับการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย รวมถึงควรผลักดันให้มีแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการพัฒนาทักษะที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพชุมชนโดยประชาชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตภณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ขุนแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2565;14(1):206–16.
2. อารีย์ แร่ทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(3):62–70.
3. World Health Organization. Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes. Geneva: World Health Organization; 2020.
4. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันหัวใจโลก ปี 2562 “Be A Heart Hero...Make A Heart Promise จงกล้าท้าทาย พันธสัญญาแห่งใจ” เผยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ1 ของโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/doe/news.php?news=9632&deptcode=>
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสาเหตุการตายในข้อมูลมรณบัตร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/>
6. อรเกษม บังคมเนตร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในอำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://mis2.kpo.go.th/r2rkm/file/20220422154108.pdf>
7. ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ, พลอยไพลิน จันทรมณี. การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/show_topic.php?id=12
8. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hed.go.th/>
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
10. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสงคราม. ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองสมุทรสงคราม. 2567.
11. สุชาติ อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ, ธิติรัตน์ ราศิริ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(2):80–97.
12. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น. 2566;4(1):137–52.
13. จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบจังหวัดกระบี่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2564; 6(3): 121-130.

14. ประไพพิศ สิงหเสน, พอเพ็ญ ไกรนรา, วรารัตน์ ทิพย์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุดรดิตถ์. 2562;11(1):37–51.
15. จักรพงษ์ ชมวงษา, ณฐา เมธาบุษยาธร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสระบุรี. วารสารนวัตกรรมการสุขภาพและความปลอดภัย. 2567;1(3):1–15.
16. Best JW. Research in Education. 4th ed. New Delhi: Prentice Hall of India Pvt. Ltd.; 1981.
17. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psychometrika. 1951;16(3):297–334. doi:10.1007/BF02310555
18. Kuder GF, Richardson MW. The Theory of the Estimation of Test Reliability. Psychometrika. 1937;2(3):151–60. doi:10.1007/BF02288391
19. เชษฐภูมิ วรรณไพศาล. เครื่องมือการวิจัยทางสังคมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: ศูนย์บริหารงานวิจัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
20. ปราณีทิพย์ อูจะรัตน์, ปราณี ทัดศรี, ดวงนภา บุญส่ง. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(3):14–24.
21. กิตติพงษ์ เรือนเพชร, ยุวดี งอมสัด, นิภา สุทธิพันธ์, ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, ปณณทัต บนขุนทด, เมธา พันธุ์รัมย์. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2563;17(2):479–492.
22. เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อู่เจริญ, จิตติวรรณ โยธาทัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2564;24(1):23–33.
23. อาภรณ์ คำก้อน, สุพัตรา บัวที, อัจฉรา ชัยชาญ, บุญญภัฏร์ ภูมิภู, กัญจน์นิชา เรืองชัยวิสุข. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565;28(2):1–16.
24. อุไรรัตน์ คูหมะณี, ยุวดี รอดจากภัย, นิภา มหาราชพงศ์. ความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. 2563;45(1):137–142.

Received: 12 Feb 2025, Revised: 3 Mar 2025

Accepted: 12 Mar 2025

บทความวิจัย**การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย
อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา****ธัญรัตน์ สังขนิตย์¹ ประจวบ แหลมหลัก^{2,*}****บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการวิจัย โดยการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอย สำรวจและวิเคราะห์ปัญหาการจัดการมูลฝอยด้านความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมจาก 90 ตัวแทนครัวเรือน เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์สภาพการณ์ของชุมชน และ 2) ระยะดำเนินการวิจัยตามวงจรของ Kemmis & McTaggart กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าบ้านหรือตัวแทนเจ้าบ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในระดับต่ำถึงปานกลาง จึงทำแผนแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมมีส่วนร่วมใน 3 กิจกรรมหลักคือ 1) ป่าสักสร้างสรรค์ รู้ ร่วมจัดการมูลฝอย 2) มหัศจรรย์มูลฝอยอินทรีย์ และ 3) ป่าสักคัดแยก หลังดำเนินการส่งผลให้ระดับความรู้เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 8.87 (SD = 1.89) เป็น 12.45 (SD = 1.67) พฤติกรรมการคัดแยกขยะเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 34.04 (SD = 5.65) เป็น 42.76 (SD = 4.92) และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 15.92 (SD = 4.87) เป็น 20.77 (SD = 3.90) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนป่าสักที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมที่ดีขึ้น รวมถึงส่งเสริมความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อมและการบริหารจัดการขยะของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การมีส่วนร่วม รูปแบบการจัดการมูลฝอย¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author E-mail : drpj999@gmail.com

Original Article

The development of the solid waste management model with participation Pasak community, Sri toy sub-district, Mae Jai district, Phayao province.

Tanvarat Sangkanit ¹, Prachuab lamluk ^{2,*}

Abstract

This action research aimed to develop a community-based participatory solid waste management model in Pasak, Sri Thoi Subdistrict, Mae Chai District, Phayao Province. The study was divided into 2 phases: 1) Pre-research phase by studying concepts and theories related to solid waste management, surveying and analyzing solid waste management problems in terms of knowledge, behavior, and participation from 90 household representatives to provide data for analyzing the community situation, and 2) Research implementation phase according to Kemmis & McTaggart cycle. The target groups were householders or representatives of households, village committees, communities, and officers responsible for environmental management. Both quantitative and qualitative data were collected. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired sample t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results of the study found that people had low to moderate levels of knowledge, behavior, and participation. Therefore, a problem solving plan was developed which consisted of participation in 3 main activities: 1) Creative Pasak, Knowing and Participating in Waste Management 2) Organic Waste Miracle and 3) Pasak Sorting. After the implementation, the knowledge level increased from a mean of 8.87 (SD = 1.89) to 12.45 (SD = 1.67), waste separation behavior increased from a mean of 34.04 (SD = 5.65) to 42.76 (SD = 4.92) and the participation level increased from a mean of 15.92 (SD = 4.87) to 20.77 (SD = 3.90), which were statistically significant ($p < 0.01$). In conclusion, the developed community participatory waste management model of Pasak resulted in people having better knowledge and behavior, as well as promoting environmental sustainability and effective waste management in the community.

Keywords: Participation Solid Waste Management Model

¹Master of Public Health, School of Public Health student, University of Phayao

²*School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author E-mail : drpj999@gmail.com

บทนำ

มูลฝอยนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในหลายพื้นที่ของประเทศไทยนั้นจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากปริมาณขยะมูลฝอยที่ผลิตเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสาเหตุเกิดจากการเพิ่มจำนวนของประชาชน การขยายตัวทางเศรษฐกิจอุตสาหกรรมและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี¹ จากการเพิ่มจำนวนของประชากรในปัจจุบัน ส่งผลต่อการขยายตัวทาง เศรษฐกิจ ประชากรมีการบริโภค การใช้สอย ทรัพยากรในชีวิตประจำวัน ซึ่งภายหลังจากการบริโภคจะเหลือวัสดุเหลือใช้ ขยะทั้งที่สามารถย่อยสลายได้และไม่สามารถย่อยสลายได้ เมื่อไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้องจึงก่อให้เกิดปริมาณขยะที่ตกค้างและเกิดขึ้นใหม่ สร้างมลภาวะทางสิ่งแวดล้อมโดยปริยาย²

จังหวัดพะเยา พบว่ามีปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชนที่เกิดขึ้นนั้น 271 ตันต่อวัน มีปริมาณขยะมูลฝอยที่กำจัดไม่ถูกต้องมากถึง 103 ตันต่อวัน³ ขณะเดียวกันจากการสำรวจข้อมูลโดยอำเภอแม่ใจ ชุมชนป่าสักมีจำนวนประชากร 498 คน จำนวนหลังคาเรือน 192 หลังคาเรือน⁴ เป็นชุมชนชนบทติดแม่น้ำลำธาร ซึ่งเป็นทางผ่านไปแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติรวมถึงแหล่งเกษตรกรรมไม่ผล ด้วยความเจริญที่เข้ามา การพัฒนาสาธารณูปโภค ตลาดร้านค้าชุมชน การเพิ่มขึ้นของประชากร ประกอบกับพื้นที่ที่อยู่อาศัยอย่างจำกัด มีปริมาณมูลฝอยประมาณ 97 กิโลกรัมต่อวัน อัตราการผลิตมูลฝอยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 0.19 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน⁵ จากการสนทนากลุ่มตัวแทนประชาชนในชุมชนป่าสักถึงวิธีการกำจัดมูลฝอยในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนในพื้นที่มีวิธีการกำจัดมูลฝอยที่ไม่ถูกวิธี ส่วนมากจะใช้วิธีเผามูลฝอยในที่โล่งแจ้ง กองมูลฝอยทิ้งไว้รวมกัน ทั้งมูลฝอยตามที่สาธารณะ แม่น้ำลำธาร พื้นที่สวนชุมชน ตามลำดับ และจากการลงพื้นที่สำรวจข้อมูลของชุมชนป่าสักเบื้องต้น ด้วยการทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการคัดแยกมูลฝอย⁶ พบว่าประชาชนมีความรู้ในระดับต่ำ ที่ร้อยละ 53.3

จากปัญหาดังกล่าว นับว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนชุมชนป่าสัก ทำให้เทศบาลตำบลศรีถ้อย และหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักในการบริหารจัดการมูลฝอยชุมชน ด้วยปริมาณมูลฝอยที่มีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี รวมทั้งมีการกำจัดมูลฝอยที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานราชการราชการส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการมูลฝอย เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้เรียนรู้ร่วมกันในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยนี้เป็นกระบวนการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมในชุมชนป่าสัก ในการจัดการมูลฝอยตั้งแต่การเรียนรู้การสร้างความรู้ในการจัดการมูลฝอยที่เหมาะสมกับบริบทในชุมชน โดยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามขั้นตอนของ Kemmis & McTaggart⁷ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน(Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติการ (Action) ขั้นการสังเกตการณ์(Observation) และขั้นการสะท้อนผล(Reflection) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนในชุมชนเห็นคุณค่าและเกิดจิตสำนึกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และร่วมด้วยช่วยกันในการจัดการมูลฝอยในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ให้เหลือน้อยที่สุด ด้วยกระบวนการจัดการขยะที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม มาเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษา ตามขั้นตอนของ

Kemmis & McTaggart ได้แก่ ขั้นตอนวางแผน (Planning) ขั้นตอนมือปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาปัญหาและสถานการณ์มูลฝอยของชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าของบ้านหรือตัวแทนเจ้าของบ้านที่อาศัยในชุมชนป่าสัก ที่อาศัยในชุมชนป่าสัก มากกว่า 6 เดือน มีอายุ 18 – 65 ปี จำนวนทั้งสิ้น 192 ครัวเรือน กำหนดขนาดโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan⁸ ได้ขนาดจำนวน 90 ครัวเรือน แล้วใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการคัดแยกมูลฝอย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบถูกหรือผิด จำนวน 15 ข้อ แบ่งระดับความรู้เป็น สูง กลาง ต่ำ ตามเกณฑ์อ้างอิงของบลูม (Bloom)⁹ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน เป็นมาตรวัดระดับ (Rating Scale) 3 ระดับและเกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง จำนวน 15 ข้อ และ 4) แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการมูลฝอยของชุมชนป่าสัก เป็นมาตรวัดระดับ (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด คะแนน 2 หมายถึง ระดับน้อย คะแนน 3 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง ระดับมาก และคะแนน 5 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด จำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมโดยอ้างอิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best)¹⁰ ระดับพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ระดับพอใช้ ระดับปรับปรุง ระดับการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ

การหาคุณภาพเครื่องมือด้านความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีการสร้างเครื่องมือวัดทางด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำงานด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม จำนวน 1 ท่าน ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือไม่ (Item-Objective Congruence index : IOC) พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าระหว่าง 0.66 – 1.00 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.5 – 1.00 ส่วนการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำไปทดลองใช้ (Try-Out) กับเจ้าของบ้านหรือตัวแทนเจ้าของบ้านในพื้นที่ตำบลรวมใจพัฒนา จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยงโดยแบบวัดความรู้ได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.71 แบบวัดพฤติกรรมและแบบวัดการมีส่วนร่วม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น 0.93 และ 0.88 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคือมากกว่า 0.7

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพเพื่อสังเคราะห์รูปแบบ และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินรูปแบบ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มี 2 กลุ่ม คือ 1) คณะกรรมการหมู่บ้านชุมชนป่าสัก จำนวน 6 คน และ 2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม จำนวน 4 คน จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณคือกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาระยะที่ 1

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเป็นคำถามชนิดปลายเปิด จำนวน 7 คำถาม และแบบสังเกต ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามตามการศึกษาระยะที่ 1

วิธีการเก็บข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสังเกต ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/151/67 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่ โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ Paired sample t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและสถานการณ์มูลฝอยของชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

1. ผลการศึกษาความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยและการคัดแยกมูลฝอย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยและการคัดแยกมูลฝอยของหมู่บ้านชุมชนป่าสัก (n=90)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการคัดแยกมูลฝอย		
ระดับสูง (ได้คะแนน 13 คะแนน)	7	7.8
ระดับปานกลาง (ได้คะแนน 9 – 12 คะแนน)	40	44.4
ระดับต่ำ (ได้คะแนน 0 – 8 คะแนน)	43	47.8
ระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน		
ระดับดี (ได้คะแนน 35-45 คะแนน)	43	47.8
ระดับพอใช้ (ได้คะแนน 25-34 คะแนน)	47	52.2
ระดับปรับปรุง (ได้คะแนน 15-24 คะแนน)	-	-
ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอย		
ระดับสูง (ได้คะแนน 73.5-100 คะแนน)	32	35.6
ระดับปานกลาง (ได้คะแนน 46.8 -73.4 คะแนน)	44	48.9
ระดับต่ำ (ได้คะแนน 20-46.7 คะแนน)	14	15.6
รวม	90	100

จากตารางที่ 1 ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการคัดแยกมูลฝอย พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่มีมากที่สุดมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 47.8 ด้านพฤติกรรมพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 52.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.9

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาดำเนินการตามกระบวนการของ Kemmis & Mc Taggart ดังนี้

1.ขั้นวางแผน การนำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ชุมชนและวางแผนแก้ปัญหา พบว่า ในอดีตนั้นมูลฝอยที่ไม่มากนัก มูลฝอยที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นมูลฝอยที่เกิดจากครัวเรือน อาทิเช่น เศษอาหาร เศษผัก เศษผลไม้ ซึ่งเป็นมูลฝอยย่อยสลายง่าย จึงไม่แสวงหาความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการมูลฝอย หรือนำมูลฝอยเหลือใช้ไปใช้ประโยชน์ดังกล่าวที่ว่า จากอดีตชุมชนป่าสักแห่งนี้ โห้ระ ขว้างขยะแฉะอ่องน้ำข้างอิมน้ำ บ่มีใครคัดแยกขยะ บ่มีใครรับซื้อขยะ จะทำการเผาเป็นประจำทั้งในบริเวณบ้านกับที่ไร่ที่สวนของเปลเอง (จากอดีตชุมชนป่าสักเรานี้ คำอุทาน โห้ระขยะเยอะมาก ทั้งขยะตามร่องน้ำริมน้ำ ไม่มีใครคัดแยกขยะ ไม่มีใครรับซื้อขยะ จะทำการเผาเป็นประจำบริเวณบ้านและ ไร่ สวน ของตนเอง) (ตัวแทนชุมชนป่าสัก ,2567 : สัมภาษณ์ 30 กันยายน 2567) แต่ปัจจุบันด้วยความเจริญที่เข้ามาในชุมชน รวมถึงการเพิ่มขึ้นของประชาชน เหล่านี้ล้วนเป็นแหล่งเกิดมูลฝอย และในอนาคตมีการคาดการณ์ว่า ปริมาณมูลฝอยจะมีเพิ่มมากขึ้นจำนวนมาก หากไม่มีการจัดการขยะที่เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับหมู่บ้านชุมชน ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยมีคณะกรรมการหมู่บ้านชุมชนป่าสัก และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนป่าสัก เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแผนงานกิจกรรมชุมชน แบ่งหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นำไปสู่กิจกรรมการมีส่วนร่วมระดับครัวเรือนสู่ชุมชน

2. ขั้นปฏิบัติการ จากการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก พบว่า รูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นนี้ กำหนดการดำเนินงานใน 3 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 “ป่าสักสร้างสรรค์ รู้ ร่วมจัดการมูลฝอย” โดยมีการอบรมให้ความรู้แก่ตัวแทนเจ้าบ้าน คณะกรรมการหมู่บ้านชุมชนป่าสัก สร้างองค์ความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการมูลฝอย การคัดแยกมูลฝอยในครัวเรือน ชุมชน และสถิติการประดิษฐ์ เพื่อเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดความรู้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดแยกมูลฝอยที่สามารถนำมาประดิษฐ์กระเป๋ เกิดจากความคิดสร้างสรรค์กระเป๋าสานจากกลองนม ซึ่งทำจากมูลฝอยที่เหลือใช้ในชีวิตประจำวัน นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยการใช้ความคิดสร้างสรรค์ ลดมูลฝอยสู่สิ่งแวดล้อมที่ดี ประชาชนเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการมูลฝอยที่ถูกต้อง รวมถึงสามารถสร้างรายได้ให้กับครัวเรือนและชุมชน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรม “มหัศจรรย์มูลฝอยอินทรีย์” เป็นกิจกรรมอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ตัวแทนเจ้าบ้าน คณะกรรมการหมู่บ้านชุมชนป่าสัก คัดแยกมูลฝอยอินทรีย์จากการบริโภคของครัวเรือน โดยมีการสาธิตทำน้ำหมักชีวภาพ เพื่อเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการลดปริมาณมูลฝอยอินทรีย์ในครัวเรือนและนำมูลฝอยอินทรีย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านครัวเรือนและเกษตรกรรม

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรม “ป่าสักคัดแยก แลกเงินออม” เป็นกิจกรรมเปลี่ยนมูลฝอยให้เป็นเงินออม โดยส่งเสริมให้ประชาชน มีการคัดแยกขยะรีไซเคิล โดยใช้หลักการของธนาคารมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้สมาชิกนำขยะรีไซเคิลมาขาย มีการอบรมให้ความรู้การจัดตั้งธนาคารขยะชุมชนป่าสัก จัดตั้งคณะกรรมการธนาคารขยะชุมชนที่ได้รับคัดเลือก ได้แก่ เจ้าหน้าที่รับมูลฝอยและคัดแยกมูลฝอย เจ้าหน้าที่จดบันทึกและคิดเงิน ดำเนินการคัดแยกและชั่งน้ำหนัก คำนวณเป็นมูลค่าและบันทึกข้อมูลการขายลงสมุดคู่ฝาก โดยใช้ราคาที่คณะกรรมการธนาคารขยะชุมชน ได้ประสานงานกับผู้ประกอบการรับซื้อขยะรีไซเคิลเป็นเกณฑ์ในการกำหนดราคา รายได้จากการดำเนินการธนาคารขยะจะนำมาใช้เป็นทุนหมุนเวียนในการดำเนินการ และใช้ในส่งเสริมกิจกรรมและสวัสดิการของสมาชิกธนาคารขยะชุมชนป่าสักต่อไป

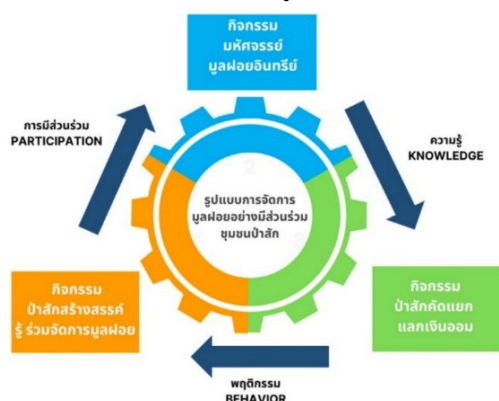
3. ขั้นตอนการสังเกต ผู้วิจัยและคณะกรรมการชุมชนป่าสัก ร่วมกันติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมหลังเสร็จสิ้นโครงการใน 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมป่าสักสร้างสรรค์ รู้ ร่วมจัดการมูลฝอย กิจกรรมมหัศจรรย์มูลฝอยอินทรีย์ และกิจกรรมป่าสักคัดแยก แลกเงินออม ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2567 (3 เดือน) ประเมินโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอย พบว่า เจ้าบ้านหรือตัวแทนครัวเรือน ให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญตระหนักถึงปัญหามูลฝอยทุกหลังคาเรือน ช่วยประชาสัมพันธ์เสียงตามสายให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยชุมชนทุกวันศุกร์สุดท้ายของสัปดาห์ เพื่อให้คำนึงถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น บริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และให้สอดคล้องกับเป้าหมายแผนจังหวัดสะอาดปี 2567¹¹ โดยท่านผู้ว่าราชการจังหวัดพะเยาที่ว่า “ร่วมรณรงค์ลดปริมาณขยะ เพื่อลดค่าใช้จ่ายภาครัฐและสร้างเมืองพะเยาให้น่าอยู่ยิ่งขึ้น พร้อมขอเน้นย้ำให้หัวหน้าส่วนราชการ ช่วยกันดำเนินการดังกล่าวอย่างจริงจังและต่อเนื่อง” นอกจากนี้จากผลการดำเนิน พบว่า เจ้าบ้านหรือตัวแทนครัวเรือน มีการนำมูลฝอยที่รวบรวมไว้ ณ ครัวเรือนมากขึ้น และมีการสมัครเป็นสมาชิกธนาคารขยะบ้านป่าสัก ซึ่งมีจำนวน 47 ครัวเรือน สำหรับมูลฝอยที่นำมาขายส่วนใหญ่เป็นกระดาษ พลาสติก ขวดแก้ว โลหะ และอะลูมิเนียม ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังมีการนำมูลฝอยประเภทโฟม รวมทั้งประเภทพลาสติก รวมถึงเศษแก้ว ตัวแทนเจ้าบ้านเข้าใจได้ว่าเป็นประเภทเดียวกันและสามารถขายได้ เนื่องด้วยการรับรู้ด้านสื่อสารอาจไม่ทั่วถึง และกิจกรรมจัดขึ้นในเดือนแรก เดือนต่อมาจึงมีการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบคลิปวีดิโอ การคัดแยกมูลฝอยที่ถูกต้อง และเน้นย้ำทางผู้นำชุมชนและเทศบาล ร่วมกันรณรงค์ แจกแผ่นพับ คลิปเสียง รณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างการรับรู้หลายช่องทาง และได้รับความร่วมมือจากผู้จัดการร้านรับซื้อของเก่า ถ่ายทอดความรู้เทคนิคคัดแยกมูลฝอยแบบไหนขายได้ราคาดี บางตัวแทนครัวเรือนยังไม่มี ความเข้าใจการคัดแยกมูลฝอยทำให้ได้รับ

ราคาจากการขายมูลฝอยที่แตกต่างกันซึ่งได้ผลตอบรับที่ดีจากตัวแทนครัวเรือนขึ้นชมร้านรับซื้อของเก่าสามารถถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้ชุมชนมีรายได้ “มูลฝอยทุกชิ้นมีค่าขายได้เป็นเงิน” โดยผู้จัดการร้านรับซื้อของเก่า จากตัวแทนครัวเรือนให้ความเห็นว่า เข้าใจและเห็นถึงภาพการคัดแยกมูลฝอยที่ถูกต้องมากขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจสามารถนำไปปฏิบัติใช้ในครัวเรือนและถ่ายทอดเพื่อนบ้านได้ โดยมูลฝอยที่นำมาเป็นจำพวกกระดาษง่ายต่อการนำมาขายจากการสังเกตเป็นกระดาษใช้แล้วทั้งสองหน้าเห็นถึงความเข้าใจการใช้ซ้ำนำกลับมาใช้ใหม่ของตัวแทนครัวเรือนจากการสอบถามพบว่ามูลฝอยพลาสติกแม้จะมีน้ำหนักเบาแต่เมื่อเก็บรวบรวมไว้ได้ปริมาณมากขายได้ราคาดีและสามารถนำไปรีไซเคิลใหม่ได้ ส่วนตัวแทนครัวเรือนที่นำโลหะอะลูมิเนียมมาขาย พบว่าโลหะอะลูมิเนียมมีปริมาณน้อยที่สุดแต่น้ำหนักและขายได้ราคาดีที่สุด ผู้วิจัยได้สุ่มตรวจการคัดแยกมูลฝอย พบว่า บางครัวเรือนมีการนำมูลฝอยรวมกันโดยไม่มีการคัดแยกให้ถูกประเภททำให้ขายได้ในราคาต่ำกว่าครัวเรือนที่มีการคัดแยกมูลฝอยจึงให้คำแนะนำเพิ่มเติมและอธิบายวิธีการคัดแยกมูลฝอยที่ถูกต้อง ตัวแทนครัวเรือนมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยต่อยอดจากการคัดแยกมูลฝอยในกิจกรรมธนาคารขยะชุมชนป่าสัก กิจกรรมสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์จากเศษวัสดุเหลือใช้ในครัวเรือน กิจกรรมทำการผลิตน้ำหมักชีวภาพ WEM มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของการสมัครสมาชิกธนาคารขยะชุมชนป่าสัก สร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์กล่องนมเป็นกระเป๋าสาน สานหมวก ของน้ำยาปรับผ้านุ่ม ประดิษฐ์เป็นพวงมาลัยพลาสติก นำขวดน้ำดื่มมาประดิษฐ์เป็นกระถางดอกไม้ จัดทำน้ำหมักชีวภาพ สร้างรายได้ต่อชุมชนและครอบครัว เปลี่ยนมูลฝอยให้เป็นประโยชน์เพิ่มมูลค่าให้กับมูลฝอยสามารถจัดการมูลฝอยได้ด้วยตนเอง

4. ขั้นตอนผล มีการสะท้อนผลดีจากการจัดการมูลฝอยในชุมชน ตามโครงการ “รวมพลังชุมชนป่าสักจัดการขยะอย่างยั่งยืน(ประชาชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย)” โดยกระบวนการมีส่วนร่วม การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนป่าสัก เป็นรูปแบบที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชนในการจัดการมูลฝอยสร้างรายได้ให้ครัวเรือนอีกทั้งรายได้ส่วนหนึ่งสมทบเข้ากองกลางนำไปพัฒนาชุมชนป่าสักตลอดจนจัดตั้งธนาคารขยะรีไซเคิลชุมชนป่าสัก หรือกิจกรรมป่าสักคัดแยก แลกเงินออม ชุมชนให้ความสนใจเข้ามาสมัครเป็นสมาชิกธนาคารขยะรีไซเคิลเพิ่มขึ้นทุกเดือน เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงมีความเหมาะสมกับบริบทชุมชนสามารถสานต่อการพัฒนาให้สวัสดิการและการสงเคราะห์ของสมาชิกและที่สำคัญคณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และเจ้าบ้านหรือตัวแทนเจ้าบ้าน เข้าร่วมทุกกระบวนการ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการมูลฝอยชุมชนโดยมีรูปแบบการจัดการมูลฝอยอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนป่าสักที่เหมาะสม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมป่าสักสร้างสรรค์ ร่วมจัดการมูลฝอย กิจกรรมมหัศจรรย์มูลฝอยอินทรีย์ และกิจกรรมป่าสักคัดแยก แลกเงินออม ประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมกิจกรรมแต่ละขั้นตอนของการศึกษา เข้าร่วมกระบวนการในทุกขั้นตอน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนป่าสัก “มูลฝอยนั้นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนป่าสักบ่อยครั้งส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทุกภาคส่วนหน่วยงานควรให้ความสำคัญช่วยกันแก้ไขปัญหาตั้งแต่ต้นทางเริ่มต้นจากครัวเรือนโดยการอบรมให้ความรู้แต่ประชาชนยังขาดความรู้ความตระหนักในการคัดแยกมูลฝอยรวมถึงการจัดการมูลฝอย เช่น การเผามูลฝอยในที่โล่งแจ้ง ทั้งมูลฝอยในที่สาธารณะซึ่งไม่ใช่พื้นที่บริเวณของตน เกิดกลิ่นเหม็นสร้างความรำคาญ และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของพาหะนำโรค” (ตัวแทนชุมชนป่าสัก, 2568: สัมภาษณ์ 10 มกราคม 2568) จากการจัดกิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์ช่วยลดปริมาณมูลฝอยชุมชนและคัดแยกมูลฝอยที่นำไปรีไซเคิลได้หากในชุมชนมีการนำรูปแบบไปใช้ทุกครัวเรือนจะเกิดการจัดการมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น “ดี ดีกับชุมชน ภูเดียวหันขยะตามข้างทางที่สาธารณะ มะเดื่อนี้บ่มีแล้วบ่ทิ้งขยะสิ่งแวดล้อมของเฮงามสะอาดตา”(ดี ดีกับชุมชน ทุกครั้งเห็นขยะตามข้างทางที่สาธารณะตอนนี้ไม่มีแล้วไม่ทิ้งขยะ

สิ่งแวดล้อมของเราสวยงามสะอาดตา) (ตัวแทนชุมชนป่าสัก, 2568 : สัมภาษณ์ 10 มกราคม 2568) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ร่วมกับประธานชุมชน ดำเนินการติดตามการจัดการมูลฝอยชุมชนป่าสัก ประโยชน์ของกิจกรรม “ป่าสักคัดแยก แลกเงินออม” ผลการสัมภาษณ์ พบว่า กิจกรรมที่เข้าร่วมนั้น มูลฝอยในครัวเรือนจัดการได้ง่ายขึ้น เพิ่มรายได้ให้กับครัวเรือนและชุมชน มูลฝอยทุกชิ้นมีค่าอย่างแท้จริง เป็นประโยชน์กับตัวเราและสิ่งแวดล้อม การจัดการกิจกรรม “มหัศจรรย์มูลฝอยอินทรีย์” ผลการสัมภาษณ์พบว่า เศษอาหาร เศษผักผลไม้ ที่เหลือจากการบริโภคในครัวเรือนลดลง หลังจากนำรูปแบบกิจกรรมที่ได้เข้าร่วมมาปรับใช้ในครัวเรือนสามารถนำน้ำหมักชีวภาพที่ได้มาจำหน่าย แจกจ่ายเพื่อนบ้าน และนำมาใช้สารพัดประโยชน์ เช่น กลิ่นเหม็นจากฟาร์มสัตว์กอมูลฝอย ปรับสภาพของเสียบำบัดน้ำเสีย ลดมลภาวะทางด้านสิ่งแวดล้อม ประโยชน์จากกิจกรรม “ป่าสักสร้างสรรค์ รู้ ร่วมจัดการมูลฝอย” ผลการสัมภาษณ์พบว่า การนำมูลฝอยเหลือใช้กลับมาใช้ประโยชน์ ช่วยลดปริมาณมูลฝอย ลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สามารถสร้างรายได้เสริมจากสิ่งประดิษฐ์มูลฝอย หลังจากการจัดกิจกรรมโครงการ “รวมพลังชุมชนป่าสักจัดการขยะอย่างยั่งยืน (ประชาชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย)” การทดสอบ Paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังการดำเนินโครงการ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับมูลฝอย และการคัดแยกมูลฝอย เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 8.87 (SD = 1.89) เป็น 12.45 (SD = 1.67) ($p < 0.01$) ระดับพฤติกรรม การจัดการมูลฝอยในครัวเรือน เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 34.04 (SD = 5.65) เป็น 42.76 (SD = 4.92) ($p < 0.01$) ระดับ การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการมูลฝอยของชุมชนป่าสัก ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 15.92 (SD = 4.87) เป็น 20.77 (SD = 3.90) ($p < 0.01$) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 16.16 (SD = 5.41) เป็น 21.32 (SD = 3.88) ($p < 0.01$) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 16.80 (SD = 4.62) เป็น 22.40 (SD = 3.04) ($p < 0.01$) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 14.93 (SD = 6.65) เป็น 21.17 (SD = 4.38) ($p < 0.01$)

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมป่าสักสร้างสรรค์ รู้ ร่วมจัดการมูลฝอย กิจกรรมมหัศจรรย์มูลฝอยอินทรีย์ และกิจกรรมป่าสักคัดแยก แลกเงินออม โดยกระบวนการมีส่วนร่วม สร้างองค์ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงได้เป็นรูปแบบดังภาพ



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและสถานการณ์มูลฝอย พบว่า ประชาชน มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ส่วนพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางและสูง นำมาเป็นปัจจัยนำเข้า สำหรับการศึกษาระยะที่ 2 ซึ่งดำเนินการตามวงจรของ Kemmis & McTaggart 4 ขั้นตอน พบว่าขั้นตอน Planning มี

การประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการหมู่บ้านชุมชนป่าสักและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันได้แผนงานกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติ(Action) 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมป่าสักสร้างสรรค์ รู้ร่วมจัดการมูลฝอย กิจกรรมหมักปุ๋ยมูลฝอยอินทรีย์ และกิจกรรมป่าสักคัดแยก แลกเงินออม เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม สร้างองค์ความรู้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมหลังจากดำเนินโครงการตัวแทนครัวเรือนมีความรู้การคัดแยกมูลฝอยเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.8 เป็นระดับสูงถึงร้อยละ 78.9 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยจากเดิมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.2 เป็นระดับสูงถึงร้อยละ 86.7 โดยเฉพาะการคัดแยกขยะในครัวเรือน และการมีส่วนร่วมของตัวแทนครัวเรือนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกด้านเห็นถึงความพร้อมที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุรีย์พร สลัสสี และคณะ¹² ได้ศึกษา ความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเขตเทศบาลตำบลคลองด่าน อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน อยู่ในระดับสูง ระดับเจตคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับดี และระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของเวียงคำ แสงสุรีย์จัน¹³ ได้ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิผลของนครโกสุมพิสัยแขวงสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า พฤติกรรม ความรู้ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการบริหารจัดการขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพฤติกรรมมีอิทธิพลสูงสุด ($\beta=.230$) รองลงมาคือการมีส่วนร่วม($\beta=.104$) และความรู้($\beta=.046$)

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก จากรูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมตามที่เห็นชอบในการวางแผนวิเคราะห์นำเสนอการประชุมเชิงปฏิบัติการนำไปใช้ในชุมชนขับเคลื่อนพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมเกิดขึ้นมีการจัดโครงการ “รวมพลังชุมชนป่าสักจัดการขยะอย่างยั่งยืน(ประชาชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย)” จัดทำกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอย การจัดตั้งธนาคารขยะรีไซเคิล การทำน้ำหมักหมักชีวภาพและส่งเสริมการประดิษฐ์เพิ่มมูลค่ามูลฝอยจากผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการคัดแยกมูลฝอย สอดคล้องกับงานวิจัยของปวีณา ปาทาน และคณะ⁶ ได้ศึกษา รูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ประชาชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการลดมูลฝอยตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาวางแผนและดำเนินการจัดการขยะในชุมชน จึงเกิดโครงการ “หนองม่วงร่วมใจสู่สิ่งแวดล้อมน่าอยู่” ส่งผลให้เกิดการคัดแยกขยะจากครัวเรือน ลดปริมาณขยะ ป้องกันปัญหาขยะล้นถังและกลิ่นเหม็นลดการเผาขยะ เพิ่มการใช้ประโยชน์จากขยะ สร้างรายได้ และนำไปสู่การจัดการขยะอย่างยั่งยืนในชุมชนหนองม่วง สอดคล้องกับงานวิจัยของวินัส พรหมสอน และคณะ¹⁴ ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยรีไซเคิล กรณีศึกษาอาคารแห่งหนึ่งของกรมวิทยาศาสตร์บริการ พบว่า การจัดการมูลฝอยเป็นปัญหาร่วมที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ประยุกต์ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหาวางแผนแก้ไขและพัฒนาแนวทางจัดการขยะรีไซเคิลให้เหมาะสมกับพื้นที่ ส่งผลให้การจัดการขยะมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่องได้ และสอดคล้องงานวิจัยของสิทธิพงศ์ อีสสระ¹⁵ ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคัน ตำบลบึงคล้า อำเภอลำลูกกา จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้ขยะลดลงโดยใช้แนวคิด PAOR ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีการคัดแยกขยะ

อย่างเป็นรูปธรรม มีการติดตามอย่างต่อเนื่องหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนและขยายแนวทางนี้สู่ชุมชนอื่นๆ เพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ในระดับหมู่บ้านชุมชน โดยชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน มีส่วนร่วมทุกกระบวนการ ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สำหรับการนำรูปแบบที่ได้นี้ นำไปพัฒนาในพื้นที่อื่นๆ ควรศึกษาและสร้างความร่วมมือจากชุมชนในการจัดการมูลฝอย โดยสร้างการรับรู้ให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ปลูกฝังพฤติกรรมที่ดีให้เกิดขึ้นในชุมชน เสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการ และติดตามประเมินผลการจัดการมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ในระดับท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญโดยการนำแนวทางนี้พัฒนาควบคู่กับแผนพัฒนาท้องถิ่น แผนจังหวัดสะอาด กำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน ส่งเสริมการให้ความรู้ทั้งภาคบรรยายและสาธิต ช่องทางประชาสัมพันธ์รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ วางแผนการจัดการมูลฝอยชุมชน และสามารถติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาการจัดการขยะให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการชุมชนป่าสัก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เจ้าบ้านหรือตัวแทนเจ้าบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนป่าสัก ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ที่มีส่วนร่วม ได้ให้ความอนุเคราะห์เข้าร่วมวิจัย และสนับสนุนงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. มาตรฐานการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย; 2550.
2. พระพุฒธรรม ชุ่มเย็น, สุนทรี จินธรรม, ปณณรภัส ถกลภักดี. รูปแบบการพัฒนาศูนย์เรียนรู้การจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของวัด จังหวัดปทุมธานี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2561;6(1):333-43.
3. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดมูลฝอยชุมชนของประเทศไทยปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2566.
4. อำเภอแม่ใจ. ผลการสำรวจจำนวนประชากรตำบลศรีถ้อย. พะเยา: อำเภอแม่ใจ; 2567.
5. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลศรีถ้อย. ปริมาณมูลฝอย. พะเยา: เทศบาลตำบลศรีถ้อย; 2567.
6. ปวีณา ปาทาน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุณิรัตน์ ยั่งยืน. รูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วง เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(3):143-154.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.

8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3):607-10.
9. Bloom S. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw-Hill; 1971.
10. Best JW. *Research in education.* 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
11. กระทรวงมหาดไทย. แผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” ประจำปี พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย; 2567.
12. สุรีย์พร สลับสี, โชติ บัตรีรัฐ. ความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน เทศบาลตำบลคลองด่าน อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสาร สหวิทยาการวิจัย และวิชาการ.* 2566;3(4):403-426. doi:10.14456/iarj.2023.198.
13. เวียงคำ แสงสุรีย์จัน. รูปแบบการบริหารจัดการขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิผลของนครโกสอนพม วิหาน แขวงสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.* 2563;7(1):343-356.
14. วินัส พรหมสอน, ณัชชลิดา ยุคะลั้ง, สงครามชัย ลีทองดีสกุล. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยรีไซเคิล กรณีศึกษาอาคารแห่งหนึ่งของกรมวิทยาศาสตร์บริการ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.* 2566;12(3):92-101.
สิทธิพงศ์ อัสสระ. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคัน ตำบลบึงคล้า อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.* 2564;7(1)

Received: 12 Feb 2025, Revised: 20 Apr 2025

Accepted: 23 Apr 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและสนับสนุน การตัดสินใจ โรงพยาบาลสูงเม่น

มนีวรรณ นกุลจิตร^{1*} พันธศักดิ์ วงศ์คำแก้ว²**บทคัดย่อ**

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบคะแนนประสิทธิภาพการทำงานและการตัดสินใจการบริหารจัดการของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจของไซมอนมีการดำเนินงาน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล 2) นำข้อสรุปจากกิจกรรมที่ 1 มาร่างระบบการวิเคราะห์ข้อมูล 3) นำระบบการวิเคราะห์ข้อมูลไปทดลองใช้ 4) พัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเสนอแนะ 5) นำระบบการวิเคราะห์ข้อมูลไปใช้จริง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานและแบบประเมินการตัดสินใจบริหารจัดการ มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลมีระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลยุทธ์ “ SM – TEAM ” ที่ชัดเจนสอดคล้องกับเป้าหมายสำคัญของโรงพยาบาลและใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานนำเสนอข้อมูลที่สังเคราะห์แล้วทาง Dashboard แบบเรียลไทม์ ภายหลังการพัฒนาและ ใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานสูงกว่าก่อนใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 42.54 (SD=3.48) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจบริหารจัดการสูงกว่าก่อนใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 41.18 (SD=4.40) สามารถสรุปได้ว่าระบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและการตัดสินใจบริหารจัดการให้แก่ผู้ใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล โรงพยาบาลสูงเม่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ข้อมูล, ประสิทธิภาพการทำงาน, การสนับสนุนการตัดสินใจ

¹นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเม่น

²นายแพทย์ ระดับเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสูงเม่น

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

Original Article

Development of a Data Analysis System to Enhance Operational Efficiency and Support Decision-Making at Sungmen Hospital

Maneewan Nukuljit^{1*} Phansak Wongkhumkaew²

Abstract

This research and development study aimed to develop a data analysis system and compare operational efficiency scores and management decision-making before and after system implementation. The study applied Simon's decision-making theory through five key activities: 1) studying relevant theoretical concepts of data analysis, surveying data collection situations and data needs; 2) drafting a data analysis system based on findings from activity 1; 3) pilot testing the system; 4) improving the system based on feedback; and 5) implementing the system in actual practice. The sample consisted of 50 purposively selected system users. Research instruments included operational efficiency assessment and management decision-making assessment forms, with content validity values of 0.86 and 0.93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and paired t-test.

The results revealed that the hospital developed a strategic data analysis system called "SM-TEAM" that clearly aligned with the hospital's key goals and was used for monitoring and evaluating operations through real-time dashboard presentations of synthesized data. After implementing the data analysis system, the sample group showed statistically significant higher mean scores in operational efficiency compared to pre-implementation, with a high-level mean score of 42.54 (SD=3.48). Similarly, management decision-making scores were significantly higher after implementation, with a high-level mean score of 41.18 (SD=4.40). The findings demonstrate that the developed data analysis system effectively enhanced both operational efficiency and management decision-making capabilities for system users at Sung Men Hospital.

Keywords: Data Analysis, Operational Efficiency, Decision Support

¹Public Health Technical Officer, Professional Level. Sungmen Hospital

²Medical Doctor, Expert Level. Sungmen Hospital

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

บทนำ

ปัจจุบันการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานขององค์กรมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้นโดยเฉพาะในการบริหารโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง (MoPH-4T) ที่ให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีและข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ¹ เนื่องจากการตัดสินใจที่มีคุณภาพต้องอาศัยข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันสมัย ช่วยให้ผู้บริหารสามารถวิเคราะห์สถานการณ์นำไปสู่การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ² การจัดการข้อมูลในโรงพยาบาลยังคงมีความซับซ้อนมาจากแหล่งข้อมูลหลายประเภท³ รวมถึงการขาดบุคลากรที่มีทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูล⁴ แม้จะมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในโรงพยาบาล แต่การใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ ยังมีข้อจำกัด⁵ จากการศึกษาของดวงใจ ใจกล้า และคณะ พบว่าการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดตามผลงานและตัวชี้วัด ช่วยเพิ่มความแม่นยำและความรวดเร็วในการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ยังพบปัญหาในการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง และการขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก⁶

โรงพยาบาลสูงเม่นย้ายมาเปิดบริการที่โรงพยาบาลสูงเม่นแห่งใหม่ ปี พ.ศ.2565 ได้จัดบริการแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) Hospital Care โรงพยาบาลสูงเม่นแห่งใหม่ เน้นการให้การรักษายาบาล ขยายการบริการรองรับจำนวนผู้มารับบริการที่มีภาวะซับซ้อน 2) Primary Care โรงพยาบาลสูงเม่นแห่งเดิม เน้นการให้บริการปฐมภูมิ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ตลอดจนสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 16 แห่ง ในปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลสูงเม่นได้ปรับระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ขนาด 64 เตียง ขยายการให้บริการใน 3 สาขา คือ สาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรมทั่วไป และสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำเป็นต้องใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพตามบริบทที่เปลี่ยนไป จากการวิเคราะห์องค์กร (SWOT Analysis) พบว่า โรงพยาบาลยังไม่มีระบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่รองรับการขยายการให้บริการที่ชัดเจน การกำกับติดตามผลงานเพื่อประกอบการตัดสินใจในการบริหารจัดการยังไม่ครอบคลุมการขยายบริการที่เพิ่มขึ้นและการกำกับติดตามผลงานยังไม่ต่อเนื่อง ผลงานตัวชี้วัดมีจำนวนมากแต่ไม่สอดคล้องกับการนำไปสนับสนุนการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ มีวิธีจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดหลายรูปแบบ และการเข้าถึงข้อมูลตัวชี้วัดยุ่งยาก ไม่ได้นำข้อมูลผลงานมาสังเคราะห์นำเสนอแบบเรียลไทม์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ใช้ข้อมูลและผู้บริหาร⁷

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของระบบการวิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบคะแนนประสิทธิภาพการทำงาน และการตัดสินใจด้านการบริหารจัดการของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจของไซมอน⁸ ในการออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล แนวคิดการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ทฤษฎีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทฤษฎีการตัดสินใจ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากนั้นสำรวจความต้องการของการใช้ข้อมูล 2) นำข้อสรุปจากกิจกรรมที่ 1 มาร่างระบบการวิเคราะห์ข้อมูล และ 3) นำระบบการวิเคราะห์ข้อมูลมาทดลองใช้ พัฒนาระบบตามข้อเสนอแนะนำไปใช้จริงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ใช้ข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาในโรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ ระหว่าง เดือน กันยายน 2567 - เดือน กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรศึกษา

คือ ผู้ใช้ข้อมูล ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีมงาน และผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัด

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

2.1 เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสูงเม่น ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีมงาน และผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัด

2.2 มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือน

2.3 สามารถใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศขั้นพื้นฐานได้

2.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดระยะเวลาโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. บุคลากรที่กำลังอยู่ในช่วงลาออก หรือโอนย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น

2. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด เนื่องจากภาระงานหรือเหตุผลส่วนตัว

3. ผู้ที่ไม่สนใจหรือไม่ยินยอมให้ข้อมูลในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้ใช้ข้อมูล ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีมงาน และผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัด โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.54 จากนั้นใช้โปรแกรม G*Power คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 45 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างไม่ครบ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ 50 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือในการดำเนินการพัฒนา ได้แก่

1. ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (Research1 : R1) ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล แนวคิดการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ทฤษฎีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทฤษฎีการตัดสินใจ จัดประชุมระดมสมองวิเคราะห์สถานการณ์และสำรวจความต้องการใช้ข้อมูลจากผู้ข้อมูล จำนวน 54 คน

กิจกรรมที่ 2 (Development1 : D1) ระยะเวลา 5 สัปดาห์ นำข้อสรุปที่ได้จากกิจกรรมที่ 1 มาร่างระบบการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยจัดทำคำสั่งคณะกรรมการออกแบบระบบการวิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาศักยภาพการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ในกลุ่มคณะกรรมการบริหาร หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าทีมงาน จำนวน 67 คน กำหนดผู้ดูแลระบบ ผู้บันทึกและรายงานผลงานตัวชี้วัดของหน่วยงาน ทีมงาน สื่อสารทิศทางการนำองค์กร และพัฒนาศักยภาพในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 พิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ครั้งที่ 2 กำหนดให้มีนิยามของตัวชี้วัด ครั้งที่ 3 จัดทำรูปแบบขั้นตอนการบันทึกรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ทาง Google sheet ครั้งที่ 4 การรายงานผลการดำเนินงาน การนำเสนอผลงานทาง Looker Studio

กิจกรรมที่ 3 (Research2 : R2) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทดลองบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดทาง Google sheet การสรุปผลงานทาง Looker Studio 2 หน่วยงาน 2 ทีม คือ งานยุทธศาสตร์ กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล ทีมงานพัฒนาคุณภาพ และทีมนำโรงพยาบาล จัดทำ Line กลุ่มเพื่อสื่อสารการใช้ระบบและรับฟังข้อเสนอแนะ

กิจกรรมที่ 4 (Development2 : D2) ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อเสนอแนะ ให้ตอบสนองและครอบคลุมความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 5 (Research3 : R3) ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประเมินประสิทธิภาพและการตัดสินใจก่อนพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างและหลังการนำระบบไปใช้ 6 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ในโรงพยาบาลสูงเม่น และประสบการณ์ในการทำงานที่โรงพยาบาลสูงเม่น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสิทธิภาพการทำงาน จำนวน 10 ข้อ พิจารณาจากเกณฑ์การประเมินระดับตามแนวคิดของของ เบสต์ (Best) ⁹ ได้แก่ คะแนน 10 - 23 หมายถึง มีประสิทธิภาพการทำงานต่ำ คะแนน 24 - 37 หมายถึง มีประสิทธิภาพการทำงานปานกลาง และคะแนน 38 - 50 หมายถึง มีประสิทธิภาพการทำงานสูง เมื่อแยกรายด้านเป็น 2 ด้าน สามารถแปลผลได้ดังนี้ คะแนน 5 - 12 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 13 - 19 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 20 - 25 หมายถึง อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการตัดสินใจบริหารจัดการ มีข้อความจำนวน 10 ข้อ พิจารณาจากเกณฑ์การประเมินระดับตามแนวคิดของของ เบสต์ (Best) ⁹ ได้แก่ คะแนน 10 - 23 หมายถึง มีประสิทธิภาพการทำงานต่ำ คะแนน 24 - 37 หมายถึง มีประสิทธิภาพการทำงานปานกลาง และคะแนน 38 - 50 หมายถึง มีประสิทธิภาพการทำงานสูง เมื่อแยกรายด้านเป็น 2 ด้าน สามารถแปลผลได้ดังนี้ คะแนน 5 - 12 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 13 - 19 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 20 - 25 หมายถึง อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานและแบบประเมินการตัดสินใจบริหารจัดการ เท่ากับ 0.86 และ 0.93 ตามลำดับหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ EC PPH No. 062/2567 ลงวันที่ 2 กันยายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนประสิทธิภาพการทำงานและการตัดสินใจบริหารจัดการของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ศึกษาสถานการณ์ความต้องการผู้ใช้ข้อมูล จำนวน 54 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.78 เพศชาย ร้อยละ 22.22 จากการประชุมระดมสมองสรุประบบวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลปัจจุบันได้ดังนี้ โรงพยาบาลขาดการกำหนดวัตถุประสงค์ของการเก็บผลงานตัวชี้วัดที่ชัดเจน การเก็บตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับเป้าหมายโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวน 825 ตัวมีนิยามการเก็บ ร้อยละ 22.55 การจัดเก็บข้อมูลหลากหลายรูปแบบและซับซ้อน ผู้ใช้ข้อมูลต้องการลดภาระงานการจัดเก็บข้อมูลและต้องการพัฒนาศักยภาพการใช้เทคโนโลยีช่วยจัดเก็บข้อมูล ต้องการให้มีการรายงานผลงานที่ครอบคลุม กระชับ สามารถเข้าไปติดตามได้ตลอดเวลา

2. มีระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลยุทธ์ “ SM – TEAM ” ที่ใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลสูงเม่น ได้แก่

2.1 S : Strategic Management กำหนดเป้าหมายและคัดเลือกตัวชี้วัดของโรงพยาบาลได้ชัดเจน สอดคล้องกับทิศทางองค์กร ตามแนวคิดการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์

2.2 M : Monitoring ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่พิจารณาคัดเลือกและกำหนดค่าเป้าหมาย นิยามตัวชี้วัดร่วมกัน

2.3 T : Technology ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบันทึกผลงานตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผล แบบเรียลไทม์

2.4 E : Evaluation คณะกรรมการออกแบบระบบการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการทำงานและใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจบริหารจัดการ

2.5 A : Analysis ทีมสหวิชาชีพนำผลการติดตามตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน

2.6 M : Management Improvement ผู้บริหารนำผลการติดตามตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ประกอบการตัดสินใจบริหารจัดการ และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

3. จากการใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวชี้วัดแยกตามหน่วยงานจำนวน 20 หน่วยงาน (247 ตัวชี้วัด) ทีมนำเฉพาะด้าน 11 ทีม (113 ตัวชี้วัด) แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น (35 ตัวชี้วัด) สอดคล้องกับเป้าหมายโรงพยาบาลตามแผนพัฒนายุทธศาสตร์และเชื่อมโยงกับมาตรฐานคุณภาพ มีนิยามตัวชี้วัดร้อยละ 80.97 หน่วยงานและทีมงานรายงานผลงานตัวชี้วัด ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาศักยภาพบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ การใช้เทคโนโลยีช่วยบันทึกข้อมูล ร้อยละ 100

ประสิทธิภาพการทำงานและสนับสนุนการตัดสินใจ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74 มีอายุมากกว่า 51 ปี ร้อยละ 44 เป็นผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัด ร้อยละ 46.60 และมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 21 ปี ร้อยละ 36 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่งงาน และประสบการณ์ทำงาน (n=50)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	26.00
หญิง	37	74.00
อายุ		
20-30 ปี	4	8.00
31-40 ปี	13	26.00
41-50 ปี	11	22.00
มากกว่า 50 ปี	22	44.00
$\bar{X}$ (SD) = 45.24 (9.33)		
ตำแหน่งงาน		
คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	10	20.00
หัวหน้าหน่วยงาน	9	18.00
หัวหน้าทีมงาน	8	16.00
ผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัด	23	46.00
ประสบการณ์ทำงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	11	22.00
5-10 ปี	9	18.00
11-20 ปี	12	24.00
มากกว่า 20 ปี	18	36.00

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนประสิทธิภาพการทำงานของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลการตัดสินใจ โรงพยาบาลสูงเม่น โดยใช้สถิติ Paired t-test

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้ใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและสนับสนุน การตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลสูงเม่น มีค่าคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานสูงกว่าก่อนใช้ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -26.45, p = .000$) ($\bar{X} = 26.08, SD = 3.42$) และ ($\bar{X} = 42.54, SD = 3.48$) ตามลำดับ

นอกจากนี้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารสูงกว่าก่อนใช้ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -23.24, p = .000$) ($\bar{X} = 13.34, SD = 1.76$) และ ($\bar{X} = 21.52, SD = 1.94$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านการพัฒนาโรงพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.26, p = .000$) ($\bar{X} = 12.74, SD = 1.95$) และ ($\bar{X} = 21.02, SD = 1.96$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนประสิทธิภาพการทำงานและคะแนนรายด้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลการตัดสินใจ โรงพยาบาลสูงเม่น (n=50)

ประสิทธิภาพการทำงาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ประสิทธิภาพการทำงาน	26.08	3.42	ปานกลาง	42.54	3.48	สูง	-26.45	.000*
- ด้านการสนับสนุน	13.34	1.76	ปานกลาง	21.52	1.94	สูง	-23.24	.000*
การตัดสินใจของผู้บริหาร								
- ด้านการพัฒนาโรงพยาบาล	12.74	1.95	ปานกลาง	21.02	1.96	สูง	-22.26	.000*

*p-value < .05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการตัดสินใจด้านบริหารจัดการของของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลการตัดสินใจ โรงพยาบาลสูงเม่น โดยใช้สถิติ Paired t-test

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้ใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและสนับสนุน การตัดสินใจ โรงพยาบาลสูงเม่น มีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจบริหารจัดการสูงกว่าก่อนใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -18.59, p = .000$) ($\bar{X} = 27.28, SD = 4.97$) และ ($\bar{X} = 41.18, SD = 4.40$) ตามลำดับ

นอกจากนี้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านความแม่นยำสูงกว่าก่อนใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.48, p = .000$) ($\bar{X} = 13.86, SD = 2.87$) และ ($\bar{X} = 20.68, SD = 2.33$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านความรวดเร็วสูงกว่าก่อนใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -18.68, p = .000$) ($\bar{X} = 13.42, SD = 2.41$) และ ($\bar{X} = 20.50, SD = 2.23$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจบริหารจัดการและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลการตัดสินใจ โรงพยาบาลสูงเม่น (n=50)

การตัดสินใจ บริหารจัดการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
การตัดสินใจด้านบริหาร จัดการ	27.28	4.97	ปานกลาง	41.18	4.40	สูง	-18.59	.000*
- ด้านความแม่นยำ	13.86	2.87	ปานกลาง	20.68	2.33	สูง	-16.48	.000*
- ด้านความรวดเร็ว	13.42	2.41	ปานกลาง	20.50	2.23	สูง	-18.68	.000*

*p-value < .05

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและสนับสนุนการตัดสินใจ โรงพยาบาลสูงเม่น สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและการตัดสินใจบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. ด้านประสิทธิภาพการทำงาน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานสูงกว่าก่อนใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 42.54 (SD=3.48) เนื่องจากการนำแนวคิดการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results-based Management) มาประยุกต์ใช้โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยคัดเลือกและกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมสอดคล้องกับเป้าหมาย ด้านบุคลากรมีการพัฒนาทักษะของผู้ใช้ข้อมูลสอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลของ Li และคณะ¹⁰ ที่ได้ศึกษาไว้เมื่อบุคลากรมีทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถเข้าถึงข้อมูล ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และมีความถูกต้องใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการปรับปรุงระบบการทำงาน ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ ใจกล้า และคณะ¹¹ ศึกษาการประยุกต์ใช้งานโปรแกรม Power BI ในการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานโรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยพะเยา พบว่า การนำเทคโนโลยี มาพัฒนาระบบช่วยสนับสนุนการตัดสินใจจะช่วยให้องค์กรสามารถนำข้อมูลนำไปวางแผนสร้างกลยุทธ์ในการพัฒนาองค์กรสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร และมีการศึกษาของวัฒนา นนทชิต และคณะ¹² ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการสารสนเทศกับการรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล พบว่า การปรับปรุงและพัฒนาการจัดการระบบสารสนเทศสามารถช่วยให้โรงพยาบาลบรรลุมาตรฐานบริการสุขภาพได้

2. การตัดสินใจบริหารจัดการ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจบริหารจัดการสูงกว่าก่อนใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 41.18 (SD=4.40) แสดงให้เห็นว่าระบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่นำทฤษฎีการตัดสินใจ (Decision-Making Theory) ของไซมอน (Simon)⁸ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบระบบที่เน้นการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจประกอบกับแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลที่ Davenport และ Harris¹³ ได้นำเสนอกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การกำหนดคำถามและวัตถุประสงค์ 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การทำความสะอาดและจัดระเบียบข้อมูล 4) การวิเคราะห์ข้อมูล 5) การนำเสนอผลและการตีความ ทำให้สามารถนำเสนอข้อมูลทาง Looker Studio ที่เข้าใจง่าย ชัดเจน นำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการพัฒนาโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา เทียงสมบูรณ์ และคณะ⁵ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบธุรกิจอัจฉริยะเพื่อสนับสนุนการพยากรณ์และการตัดสินใจของผู้บริหาร กรณีศึกษากลุ่มโรงพยาบาล พบว่า ระบบธุรกิจอัจฉริยะที่พัฒนาสามารถสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารทำให้ผู้บริหารสามารถเข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็วและง่ายขึ้น ช่วยลดความซับซ้อนในการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจ และการศึกษาของอภิญา ก่อเต็ม และคมสรค์ ชื่นรัมย์¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า การบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารสารสนเทศและการวิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงการกำกับติดตามผลงานที่ดี สามารถนำข้อมูลมาใช้ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและผู้ใช้ข้อมูลทุกระดับ นอกจากนี้การประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ทำให้ค้นพบว่าผู้นำมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลที่มีบุคลากรต่างรุ่นที่เข้าสู่ช่วงเปลี่ยนผ่านของผู้นำสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของประภัสร เจริญนาม และพงษ์เสฐียร เหลืองอลงกต³ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในเขตบริการสุขภาพที่ 3 - 6 พบว่า ภาวะผู้นำของผู้บริหาร เทคโนโลยีสารสนเทศ ขวัญกำลังใจของบุคลากร การมีส่วนร่วมของบุคลากร และบรรยากาศองค์กร เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิผลของโรงพยาบาลชุมชนและการศึกษาของวีระพงศ์ เกียรติไพรยศ และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาภาวะผู้นำกับการบริหารองค์การในยุคดิจิทัล พบว่า ผู้นำหรือผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการองค์การภายใต้ภาวะการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการบริหารจัดการ

1. ส่งเสริมวัฒนธรรมการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลเป็นฐาน (Data-Driven Culture) ในโรงพยาบาล โดยสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ กำหนดเป็นสมรรถนะหลัก (Core Competency) ของโรงพยาบาล และนำไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ
2. จัดทำแผนพัฒนาทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ครอบคลุมตั้งแต่การจัดเก็บ การเข้าถึง การรักษาความปลอดภัย และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ให้แก่บุคลากรทุกระดับอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
3. ครอบคลุมและพัฒนาและปรับปรุงระบบการวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อเสนอแนะของบุคลากรทุกระดับกำหนดให้มีการทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบเสริมสร้างสมรรถนะผู้นำเชิงกลยุทธ์สำหรับบุคลากรต่างรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการนำระบบการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น คณะกรรมการบริหาร หัวหน้าทีมงาน หัวหน้างานที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลและช่วยขับเคลื่อนกระบวนการในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิวัฒน์ เหล่าชัย ที่ได้อุทิศเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาชี้แนะ ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
2. ธวัชชัย ศรีประเสริฐ. (2561). การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
3. ประภัสสร เจริญนาม, พงษ์เสถียร เหลืองอลงกต. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในเขตบริการสุขภาพที่ 3-6. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 26(51), 316-341.
4. ประสพชัย พสุนนท์. (2564). ความท้าทายในการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่สำหรับองค์กรไทย. วารสารบริหารธุรกิจ, 44(169), 1-22.
5. ปัทมา เทียงสมบุญ. (2561). การพัฒนาระบบธุรกิจอัจฉริยะเพื่อสนับสนุนการพยากรณ์และการตัดสินใจของผู้บริหารกรณีศึกษากลุ่มโรงพยาบาล (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัยศรีปทุม).

6. ดวงใจ ใจกล้า, ปภาอร เขียวสีมา, ขวลิต ชนินทรสงขลา, สมบูรณ์ ใจประการ. (2567). การประยุกต์ใช้งานโปรแกรม Power BI ในการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานโรงพยาบาลทันตกรรมมหาวิทยาลัยพะเยา. วารสารศิลปศาสตร์ราชชมงคลพระนคร, 4(1), 1-18.
7. โรงพยาบาลสูงเม่น (2567). แผนพัฒนายุทธศาสตร์โรงพยาบาลสูงเม่น ปีงบประมาณ 2568. งานยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสูงเม่น
8. Simon, H. (1966). Administrative behavior: A study of decision making process in administrative organization. The Free Press.
9. Best, J. W. (1977). Research in education (3rd ed). New Jersey: Prentice-Hall.
10. Li, K., Wang, X., & Chen, H. (2024). Critical success factors for healthcare analytics systems: A multi-case study. Journal of Healthcare Information Management, 38(1), 45-58.
11. ดวงใจ ใจกล้า, ปภาอร เขียวสีมา, ขวลิต ชนินทรสงขลา, และ สมบูรณ์ ใจประการ. (2567). การประยุกต์ ใช้งาน โปรแกรม Power BI ในการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานโรงพยาบาลทันตกรรมมหาวิทยาลัยพะเยา. วารสารศิลปศาสตร์ราชชมงคลพระนคร, 4(1), 1-18.
12. วัฒนา นนทชิต, เบญจพร พลธรรม, พลศักดิ์ จิรไกรศิริ, และอำนาจ บุญรัตน์โมตรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่าง การจัดการสารสนเทศกับการรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพาณิชยศาสตร์บูรพาปริทัศน์, 9(2), 42-53.
13. Davenport, T. H., & Harris, J. G. (2017). Competing on analytics: Updated, with a new introduction: The new science of winning. Harvard Business Press.
14. อภิญา ก่อเต็ม และคมสรค์ ชื่นรัมย์. (2565). การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตาม นโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(2), 124-138.
15. วีระพงศ์ เกียรติไพรยศ, และ พระปลัดสถิตย์ โพธิญาโณ. (2565). ภาวะผู้นำกับการบริหารองค์การในยุคดิจิทัล. วารสารพุทธสังคมวิทยาปริทรรศน์, 7(1), 123-134.

Received: 3 Mar 2025, Revised: 12 Apr 2025

Accepted: 16 Apr 2025

บทความวิจัย

เปรียบเทียบระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาเพื่อให้สงบ
ตั้งแต่ต้นเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา ณ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังขะ

เอกชัย อนิวรรณวงศ์^{1*}

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น การให้ยาสงบแก่ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ แต่ยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการให้ยาสงบตั้งแต่แรก (ภายใน 8 ชั่วโมงหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ) เทียบกับการไม่ให้ยาสงบหรือให้ยาสงบหลัง 8 ชั่วโมง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรกกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบหรือได้รับยาสงบหลัง 8 ชั่วโมง รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง จากผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังขะ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับยาสงบภายใน 8 ชั่วโมงหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบหรือได้รับยาสงบหลัง 8 ชั่วโมง

ผลลัพธ์การศึกษา จากผู้ป่วย 187 ราย พบว่ากลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรก 98 ราย มีระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 61.66 ชั่วโมง และระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 111.27 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบหรือได้รับยาสงบหลัง 8 ชั่วโมง 89 ราย มีระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 53.14 ชั่วโมง และระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 99.48 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในด้านระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเสียชีวิต แต่มีแนวโน้มว่าการให้ยาสงบตั้งแต่แรกอาจเพิ่มระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านขนาดตัวอย่างและความรุนแรงของโรคที่ต่ำ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต โดยเฉพาะการวิจัยแบบ randomized controlled trial เพื่อยืนยันผลลัพธ์และพิจารณาปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาต่อไป

คำสำคัญ : ได้รับยาเพื่อให้สงบตั้งแต่ต้น เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤต

¹นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์

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

*Original Article***Comparison of ventilator-day in early sedation and non-sedation mechanically ventilated patients in ICU, Sangkha Hospital**Ekkachai Aniwattanawong^{1*}**Abstract**

Sangkha Hospital in Surin Province is a community hospital with an increasing number of critically ill patients requiring mechanical ventilation. Sedation is a key practice for patients on ventilators, but there is limited evidence on the outcomes of early sedation (within 8 hours after intubation) compared to no sedation or delayed sedation. This study Aiming to compare the duration of mechanical ventilation, ICU length of stay, and mortality rates between patients who received early sedation and those who did not receive sedation or received it after 8 hours. The study design was a retrospective cohort, including patients aged 18 years or older who were intubated and mechanically ventilated in the ICU Sangkha Hospital. Patients were divided into two groups: those who received sedation within 8 hours after intubation and those who did not receive sedation or received it after 8 hours.

Among 187 patients, the early sedation group (n=98) required mechanical ventilation for a mean of 61.66 hours and stayed in the ICU for 111.27 hours, compared to 53.14 hours and 99.48 hours, respectively, in the non-early sedation group (n=89). However, the study found no statistically significant differences in mechanical ventilation duration, ICU length of stay, or mortality rates. But, there was a trend suggesting that early sedation might prolong mechanical ventilation and ICU stay. This study had limitations, including sample size and low disease severity, so further research—particularly randomized controlled trials—is needed to confirm these findings and assess other factors that may influence treatment outcomes.

Keywords : Early sedation, Mechanical ventilation, Duration of mechanical ventilation, Intensive care unit (ICU)

^{1*}Professional Level, Medicine department, Sangkha Hospital

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

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ที่จำกัด ผู้ป่วยเหล่านี้มักประสบกับความไม่สบายทั้งทางกายและจิตใจจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Patient-ventilator asynchrony) และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษา การให้ยาสงบ (Sedation) เป็นหนึ่งในแนวทางปฏิบัติ^{1,2} ที่ใช้เพื่อลดความไม่สบายและช่วยให้ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การให้ยาสงบตั้งแต่แรก (ภายใน 8 ชั่วโมงหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ) ยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่เนื่องจากมีงานวิจัยบางชิ้น³ ชี้ว่าการให้ยาสงบอาจเพิ่มระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาพักรักษาตัวใน ICU ในขณะที่บางการศึกษา^{6,7} พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ในบริบทของโรงพยาบาลสังขะ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ จำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมอดีตพบว่า การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นแต่อัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจนานส่งผลต่อการดูแลรักษาที่ยากขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตลอดการดูแลรักษา ดังนั้นทางผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาถึงการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบตั้งแต่แรกในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เทียบกับการไม่ใช้ยาสงบหรือให้ยาหลัง 8 ชั่วโมงหลังใส่ท่อช่วยหายใจว่าส่งผลกระทบต่อระยะเวลาที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันในการนอนและอัตราการเสียชีวิตรวมถึงผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย เช่น การดึงท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ การตกเตียงหรือภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกด้านอื่นๆหรือไม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มประชากร

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึง 31 ตุลาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มการศึกษา

1. ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมงหลังรักษาตัวโรงพยาบาลและใส่ท่อนานมากกว่า 12 ชั่วโมง

เกณฑ์การคัดเลือกรออกจากโครงการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์
2. ผู้ป่วยอุบัติเหตุ
3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งตัวเพื่อรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์ (Refer)

4. ผู้ป่วยโรคทางสมองรุนแรง เช่น โรคเลือดออกในสมอง, โรคสมองขาดเลือดขนาดใหญ่, โรคลมชักที่ยังควบคุมชักไม่ได้ (Status epilepticus), เนื้องอกในสมอง เป็นต้น
5. ผู้ป่วยที่มีเป้าหมายการรักษาประคับประคองและปฏิเสธการกวดหัวใจ (Do not attempt resuscitation : DNAR) และได้รับการดูแลจากทีมประคับประคอง
6. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้ยาคลายกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Muscle relaxant agent)

ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณตัวอย่างประชากรอ้างอิงมาจากการวิจัยของ Thomas S., et al, A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilator: a randomized trial⁸ โดยผลลัพธ์ Mean difference of number of days without mechanical ventilation คือ 4.2 วัน (SD = 10) คำนวณจากสูตร Mean – Two independent group formula, type 1 error = 5 % and type 2 error = 20% (Power = 80%)

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (2\sigma^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

แทนค่าสมการด้วย

$Z_{\alpha/2}=1.96$ จากค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐานเมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

$B = \text{type 2 error } 20\% = 0.84$, $\sigma = \text{standard deviation} = 10$

$\mu_1-\mu_2 = \text{mean difference} = 4.2$ วัน

$n = \text{ประชากรต่อกลุ่มที่ต้องการศึกษา} = \text{ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ}$

ผลลัพธ์จากการแทนค่า $n = 90$ คนต่อจำนวนกลุ่ม (Total sample size = 180 คน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และระบบ KPHIS โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลมาตรฐานที่ออกแบบไว้เฉพาะสำหรับการศึกษานี้ผ่านระบบ Google form เก็บโดยผู้วิจัยหลักเพียงคนเดียวข้อมูลที่เก็บรวมถึงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการรักษาตัวโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 22/9/67 COA. No. 51/2567

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ $P<0.05$ ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

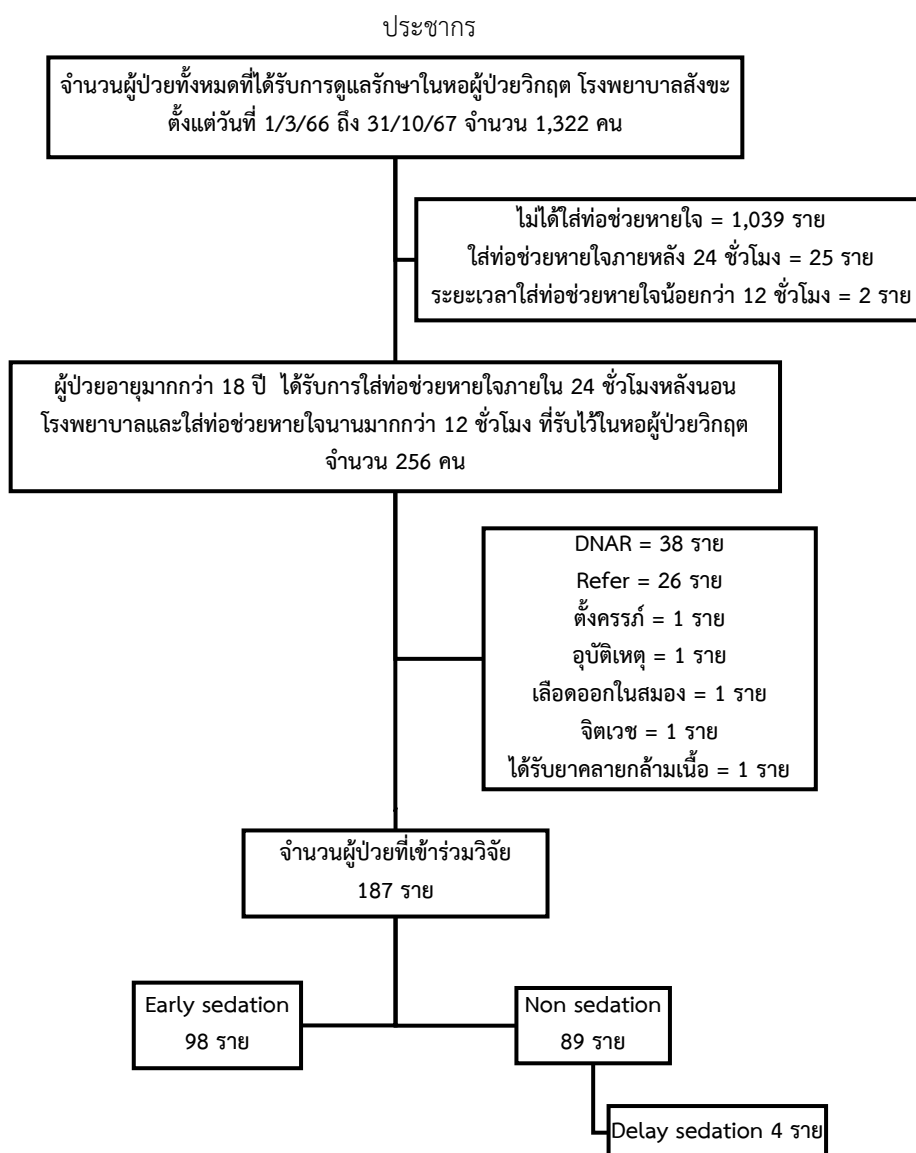
1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Continuous data) วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. ข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical data) วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม

4. การวิเคราะห์ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตใช้ Survival analysis นำเสนอในรูปของ Kaplan-Meier Curve และเปรียบเทียบกับสถิติ Log-rank test

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสงขละ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 มีจำนวน 1,322 คน จากเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษา คงเหลือผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 187 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามระยะเวลาในการให้ยาสงบ ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับยาสงบภายใน 8 ชั่วโมงหลังใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 98 คน (ร้อยละ 52) และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบหรือได้รับยาสงบหลัง 8 ชั่วโมง จำนวน 89 คน (ร้อยละ 48) มีผู้ป่วยที่ได้รับยาสงบหลังใส่ท่อช่วยหายใจ 8 ชั่วโมงจำนวน 4 คน (คิดเป็นร้อยละ 4.5 ของกลุ่ม) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 การแสดงจำนวนประชากรและการคัดเลือกตัวอย่างกลุ่ม



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรกและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบ โดยทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (62.96 ปี และ 66.22 ปี ตามลำดับ) และมีดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน (20.77 และ 20.27 กิโลกรัม/เมตร² ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรกมีสัดส่วนผู้ป่วยชายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$) โดยมีจำนวน 73 คน (ร้อยละ 74.49) และ 47 คน (ร้อยละ 52.81) ตามลำดับ

โรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่เรื้อรัง และโรคหอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ในโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3-5 (11 คน หรือร้อยละ 11.22 ในกลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรก เทียบกับ 8 คน หรือร้อยละ 8.99 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบ) โรคหอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง (16 คน หรือร้อยละ 16.33 เทียบกับ 11 คน หรือร้อยละ 12.36) และประวัติดื่มสุรา (36 คน หรือร้อยละ 36.73 เทียบกับ 21 คน หรือร้อยละ 23.60)

สาเหตุหลักของภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ โรคปอดติดเชื้อ การติดเชื้อในกระแสเลือดที่ไม่ได้เกิดจากระบบทางเดินหายใจ โรคหอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง และภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสถิติในด้านความรุนแรงของโรค ประเมินจากค่า MEWs score ภาวะไตวาย และการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต

สำหรับการได้รับยาสงบ พบว่ากลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรกได้รับยาทางหลอดเลือดดำภายในเวลาเฉลี่ย 1.2 ชั่วโมงหลังใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 34.06 ชั่วโมง โดยส่วนใหญ่ได้รับยา Fentanyl (68 คน คิดเป็นร้อยละ 69.39) Midazolam (13 คน คิดเป็นร้อยละ 13.27) หรือทั้งสองตัวร่วมกัน (17 คน คิดเป็นร้อยละ 17.35) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบหรือได้รับยาสงบหลัง 8 ชั่วโมง พบ 4 ราย ที่ได้รับยาสงบหลังใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 30.21 ชั่วโมง และได้รับยาสงบทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 46.62 ชั่วโมงภาวะแทรกซ้อนที่พบในการศึกษา ได้แก่ ปอดติดเชื้อและภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 1 : ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและลักษณะทางคลินิกพื้นฐาน (n, %)

Characters	Early sedation < 8 hrs (n = 98, 52%)	Non/delay sedation (n = 89, 48%)	P-value
Demographics			
Male	73 (74.49)	47 (52.81)	0.003
Age (year) : mean $\pm$ SD	62.96 $\pm$ 16.6	66.22 $\pm$ 13.82	0.148
Weight (kg) : mean $\pm$ SD	53.16 $\pm$ 11.84	50.72 $\pm$ 12.01	0.163
BMI (Kg/m ²) : mean $\pm$ SD	20.77 $\pm$ 4.28	20.27 $\pm$ 4.53	0.442
Cause of RS failure			
Pneumonia	30 (30.61)	28 (31.46)	0.258
Non-pulmonary sepsis	31 (31.63)	20 (22.47)	
Asthma/COPD	13 (13.27)	11 (12.36)	
Heart failure	9 (9.18)	10 (11.24)	
Post operation	7 (7.14)	16 (17.98)	
Seizure	1 (1.02)	1 (1.12)	
DKA/HHS	3 (3.06)	0 (0.0)	

ตารางที่ 1 : ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและลักษณะทางคลินิกพื้นฐาน (n, %)

Characters	Early sedation < 8 hrs (n = 98, 52%)	Non/delay sedation (n = 89, 48%)	P-value
AKA	3 (3.06)	1 (1.12)	
Other	1 (1.02)	2 (2.25)	
Underlying disease			
No Underlying disease	34 (34.69)	28 (31.46)	0.754
DM type 2	25 (25.51)	21 (23.6)	0.894
Hypertension	33 (33.67)	31 (34.83)	0.99
Chronic kidney disease stage 3-5	11 (11.22)	8 (8.99)	0.793
Asthma/COPD	16 (16.33)	11 (12.36)	0.574
Heart failure	2 (2.04)	3 (3.37)	0.913
Cirrhosis	4 (4.08)	4 (4.49)	1
Other	10 (10.2)	7 (7.87)	0.763
Smoking	39 (39.8)	24 (26.97)	0.089
Chronic alcohol drinking	36 (36.73)	21 (23.6)	0.073
Severity			
Acute kidney injury (AKI)	43 (43.88)	34 (38.2)	0.523
Inotropes	23 (23.47)	21 (23.6)	1
MEWs score : Mean $\pm$ SD	3.92 $\pm$ 1.61	3.56 $\pm$ 1.85	0.16
Sedative drugs			
Fentanyl	68 (69.39)	*4(4.49)	<0.001
Midazolam	13 (13.27)	-	<0.001
Fentanyl + Midazolam	17 (17.35)	-	<0.001
Sedation time (hours) : Mean $\pm$ SD	34.06 $\pm$ 31.73	55.58 $\pm$ 48.86	0.334
ETT to sedation time (hours) : Mean $\pm$ SD	1.2 (1.64)	30.20 $\pm$ 7.41	<0.001
Complication			
Pneumonia	5 (5.1)	4 (4.49)	0.579
Stroke	1 (1.02)	0 (0.0)	
Drug allergy	1 (1.02)	2 (2.25)	
Surgical site infection	0 (0.0)	2 (2.25)	
AKI	6 (6.12)	4 (4.49)	
UTI	1 (1.02)	0 (0.0)	

*Sedation time in group of Delay sedate > 8 hrs.

หมายเหตุ : Diabetic ketone acidosis ; DKA, Alcoholic ketone acidosis ; AKA, Hyperosmolar hyperglycemic state ; HHS.

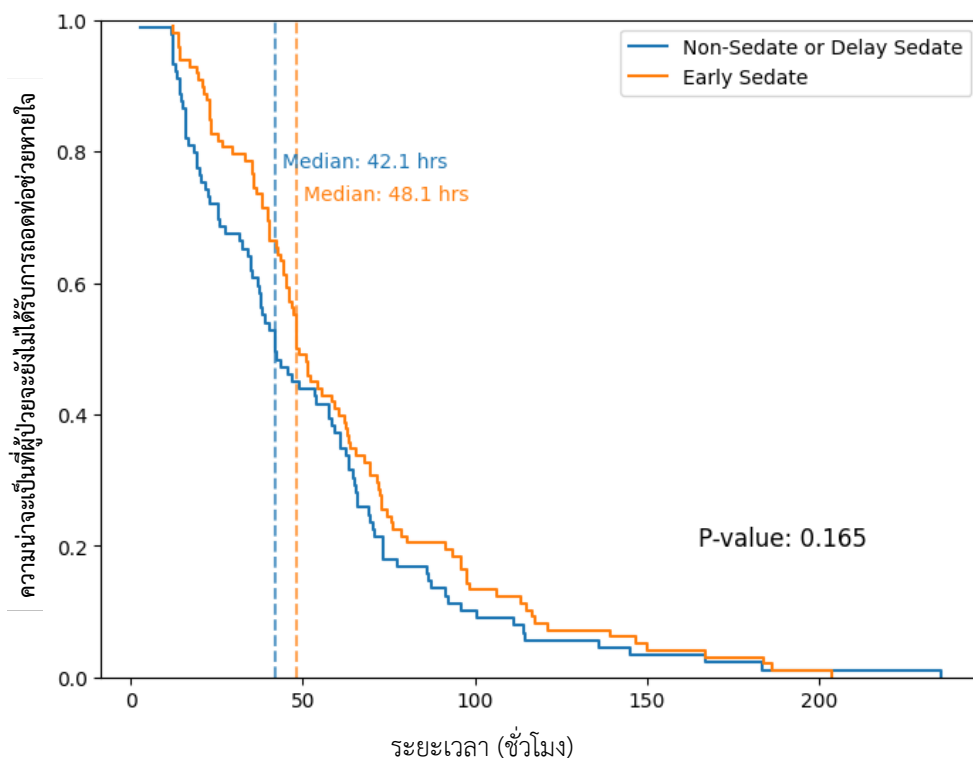
การศึกษานี้เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการให้ยาสงบแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรก (ภายใน 8 ชั่วโมง) กับการไม่ได้รับยาสงบหรือได้รับยาสงบหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจนานกว่า 8 ชั่วโมง พบว่า ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบมีค่าเฉลี่ย 53.14 ชั่วโมง ซึ่งสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรกที่มีค่าเฉลี่ย 61.66 ชั่วโมง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=1.53$)

นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบมีระยะเวลาการรักษาตัวเฉลี่ย 99.48 ชั่วโมง ซึ่งสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรกที่มีค่าเฉลี่ย 111.27 ชั่วโมง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.164$) เช่นเดียวกันกับระยะเวลาการรักษาตัวโรงพยาบาลเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 6.5 วัน

การศึกษานี้ยังพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล การใส่ท่อช่วยหายใจ และการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ระหว่างทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2: ผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง			
Outcome	Sedation	Non/Delay sedation	P-value
Primary Outcome			
Duration of mechanical ventilation			
(Hours) : Mean $\pm$ SD	61.66 $\pm$ 40.33	53.14 $\pm$ 40.84	0.153
Secondary outcome			
ICU Length of stay			
(Hours) : Mean $\pm$ SD	111.27 $\pm$ 58.45	99.48 $\pm$ 56.85	0.164
Hospital Length of stay			
(Days) : Mean $\pm$ SD	6.51 $\pm$ 4.07	6.56 $\pm$ 3.6	0.927
In-Hospital mortality : n, %	2 (2.04)	3 (3.37)	0.670
Self extubation : n, %	3 (3.06)	3 (3.37)	1.0
Re-intubation	3 (3.06)	3 (3.37)	1.0

กราฟที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่ผ่านไป



จากการวิเคราะห์กราฟที่ 1 ซึ่งแสดงความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่ผ่านไป พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรกมีแนวโน้มที่จะใช้เวลานานกว่าในการถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างนี้ไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($P=0.165$) โดยเมื่อพิจารณาจุดที่ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจไปแล้วครึ่งหนึ่งของทั้งหมด (Median point) พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรกใช้เวลาเฉลี่ย 48.1 ชั่วโมง ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบใช้เวลาเฉลี่ย 42.1 ชั่วโมง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการให้ยาสงบแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรก (ภายใน 8 ชั่วโมงหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ) กับการไม่ได้รับยาสงบหรือได้รับยาสงบหลังจากผ่านไปกว่า 8 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังขะ ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่มในด้านระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และระยะเวลาการรักษาตัวโรงพยาบาล รวมถึงอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล การดึงท่อช่วยหายใจเอง และการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเช่นกัน กลุ่มที่ได้รับยาสงบตั้งแต่แรกได้รับยาเฉลี่ยภายใน 1.2 ชั่วโมงหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลาเฉลี่ย 34.06 ชั่วโมง โดยยาที่ใช้บ่อยที่สุดคือ Fentanyl ภาวะแทรกซ้อนในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเกิดขึ้นน้อยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มียาโรคที่ไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน (ประเมินจากค่า MEWs เฉลี่ยที่ 3-4 คะแนน และได้ยากระตุ้นความดันประมาณร้อยละ 20)

สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบหรือได้รับยาหลังจาก 8 ชั่วโมง พบว่ามีระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับยาตั้งแต่แรก คือ 53.14 ชั่วโมง เทียบกับ 61.66 ชั่วโมง (แตกต่างกัน 8.52 ชั่วโมง) ผลลัพธ์นี้มีทิศทางที่สอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2010 โดย Strom T. และคณะ⁸ ที่พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบมีระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจสั้น

กว่ากลุ่มที่ได้รับยาสงบเฉลี่ย 4.2 วัน อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Strøm และคณะมีข้อแตกต่างในด้านความรุนแรงของโรคและประเภทยาที่ใช้คือมีการใช้ยาคลายกล้ามเนื้อร่วมด้วย (muscle relaxant agent) ซึ่งอาจส่งผลต่อความแตกต่างของผลลัพธ์ แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่พบความแตกต่างทางสถิติที่ชัดเจน แต่มีแนวโน้มว่าการให้ยาสงบตั้งแต่แรกอาจเพิ่มระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยสาเหตุที่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติอาจเกิดจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก ความรุนแรงของโรคที่ต่ำ (ประเมินจากค่า MEWs เฉลี่ยที่ 3-4 คะแนน และได้ยากระตุ้นความดันประมาณร้อยละ 20)

ด้านระยะเวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาตั้งแต่แรกมีระยะเวลารักษาตัวสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับยาตั้งแต่แรก คือ 99.48 เทียบกับ 111.27 ชั่วโมง (แตกต่างกัน 11.79 ชั่วโมง) ผลลัพธ์นี้มีแนวโน้มสอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2010 โดย Strøm และคณะ⁶ ที่พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาสงบมีระยะเวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับยาสงบเฉลี่ย 9.7 วัน (13.1 วัน เทียบกับ 22.8 วัน) สาเหตุน่าจะมาจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นคือเรื่องของความรุนแรงตัวโรคที่ต่ำกว่างานวิจัยในอดีต ทำให้ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาในการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างกัน รวมถึงการได้รับยาสงบอาจทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้ากว่าทำให้ระยะเวลานอนพักฟื้นในหอผู้ป่วยวิกฤตนานกว่า

สำหรับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อน เช่น การดึงท่อช่วยหายใจเอง การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และการตกเตียงนั้นไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{6,7} อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ได้รับยาสงบ มีผู้ป่วย 3 รายที่ดึงท่อช่วยหายใจเองและต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเนื่องจากภาวะด้านการหายใจยังไม่ดี สาเหตุเกิดจากการขาดแนวทางการประเมินระดับความรู้สึกตัวหลังได้รับยาสงบ ทำให้ขาดการปรับระดับยาเพื่อให้เพียงพอต่อการควบคุมระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการให้ยาสงบแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกอาจไม่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในแง่ของระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และอาจมีผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า รวมถึงเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้น ควรพิจารณาให้ยาเป็นรายบุคคลตามสภาพผู้ป่วยและข้อบ่งชี้ตามแนวทางการรักษาปัจจุบัน พร้อมทั้งปรับเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพควบคุมไปด้วยและควรที่จะมีการประเมินติดตามหลังได้รับยาสงบอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งสะท้อนบริบทการปฏิบัติงานจริงในสถานพยาบาลขนาดกลาง ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความพร้อมของบุคลากรอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ที่แตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสังกัดดำเนินการโดยแพทย์อายุรกรรมเฉพาะทาง 3 ท่าน ซึ่งแนวทางการรักษาอาจแตกต่างกันตามดุลยพินิจของแพทย์แต่ละคน นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังอาจมีตัวแปรที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว พยาธิสภาพของโรคผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตามทางผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกมาตรฐานในเวชปฏิบัติ เก็บข้อมูลตัวแปรที่สำคัญอย่างครบถ้วน และใช้เกณฑ์บันทึกเรื่องของระยะเวลาต่างๆเหมือนกัน ในการศึกษาไม่พบสัดส่วนของข้อมูลที่หายไปหรือข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน

การศึกษานี้สรุปได้ว่า การให้ยาสงบแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกหรือหลังการใส่ท่อช่วยหายใจไม่เกิน 8 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลารักษาตัวโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ ดังนั้น ควรพิจารณาให้ยาเป็นรายบุคคลตามสภาพผู้ป่วยและข้อบ่งชี้ตามแนวทางการรักษาปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต โดยเฉพาะการวิจัยแบบ Randomized controlled trial เพื่อยืนยันผลลัพธ์เหล่านี้และพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสังกัดที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ที่ให้คำแนะนำและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Seo Y, Lee HJ, Ha EJ, Ha TS. 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. *Acute and Critical Care*. 2022 Feb 28;37(1):1–25.
2. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41(1):263–306.
3. Thille AW, Rodriguez P, Cabello B, Lellouche F, Brochard L. Patient-ventilator asynchrony during assisted mechanical ventilation. *Intensive Care Med*. 2006 Aug 1;32(10):1515–22.
4. Chanques G, Kress JP, Pohlman A, Patel S, Poston J, Jaber S, et al. Impact of Ventilator Adjustment and Sedation–Analgesia Practices on Severe Asynchrony in Patients Ventilated in Assist-Control Mode*. *Crit Care Med*. 2013 Sep;41(9):2177–87.
5. Tanaka LMS, Azevedo LCP, Park M, Schettino G, Nassar AP, Réa-Neto A, et al. Early sedation and clinical outcomes of mechanically ventilated patients: a prospective multicenter cohort study. *Crit Care*. 2014;18(4):R156.
6. Olsen HT, Nedergaard HK, Strøm T, Oxlund J, Wian KA, Ytrebø LM, et al. Nonsedation or Light Sedation in Critically Ill, Mechanically Ventilated Patients. *N Engl J Med*. 2020 Mar 19;382(12):1103–11.
7. Rb L, Hhc C, Larrazabal R. Sedation versus Nonsedation among Critically-Ill Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Jpn J Gastroenterol Hepatol*. 2020.
8. Strom T, Martinussen T, Toft P. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet*. 2010 Feb;375(9713):475–80.

Received: 7 Mar 2025, Revised: 18 Apr 2025

Accepted: 25 Apr 2025

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรีอังคณา บุญทวี¹ อูมาวดี เหลาทอง^{2*} มณฑา เก่งการพานิช³ วิริณรี กิตติพิชัย⁴

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และหากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จะเกิดประโยชน์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว นอกจากจะทำให้โรคที่เป็นรักษาได้ง่ายขึ้น ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังทำให้คุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม ดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2567 ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำนวน 291 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ โดยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้าร้อยละ 76.6 และพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือนข้างหน้าร้อยละ 9.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ระดับการติดยาเสพติด ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และระดับการรับรู้ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ ($p < 0.05$) ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแนวทางการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (วิชาเอกการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Corresponding author : E-mail: umawadee.lao@mahidol.ac.th

Original Article

Factors Related to Quit Smoking Intention Among Non-Communicable Disease Patients in the Primary Care Unit, Mueang District, Nonthaburi Province

Angkana Boontawe¹ Umawadee Laothong^{2*}Mondha Kengganpanich³ Wirin Kittipichai⁴

Abstract

Smoking is one of the leading causes of chronic non-communicable diseases. If smoking behavior can be successfully changed, it brings both short-term and long-term benefits. Not only does it make existing conditions easier to treat and reduce the risk of complications, but it also improves quality of life in various aspects such as physical health, mental and emotional well-being, and social life. This cross-sectional descriptive study had the objectives of studying the intention to quit smoking and factors related to quit smoking intention among patients with non-communicable diseases in the primary care units, Mueang District, Nonthaburi Province. The sample consisted of 291 patients with non-communicable diseases who visited the chronic disease clinic in the primary care units, Mueang District, Nonthaburi Province in 2024 and were currently smoking. Data were collected using an interview form and were analyzed using descriptive statistics, including number, percentage, mean, and standard deviation. The relationship was analyzed using the chi-square test and Fisher's exact test. The results found that most of the sample had the intention to quit smoking, with 76.6 percent planning to quit smoking within the next 6 months and 9.3 percent ready to quit smoking within the next 1 month. Factors significantly associated with quitting smoking were age, education level, occupation, duration of smoking, level of nicotine dependence, level of perceived ability to control smoking cessation behavior, and level of awareness of smoking cessation service system ($p < 0.05$). The results from this study will be useful for developing guidelines for smoking cessation promotion programs in the primary care units, especially in patients with non-communicable diseases, appropriately and effectively.

Keywords: Factors related, Intention to quit smoking, Non-communicable disease, The primary care unit

¹ Master of Science Program in Public Health (Major in Community Health System Development), Faculty of Public Health, Mahidol University

² Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

⁴ Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

* Corresponding author E-mail: umawadee.lao@mahidol.ac.th

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม¹ ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2557 – 2561 พบอัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3, 47.1 และ 31.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม² ทั้งนี้พบว่าการสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่สำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและยังคงสูบบุหรี่มีแนวโน้มจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็งมากขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจทำให้เสียชีวิตในที่สุด³ ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่า ประชาชนไทยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีประวัติเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ยังคงสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 10.2, 14.6, 28.6, 11.0 และ 17.1 ตามลำดับ⁴ สำหรับสถานการณ์การเลิกสูบบุหรี่ในช่วงปี พ.ศ. 2550 - 2560 พบว่า อัตราผู้ที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มีปริมาณที่สูงขึ้นจากร้อยละ 15.95 ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 33.75 ในปี พ.ศ. 2560⁵ แต่ยังคงพบว่ามีอัตราผู้ที่ได้รับการบำบัดและเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จค่อนข้างต่ำ⁵

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ภารกิจหลักพื้นฐานในการให้บริการกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดการเจ็บป่วย ลดความพิการ และการสูญเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เริ่มตั้งแต่ระบบการคัดกรอง การแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ประเมินความรุนแรงในการเสพติดบุหรี่และความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่เข้าสู่การบำบัด⁶ จังหวัดนนทบุรีเป็นพื้นที่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร และมีประชากรหนาแน่นที่สุดเป็นอันดับที่ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร สถานการณ์การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 22 แห่ง) ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบ จำนวน 35,102 คน และ 17,872 คน ตามลำดับ ขณะที่ผู้ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4,595 คน และเป็นโรคเบาหวานจำนวน 2,257 คน ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มโรคดังกล่าวที่ยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จำนวน 377 คน⁵

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จะเกิดประโยชน์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว นอกจากจะทำให้โรคที่เป็นรักษาได้ง่ายขึ้น ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังทำให้คุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม ดีขึ้นอีกด้วย โดยการเลิกสูบบุหรี่ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของบุคคลว่าจะกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ ซึ่งความตั้งใจเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ในอนาคต สามารถอธิบายด้วยแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปัจจัยทั้ง 3 ได้แก่ เจตคติต่อการทำพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งมีผลร่วมกันต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรม⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลทั่วไป ผู้มีภาวะโรคซึมเศร้า หรือเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งยังพบการศึกษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิค่อนข้างน้อย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย รวมถึงมีส่วนช่วยให้การบำบัดรักษาโรคมีความต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแนวทางการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2567 ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

กำหนดขนาดตัวอย่างตามสูตรจากการประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่จำกัดขนาดประชากร จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Wayne WD⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น (0.05)

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96)

p คือ ค่าสัดส่วนของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า จากการศึกษาของจุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ⁹ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้าในระดับสูง ร้อยละ 22.9 ดังนั้น ค่า p = 0.22 แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)(0.22)(1-0.22)}{(0.05)^2} \\ &= 264 \text{ คน} \end{aligned}$$

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับสลากเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 10 แห่ง จากทั้งหมด 22 แห่ง เพื่อลงเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคเรื้อรังที่เปิดทำการในเวลาราชการ 08.30 – 16.30 น. โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยการเขียนรายชื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการนัดตรวจและรับยาในวันลงเก็บข้อมูล และสุ่มเลือกคนวันคนสอบถามพฤติกรรมสูบบุหรี่ หากไม่สูบบุหรี่จะสุ่มเลือกคนถัดไปจนกว่าจะครบตามจำนวนที่ต้องการ

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีระยะการเจ็บป่วยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป

3. มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำ

4. สามารถอ่าน เขียน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

5. ยินยอมให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก

ผู้ป่วยไม่มาตามนัด

เกณฑ์ให้ออกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย แต่มีความประสงค์จะออกจากการวิจัยภายหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบสั้น ๆ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบสั้น ๆ จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการใช้กัญชา

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์จากการศึกษาของของจุฑารัตน์อยู่สุขเจริญ⁹ โดยมีคำถาม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต ให้เลือก 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเลย การแปลผลได้จากการนำค่าคะแนนแต่ละข้อคำถามมารวมกัน จะได้ค่าคะแนนเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ใช้เกณฑ์ของเบสท์¹⁰ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 27 – 35 คะแนน มีระดับเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ทางบวก 17 – 26 คะแนน มีระดับเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ปานกลาง และ 7 – 16 คะแนน มีระดับเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ทางลบ

ส่วนที่ 4 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์จากการศึกษาของจุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ⁹ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต ให้เลือก 5 ระดับ คือ ทำตามแน่นอน ทำตาม ไม่แน่ใจ ไม่ทำตาม ไม่ทำตามแน่นอน การแปลผลได้จากการนำค่าคะแนนแต่ละข้อคำถามมารวมกัน จะได้ค่าคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ ใช้เกณฑ์ของเบสท์¹⁰ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 11 – 15 คะแนน ระดับสูง 7 – 10 คะแนน ระดับปานกลาง และ 3 – 6 คะแนน ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์จากการศึกษาของจุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ⁹ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต ให้เลือก 5 ระดับ คือ ง่ายมาก ง่าย ไม่แน่ใจ ยาก ยากมาก การแปลผลได้จากการนำค่าคะแนนแต่ละข้อคำถามมารวมกัน จะได้ค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ใช้เกณฑ์ของเบสท์¹⁰ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 27 – 35 คะแนน ระดับสูง 17 – 26 คะแนน ระดับปานกลาง และ 7 – 16 คะแนน ระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 การรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต ให้เลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลได้จากการนำค่าคะแนนแต่ละข้อคำถามมารวมกัน จะได้ค่าคะแนนการรับรู้ระบบช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ ใช้เกณฑ์ของเบสท์¹⁰ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 30 – 40 คะแนน ระดับสูง 19 – 29 คะแนน ระดับปานกลาง และ 8 – 18 คะแนน ระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ มีการแปลผล ดังนี้ ยังไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า แปลผลเป็น ยังไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่ คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า แปลผลเป็น

คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ กำลังวางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือนข้างหน้า หรืออยู่ในช่วงที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ แปลผลเป็น
พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ ในการศึกษาครั้งนี้จัดกลุ่มความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่เป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ (กลุ่มตัวอย่าง
ที่ยังไม่สนใจที่จะเลิกสูบบุหรี่) และตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ (กลุ่มตัวอย่างที่คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มตัวอย่างที่พร้อมที่จะเลิก
สูบบุหรี่)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 3 ท่านพิจารณาและคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยทุกข้อคำถามมี
ค่า CVI ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป และมีตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว
ไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ผลหาค่าความเชื่อมั่นด้วย
สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเจตคติต่อ
การเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 0.73 แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 0.86 แบบวัดการรับรู้
ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 0.96 และแบบวัดการรับรู้ระบบช่วยเหลือเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.77

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือเรียนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อขออนุญาตทำวิจัยและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง
จากผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ทั้ง 10 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเริ่มต้นด้วย
การขออนุญาตสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสูบบุหรี่ ตามเกณฑ์การคัดเข้า และสอบถามความยินยอมการเข้าร่วมการ
วิจัย ในระหว่างผู้ป่วยรอรับบริการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บ
ข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วม
วิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยของอาสาสมัครวิจัย และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจนครบทุกข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรม SPSS และใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. พรรณนาคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่ม
อ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือ
เลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2023-124 วันที่รับรอง 10 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.4 อายุเฉลี่ย 48.2 ปี อายุต่ำสุด 31 ปี อายุสูงสุด 86 ปี
สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.4 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 49.8 ประกอบอาชีพเป็นพนักงาน/
ลูกจ้างบริษัท ร้อยละ 48.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,685.9 บาท รายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 51.2
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 55.3 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.5 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือด
สูง ร้อยละ 70.4 และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 96.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=291)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	269	92.4
หญิง	22	7.6
อายุ		
30 – 39 ปี	108	37.1
40 – 49 ปี	67	23.0
50 – 59 ปี	27	9.3
60 – 69 ปี	82	28.2
70 ปี ขึ้นไป	7	2.4
(ค่าเฉลี่ย = 48.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.6 ค่าต่ำสุด = 31 ค่าสูงสุด = 86)		
สถานภาพสมรส		
สมรส	202	69.4
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	53	18.2
โสด	36	12.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	101	34.7
มัธยมศึกษา	14	4.8
ปวส.	20	6.9
ปวช.	11	3.8
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	145	49.8
อาชีพ		
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัท	140	48.1
ไม่ได้ทำงาน	82	28.2
รับจ้างทั่วไป	33	11.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	31	10.7
เกษตรกร	3	1.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	0.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	12	4.1
600 - 5,000 บาท	78	26.8
5,001 – 20,000 บาท	149	51.2
20,001 บาทขึ้นไป	52	17.9

(ค่าเฉลี่ย = 12,685.9 ค่ามัธยฐาน = 15,000)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9,482.8 ค่าต่ำสุด = 0 ค่าสูงสุด = 31,000)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	161	55.3
ไม่เพียงพอ	130	44.7
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	278	95.5
โรคไขมันในเลือดสูง	205	70.4
โรคเบาหวาน	198	68.0
โรคหลอดเลือดสมอง	6	2.1
โรคหอบหืด	3	1.0
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มี	282	96.9
มี (ขาปลายเท้า)	9	3.1

2. พฤติกรรมการใช้สารเสพติด

ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย ร้อยละ 31.4 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เพราะสูบบุหรี่ตามเพื่อน ร้อยละ 95.2 ประเภทบุหรี่ที่สูบเป็นบุหรี่มีกันกรอง ร้อยละ 97.9 จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน ร้อยละ 96.2 การติดนิโคตินส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 95.6 และไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 82.1 ด้านพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 87.3 สาเหตุเพราะต้องเข้าสังคม ร้อยละ 95.7 ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ 2 - 4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 67.7 และมักจะดื่มแอลกอฮอล์พร้อมกับสูบบุหรี่ ร้อยละ 92.5 ส่วนด้านพฤติกรรมการใช้กัญชา พบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้กัญชาในปัจจุบัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (n=291)

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่		
ต่ำกว่า 20 ปี	53	18.2
20 – 30 ปี	114	39.2
มากกว่า 30 ปี	124	42.6
(ค่าเฉลี่ย = 31.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.6 ค่าต่ำสุด = 9 ค่าสูงสุด = 68)		
สาเหตุที่สูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สูบบุหรี่ตามเพื่อน	277	95.2

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทดลอง/อยากรู้อยากลอง	265	91.1
ต้องเข้าสังคม	257	88.3
ทำให้ดูเท่	68	23.4
ช่วยคลายเครียด	65	22.3
ช่วยให้มีแรง	28	9.6
สูบตามคนในบ้าน	11	3.8
ประเภทบุหรี่ยี่สิบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บุหรี่ยี่สิบกรอง	285	97.9
บุหรี่ยี่สิบมวนเอง	9	3.1
บุหรี่ยี่สิบไฟฟ้า	1	0.3
จำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน		
≤ 10 มวน	280	96.2
11 – 20 มวน	11	3.8
(ค่าเฉลี่ย = 5.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.3 ค่าต่ำสุด = 1 ค่าสูงสุด = 20)		
ระดับการติดสารนิโคติน		
ระดับต่ำ	278	95.6
ระดับปานกลาง	10	3.4
ระดับสูง	3	1.0
การเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่		
ไม่เคย	239	82.1
เคย	52	17.9
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน		
ใช่	254	87.3
ไม่ใช่	37	12.7
สาเหตุที่ดื่มแอลกอฮอล์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ต้องเข้าสังคม	243	95.7
ดื่มตามเพื่อน	227	89.4
ช่วยคลายเครียด	130	51.2
ดื่มตามคนในบ้าน	110	43.3
ทดลอง/อยากรู้อยากลอง	104	40.9
ช่วยให้มีแรง	45	17.7
ทำให้ดูเท่	1	0.4
ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์		

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	21	8.3
2 – 4 ครั้งต่อเดือน	172	67.7
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	24	9.4
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	37	14.6
การดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับสูบบุหรี่		
ใช่	235	92.5
ไม่ใช่	19	7.5
พฤติกรรมการใช้กัญชา		
การใช้กัญชาในปัจจุบัน		
ไม่ใช่	291	100
ใช่	0	0

3. เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ระบบบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 95.5 มีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 20.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ (n=291)

ระดับเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทางบวก (27 – 35 คะแนน)	4	1.4
ระดับปานกลาง (17 – 26 คะแนน)	278	95.5
ทางลบ (7 – 16 คะแนน)	9	3.1
(ค่าเฉลี่ย = 20.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.9 ค่าต่ำสุด = 15 ค่าสูงสุด = 35)		

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 9.4 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=291)

ระดับการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (11 – 15 คะแนน)	30	10.3
ระดับปานกลาง (7 – 10 คะแนน)	254	87.3
ระดับต่ำ (3 – 6 คะแนน)	7	2.4

(ค่าเฉลี่ย = 9.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.1

ค่าต่ำสุด = 6 ค่าสูงสุด = 15)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.6 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 23.1 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=291)

ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (27 – 35 คะแนน)	30	10.3
ระดับปานกลาง (17 – 26 คะแนน)	255	87.6
ระดับต่ำ (7 – 16 คะแนน)	6	2.1

(ค่าเฉลี่ย = 23.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.6

ค่าต่ำสุด = 11 ค่าสูงสุด = 35)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่เท่ากับ 21.5 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=291)

ระดับการรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (30 – 40 คะแนน)	10	3.4
ระดับปานกลาง (19 – 29 คะแนน)	251	86.3
ระดับต่ำ (8 – 18 คะแนน)	30	10.3

(ค่าเฉลี่ย = 21.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.6

ค่าต่ำสุด = 8 ค่าสูงสุด = 36)

4. ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.9 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า ร้อยละ 76.6 และกลุ่มที่พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.3 ส่วนกลุ่มที่ยังไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่คิดเป็น ร้อยละ 14.1 5 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=291)

ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยังไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่	41	14.1
คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่	223	76.6
พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่	27	9.3

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และระดับการรับรู้ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ ส่วนระดับเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ และระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=291)

ตัวแปร	รวม จำนวน (ร้อยละ)	ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่		p-value
		ตั้งใจ (n=250) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ตั้งใจ (n=41) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				1.000 ^F
หญิง	22 (7.6)	19 (86.4)	3 (13.6)	
ชาย	259 (92.4)	231 (85.9)	38 (14.1)	
อายุ				0.001 [*]
30 – 59 ปี	202 (69.4)	183 (90.6)	19 (9.4)	
60 ปีขึ้นไป	89 (30.6)	67 (75.3)	22 (24.7)	
สถานภาพสมรส				0.196
สมรส	202 (69.4)	170 (84.2)	32 (15.8)	
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	89 (30.6)	80 (89.9)	9 (10.1)	
ระดับการศึกษา				0.012 [*]
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	145 (49.8)	132 (91.0)	13 (9.0)	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	146 (50.2)	118 (80.8)	28 (19.2)	
ลักษณะอาชีพ				0.007 [*]
เวลาปฏิบัติงานแน่นอน (พนักงาน/ลูกจ้างบริษัท/รับ	142 (48.8)	130 (91.5)	12 (8.5)	

ตัวแปร	รวม จำนวน (ร้อยละ)	ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่		p-value
		ตั้งใจ (n=250) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ตั้งใจ (n=41) จำนวน (ร้อยละ)	
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ)				
เวลาปฏิบัติงานไม่แน่นอน (รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว/เกษตรกรรม/ไม่ได้ ทำงาน)	149 (51.2)	120 (80.5)	29 (19.5)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				0.067
20,001 บาทขึ้นไป	52 (17.9)	47 (90.4)	5 (9.6)	
5,001 – 20,000 บาท	149 (51.2)	132 (88.6)	17 (11.4)	
≤ 5,000 บาท	90 (30.9)	71 (78.9)	19 (21.1)	
ความเพียงพอของรายได้				0.054
เพียงพอ	161 (55.3)	144 (89.4)	17 (10.6)	
ไม่เพียงพอ	130 (44.7)	106 (81.5)	24 (18.5)	
ภาวะแทรกซ้อน				1.000 ^F
มี	9 (3.1)	8 (88.9)	1 (11.1)	
ไม่มี	282 (96.9)	242 (85.8)	40 (14.2)	
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่				0.001 [*]
≤ 30 ปี	167 (57.4)	153 (91.6)	14 (8.4)	
> 30 ปี	124 (42.6)	97 (78.2)	27 (21.8)	
ระดับการติดยาโคติน				0.024 ^{F,*}
ต่ำ	278 (95.6)	242 (87.1)	36 (12.9)	
สูง-ปานกลาง	13 (3.4)	8 (61.5)	5 (38.5)	
การดื่มแอลกอฮอล์				0.540
ไม่ใช่	37 (12.7)	33 (89.2)	4 (10.8)	
ใช่	254 (87.3)	217 (85.4)	37 (14.6)	
ระดับเจตคติต่อการเลิก สูบบุหรี่				1.000 ^F
ทางบวก	4 (1.4)	4 (100.0)	0 (0.0)	
ปานกลาง-ทางลบ	287 (98.6)	246 (85.7)	41 (14.3)	
ระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงใน การเลิกสูบบุหรี่				0.095 ^F
สูง	30 (10.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	
ปานกลาง-ต่ำ	261 (89.7)	221 (84.7)	40 (15.3)	
ระดับการรับรู้ความสามารถ				0.012 ^{F,*}

ตัวแปร	รวม จำนวน (ร้อยละ)	ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่		p-value	
		ตั้งใจ (n=250)	ไม่ตั้งใจ (n=41)		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ในการควบคุมพฤติกรรม					
การเลิกสูบบุหรี่					
สูง	30 (10.3)	30 (100.0)	0 (0.0)	0.038 ^{F,*}	
ปานกลาง-ต่ำ	261 (89.7)	220 (84.3)	41 (15.7)		
ระดับการรับรู้ระบบบริการ					
ช่วยเลิกบุหรี่					
สูง	10 (3.4)	6 (60.0)	4 (40.0)		
ปานกลาง-ต่ำ	281 (96.6)	244 (86.8)	37 (13.2)		

* มีนัยสำคัญ (p-value < 0.05)

^F Fisher's exact test

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.9 เป็นกลุ่มที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า ร้อยละ 76.6 และกลุ่มที่พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.3 สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกรรณ์ จินาพรรณ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง ร้อยละ 55.3¹¹ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 59 ปี เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัว จึงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพและมีความคิดว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยการไม่สูบบุหรี่ยังมีประโยชน์ เพื่อให้สุขภาพร่างกายกลับมาแข็งแรง โรคที่เป็นไม่รุนแรงขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดนิโคตินในระดับต่ำและสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี การเลิกสูบบุหรี่จึงไม่เป็นเรื่องยาก สามารถเลิกได้

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 30 – 59 ปี มีแนวโน้มตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 30 – 59 ปี เมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ รวมไปถึงประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ จะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายกว่า และมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจมีความเคยชินกับการสูบบุหรี่และเห็นว่าเลิกสูบบุหรี่อาจจะไม่มีประโยชน์เนื่องจากสูบบุหรี่มานานแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของพรปวีณ์ ยังปักษ์ และคณะ และการศึกษาหมัลลิกา มาตระกูล และคณะ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่^{12, 13} กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีแนวโน้มตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อาจเนื่องจากระดับการศึกษามีผลต่อระดับความรู้และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับอันตรายและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ รวมไปถึงประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นองค์ประกอบในการกำหนดพฤติกรรมที่ดีหรือไม่ดี และกำหนดความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ระดับการศึกษาที่สูงกว่าอาจมีผลต่อความสนใจและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล วิธีการหรือช่องทางในการช่วยเลิกบุหรี่ได้มากกว่า เช่น การศึกษาหาข้อมูลตามแหล่งต่าง ๆ การจดจำข้อมูลได้ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ และการศึกษาหมัลลิกา มาตระกูล ที่พบว่า ระดับการศึกษา

มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปจะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี¹³ กลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะอาชีพที่มีเวลาปฏิบัติงานแน่นอน ได้แก่ พนักงาน/ลูกจ้างบริษัท/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะอาชีพที่มีเวลาปฏิบัติงานไม่แน่นอนหรือมีอิสระในการทำงาน รวมถึงกลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน ซึ่งมีโอกาสสูบบุหรี่ได้มากกว่า ทำให้สูบบุหรี่ได้ปริมาณที่มากกว่าและมีความถี่ในการสูบบุหรี่สูงกว่าทำให้ติดการสูบบุหรี่ หากต้องเลิกสูบบุหรี่อาจเป็นเรื่องยาก จึงมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ที่ต่ำกว่า รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะอาชีพที่มีเวลาปฏิบัติงานแน่นอน สถานที่ทำงานอาจอยู่ในห้องมิดชิด หรือมีการใช้เครื่องปรับอากาศ ทำให้ไม่สามารถสูบบุหรี่ในขณะที่ปฏิบัติงานได้ รวมถึงอาจมีนโยบายเขตปลอดบุหรี่หรือมีการจำกัดพื้นที่ในการสูบบุหรี่ ทำให้ลดโอกาสและปริมาณในการสูบบุหรี่ หากต้องเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นเรื่องง่ายและมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภัสสร กุลศรี และมาส ไม่ประเสริฐ ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการจะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มาก/อย่างมุ่งมั่น ซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพว่างงาน/เกษตรกรกรรม ค่าขาย และรับจ้าง¹⁴

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่และระดับการติดนิโคตินมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาต่ำกว่า 30 ปี จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานานจนเกิดความเคยชินและติดเป็นนิสัย ทำให้รู้สึกว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกสูบบุหรี่ เพราะอาจเกิดภาวะถอนนิโคตินที่รุนแรง จึงทำให้มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาน้อยกว่า หากต้องเลิกสูบบุหรี่จึงไม่ใช่เรื่องยากและสามารถทำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพรปวีณ์ ยังปักษ์ และคณะ¹² ที่พบว่าระยะเวลาที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ที่ลดลง กลุ่มตัวอย่างที่มีการติดนิโคตินในระดับต่ำจะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการติดนิโคตินในระดับปานกลางและสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในปริมาณน้อยหรือติดสารนิโคตินในระดับต่ำ หากจำเป็นต้องเลิกสูบบุหรี่ก็จะสามารถเลิกได้ง่าย รวมถึงอาจมีภาวะถอนนิโคตินรุนแรงน้อยกว่า จึงมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าและมีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในปริมาณมากเป็นประจำหรือติดสารนิโคตินในระดับสูง ที่ต้องใช้ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่และรับมือกับอาการถอนนิโคติน สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกรณ จินาพรรณ และการศึกษาของธนพร ศรีฟ้า ที่พบว่าระดับการติดนิโคตินมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ติดนิโคตินระดับสูงจะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดนิโคตินระดับน้อย^{11, 15}

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูงจะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในระดับปานกลางและต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องง่ายและมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จและรู้ว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ทั้งปัจจัยเสริมและปัจจัยขัดขวาง รวมถึงสามารถรับมือและเอาชนะอาการถอนนิโคตินที่อาจเกิดขึ้นได้ ก็จะมีมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐกรณ จินาพรรณ ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร¹¹ และการศึกษาของธนวัฒน์ สมบูรณ์ ทบทวน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ¹⁶

การรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในระดับปานกลางและต่ำ จะมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในระดับสูงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีการติดนิโคตินในระดับสูง ซึ่งเป็นไปได้ว่าเคยได้รับการคัดกรองและแนะนำให้เข้ารับการบำบัดเลิกสูบบุหรี่จากบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการมาแล้ว จึงมีโอกาสดำเนินการตามคำแนะนำ ขาดการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ รวมถึงช่องทางและวิธีการช่วยเหลือเลิกบุหรี่จากแหล่งต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มที่มีการติดนิโคตินในระดับปานกลางและต่ำ เพียงแต่ยังไม่สนใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ เช่น ปริกาเลิกบุหรี่สายด่วน Quitline 1600 การขอคำปรึกษาและเข้าบำบัดได้ที่โรงพยาบาลทุกแห่ง วิธีการเลิกบุหรี่ เป็นต้น ให้มีการรับรู้ที่ครอบคลุมและเข้าถึงประชากรทุกกลุ่ม

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และระดับการรับรู้ระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการซักประวัติและประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับบริการ รวมถึงประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อนำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมต่อไป สำหรับผู้ที่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

2. ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ หน่วยบริการปฐมภูมิควรวางแผนและกำหนดวิธีการในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความรู้ความเข้าใจ สามารถฝ่าฟันและเอาชนะปัญหาอุปสรรคจนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สนใจเลิกสูบบุหรี่ หน่วยบริการปฐมภูมิควรมีวิธีการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและรับรู้ถึงผลของการสูบบุหรี่ทั้งต่อการเจ็บป่วยของตนเองที่อาจมีความรุนแรงขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อน และผลจากการได้รับควันบุหรี่ของครอบครัว

3. จากผลการศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ และระดับการติดนิโคติน มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีการจัดทำแผน กิจกรรม หรือพัฒนาโปรแกรม ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละกลุ่ม เช่น ในกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำควรมุ่งเน้นการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ ในกลุ่มที่มีระดับการติดนิโคตินต่ำและมีระยะเวลาที่สูบบุหรี่มาไม่มาก ควรแนะนำและส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีการติดนิโคตินในระดับสูงและมีระยะเวลาสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน จนเกิดความเคยชิน หากต้องลดหรือเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นเรื่องยาก ดังนั้น จำเป็นต้องกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและมีทัศนคติที่ดีต่อการเลิกสูบบุหรี่ก่อน จากนั้นจึงเป็นการเน้นเสริมพลังเพื่อให้เกิดความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่จนสำเร็จ ทั้งนี้ อาจมีการจัดกิจกรรมโดยให้บุคคลที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ มาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทาง และเป็นแบบอย่างได้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจมากยิ่งขึ้นว่าตนจะสามารถเลิกสูบบุหรี่สำเร็จได้เช่นกัน

4. หน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการเสริมสร้างความมั่นใจร่วมกับบุคคลที่มีความสำคัญผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กำลังใจและเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถควบคุมและเอาชนะอุปสรรคจนเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/dncd/forecast_detail.php?publish=13924&deptcode=dncd.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=10358.
3. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานสถานการณ์ การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.trc.or.th/th/ศูนย์ข้อมูล/สื่อเผยแพร่/คลังหนังสือ/527-รายงานสถานการณ์-การบริโภคยาสูบของประเทศไทย-พ-ศ-2562.html>.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/printed-matter/399>.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC). [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. การบำบัดโรคเสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบสำหรับผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/d300502a-c38b-e711-80e3-00155d65ec2e>.
7. Ajzen. Theory of Planned Behavior Diagram. [อินเทอร์เน็ต]. 2019 [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://people.umass.edu/ajzen/tpb.diag.html>.
8. Wayne WD. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6 ed. John Wiley & Sons, Inc.1995. 180 p.
9. จุฬารัตน์ อยู่สุขเจริญ. ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Engle Clift. NJ : Prentice-Hall. 1977.
11. ญัฐกรณิ จินาพรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2564;2(2):8-19.
12. พรทวีณ ยังภักชี, จิตจินต์ณิชา ศรีทองเพ็ชร, ซาลิสซา ชัยเกียรติ, ณัฐวดี บัณฑิต, ธัญภรณ์ ฉายากุล, นันทวัน เอ่งฉ้วน, และคณะ. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาล 2562;68(2):9-16.
13. มัลลิกา มาตระกูล. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มวนเอง ในจังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาล 2555;61(1):10-20.

14. ศิริภัสสร กุลศรี, มาส ไม่ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้เข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย 2560;6(1):1512-20.
15. ธนพร ศรีฟ้า. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
16. ธนวัฒน์ สมบูรณ์, อนุกุล มะโนทน, สมคิด จูหว่า, ประจวบ แหลมหลัก. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม: กรณีศึกษาตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562;5(3):83-93.

Received: 6 Mar 2025, Revised: 21 Apr 2025

Accepted: 28 Apr 2025

บทความวิจัย

การรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอกลางจังหวัดภูเก็ต

วาสนีย์ พลนุ้ย¹ นันทนา จันทร์แจ่มศรี² นิสากร ตันติวิบูลชัย^{3*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 458 คน ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์เพียร์สัน ระดับนัยความสัมพัทธ์ทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.50 อายุเฉลี่ย 13.68 (S.D. = 1.83) ปี ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ($\bar{X}$ = 70.75, S.D.=13.54) และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่โดยรวม ($\bar{X}$ = 3.10, S.D. = 1.16) อยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านความรู้และความเข้าใจ อยู่ในระดับต่ำ (r = 0.159) ด้านการเข้าถึงข้อมูล การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อข้อมูล อยู่ในระดับปานกลาง (r = 0.614, 0.598, 0.641, 0.680 และ 0.637 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่ให้กับนักเรียนในอำเภอกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กนักเรียนเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : โรคไข้หวัดใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนต้น

^{1,2} นักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

^{3*} อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

* Corresponding author E-mail: nisakorn.t@pkru.ac.th

*Original Article***Health Literacy and Influenza Prevention Behaviors among Grade 5-6 and 7-9 Students in Thalang District, Phuket Province.****Vasinee Pholnui¹ Nantana Janjaemsri² Nisakorn Tantiwiboonchai^{3*}****Abstract**

This study was a Cross-sectional descriptive study aimed to the level and correlation between health literacy and influenza prevention behaviors among Grade 5-6 and 7-9 students in Thalang District, Phuket Province. A total of 458 participants were selected through proportional stratified random sampling. Data were collected using an online questionnaire, divided into 3 parts: 1) sociodemographic characteristics 2) health literacy and 3) influenza prevention behaviors. Data analyzed by using percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient, significance was at 0.05 level.

The results showed that the mostly of participants were females 57.50%, mean age 13.68 (S.D. = 1.83) years old, the overall health literacy ($\bar{X}$ = 70.75, S.D.=13.54) and influenza prevention behaviors ($\bar{X}$ = 3.10, S.D. = 1.16) were at a good level. The relationship between health literacy and influenza prevention behaviors were positively with statistically significant ($p < .01$). In addition, influenza prevention behaviors were positively statistically correlated to understanding of influenza at low level ($r = 0.159$), access to health information, interaction with change, decision - making, modification and health discussion were moderate level ($r = 0.614, 0.598, 0.641, 0.680$ and 0.637 respectively).

Recommendations of the study result should be promoted influenza health literacy to Thalang's students, particularly understanding of influenza prevention could be increased influenza prevention behaviors.

Keywords: Influenza, Health Literacy, Prevention Behaviors, among Grade 5-6 and 7-9 Students

^{1,2} Bachelor of Public Health Student, Faculty of Science and Technology, Phuket Rajabhat University

³ Instructor of Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phuket Rajabhat University

* Corresponding author E-mail: nisakorn.t@pkru.ac.th

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน โดยมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ มีไข้สูงแบบทันทีทันใด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ไข้หวัดใหญ่เป็นโรคที่สำคัญโรคหนึ่งในกลุ่มโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ เนื่องจากเกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลกมาแล้วหลายครั้ง แต่แต่ละครั้งเกิดการแพร่กระจายอย่างกว้างขวางเกือบทุกทวีป ทำให้มีผู้ป่วยและเสียชีวิตนับล้านคน ทั้งนี้เชื่อมีความสามารถในการแปรผันทางพันธุกรรมสูงอาจจะเป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในอนาคต¹ จากการรายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในภาพรวมทั่วโลก ในปี 2565 พบว่า สถานการณ์ของโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับต่ำ แต่ยังคงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเขตอบอุ่นของซีกโลกเหนือในบางประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A(H3N2) เป็นหลัก และชนิด B-Victoria ในสาธารณรัฐประชาชนจีน และในเขตอเมริกาเหนือ มีการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A(H3N2) เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่ามีการรักษาในโรงพยาบาลมีเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้การเฝ้าระวังและเฝ้าระวังโรคและนำให้มีมาตรการจัดการที่เหมาะสม เพื่อควบคุมการติดเชื้อและฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง²

สำหรับประเทศไทย ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 418,591 (อัตราป่วย 632.59 ต่อแสนประชากร) เสียชีวิต 11 ราย (อัตรามรณะ 0.02 ต่อแสนประชากร) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 10-14 ปี, 0-4 ปี และ 7-9 ปี ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยเรียน คิดเป็นร้อยละ 43.5² และจากข้อมูลการรายงานโรคไข้หวัดใหญ่พื้นที่ในจังหวัดภูเก็ต ในปี พ.ศ. 2566 มีอัตราจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตพื้นที่อำเภอถลางมากที่สุด คือ 2,487.21 รองลงมาอำเภอเมือง 2,204.61 และอำเภอกะทู้ 1,378.10 ต่อแสนประชากร และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 10-14 ปี มีจำนวนผู้ป่วยจำนวน 824 คน ซึ่งผู้ป่วยในวัยดังกล่าวคือกลุ่มนักเรียน ช่วงประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 และชั้นมัธยมศึกษา³ การป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่บ่อยครั้งในเด็กนักเรียนจะส่งผลต่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิต รวมทั้งพัฒนาการในการเรียนรู้ เนื่องจากต้องหยุดเรียนเพื่อพักรักษาตัว และหากไม่ทำรักษาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ ภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน หลอดลมอักเสบ ส่งผลทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเน้นการส่งเสริมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่โดยมุ่งเน้นในเรื่องการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพตามที่กรมอนามัยได้กล่าวไว้นั้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ชักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ⁴ จากการศึกษาของ ญัฐภาส พรมมา และอุมพร งามมีฤทธิ์⁵ และงานวิจัยของ สุพิดา เย็นโสภา⁶ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มนักเรียน และนักศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในทั้งในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษายังมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องทั้งหมด ซึ่งหากบุคคลขาดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจไม่เพียงพอที่จะส่งผลทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ไม่ถูกต้องตามไปด้วยและทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ตัวอย่างเช่น โรคไข้หวัดใหญ่ ที่จะมีแนวโน้มอัตราการป่วยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคไข้หวัดใหญ่มักยังเป็นปัญหาสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตพื้นที่อำเภอถลางที่พบอัตราการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่มากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ชักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรค เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

ตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต เพื่อให้เกิดทักษะ และมีพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดใหญ่ได้ถูกต้องต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับใด
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

สมมติฐานวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอน ปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี องค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร การตอบโต้ตอบซักถาม ด้านการตัดสินใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ ที่ เกี่ยวข้องกับโรคไข้หวัดใหญ่ และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านอนามัย พฤติกรรม เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้หวัดใหญ่ โดยผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาใน กลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นกลุ่มที่ พบว่ามีอัตราการป่วยมากที่สุด การศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงระดับและความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรค และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนในช่วงอายุ 10-14 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 5,625 คน ซึ่งมีทั้งหมด 32 โรงเรียน⁷
2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรเครซีและมอร์แกนที่ระดับความ เชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16 เพื่อป้องกันการขาดความ สมบูรณ์ของข้อมูล ได้จำนวนทั้งหมดจำนวน 458 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ทำการสุ่มจับฉลากโรงเรียนทั้งหมด 8 แห่ง และกำหนดจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างของแต่ละโรงเรียนใช้วิธีการคำนวณขนาดตามสัดส่วน (ร้อยละ 16) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ต้องเป็นนักเรียน

ในช่วงชั้นประถมศึกษาตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอถลุง จังหวัดภูเก็ต และสามารถสื่อสารหรืออ่านภาษาไทยได้ด้วยตนเอง และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามในการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ (Google Form) แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความถาม คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนเคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่หรือไม่ การดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ และการหาข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน รวมทั้งหมด 35 ข้อ ดังนี้ ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ มีข้อความถามให้ผู้ตอบแบบประเมินเลือกคำตอบที่ถูกต้อง โดยมี 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด จำนวน 15 ข้อ ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 3 การตอบโต้ชักถามและแลกเปลี่ยน จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 4 การตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ และด้านที่ 6 การบอกต่อ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 25 ข้อ

การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ การตอบโต้ชักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบอกต่อ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบ มีเกณฑ์ระดับความเป็นจริง มีดังนี้

4 = ปฏิบัติทุกครั้ง คือ เป็นประจำทุกครั้ง หรือใน 1 สัปดาห์มีการปฏิบัติทุกวัน (ร้อยละ 100)

3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ อย่างสม่ำเสมอ หรือปฏิบัติ 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 75)

2 = ปฏิบัติปานกลาง คือ มีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ หรือการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ บ่อยครั้ง หรือปฏิบัติ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 50)

1 = ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง คือ มีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ หรือการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ นาน ๆ ครั้ง หรือปฏิบัติ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 25)

0 = ไม่ได้ปฏิบัติเลย คือ ไม่มีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ หรือไม่เคยปฏิบัติเลย (ร้อยละ 0)

การแปลผลความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากเกณฑ์ของ Bloom (1971)⁸ ดังนี้

ความรู้ระดับดี หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 12.00 หรือคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 9.00 - 11.99 หรือคิดเป็นร้อยละ 60 - 79

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 9.00 หรือต่ำกว่าร้อยละ 60

การแปลผลความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึง การตอบโต้ชักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยน การบอกต่อ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากเกณฑ์ของ Best (1977)¹⁴

2.67 - 4.00 คะแนน หรือร้อยละ 66.51 - 100.00 หมายถึง อยู่ในระดับดี

1.34 - 2.66 คะแนน หรือร้อยละ 33.31 - 66.50 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

0.00 - 1.33 คะแนน หรือร้อยละ 0 - 33.30 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

เกณฑ์ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีจำนวน 35 ข้อ คะแนนเต็มรวม 95 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากเกณฑ์ของ Best (1977)⁹

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี หมายถึงคะแนนเฉลี่ย 63.34 คะแนน ขึ้นไป

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 31.67 - 63.33 คะแนน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 31.66 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยมี ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่า ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence: IOC) มากกว่า 0.5 จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการนำไปทดลองกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด และคำนวณ หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.97

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตจากทางโรงเรียนในการเข้าเก็บข้อมูล
2. ประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ ก่อนการเก็บข้อมูล และขออนุญาตครูประจำชั้นส่งภาพสื่อประชาสัมพันธ์ ในช่องทางออนไลน์ให้ กับผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างเพื่อประกอบการ ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย
3. ดำเนินการส่งเอกสารตอบรับยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการตอบรับเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ Google Form
4. เก็บรวบรวมแบบสอบถามและทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนจะนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่าต่าง ๆ ดังนี้

1. วิเคราะห์ผลทางสถิติโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ โดยใช้สัมประสิทธิ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีดังนี้⁹

ค่า r ระดับของความสัมพันธ์

0.91 - 1.00	สูงมาก
0.71 - 0.90	สูง
0.51 - 0.70	ปานกลาง
0.31 - 0.50	ต่ำ
0.00 - 0.30	ต่ำมาก

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินการขอรับการพิจารณารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต หมายเลขโครงการ PKRU 2567/22 ลงวันที่ 6 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร

นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.50 อายุเฉลี่ย 13.57 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 39.70 นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 94.10 ใน 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 57.70 การดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 74.70 และนักเรียนหาข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองแหล่งข้อมูลมากที่สุดจากแหล่ง เว็บไซต์ออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 77.10

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.75 (S.D.=13.54) อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.65 (S.D.= 2.11) อยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.90 (S.D.= 2.97), 11.78 (S.D.= 3.18), 11.71 (S.D.= 3.12), 11.99 (S.D.= 2.86) และ 11.73 (S.D.=2.98) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่จำแนกเป็นรายด้านและด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 458)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ช่วง คะแนน	คะแนน ต่ำสุด – สูงสุด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ร้อยละ	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0 - 95	27 - 95	70.75	13.53	74.47	ดี
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน						
1. ด้านความรู้ และความเข้าใจเรื่องโรค ไข้หวัดใหญ่	0-15	2 - 15	11.65	2.11	77.67	ปานกลาง
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการ สุขภาพโรคไข้หวัดใหญ่	0-16	1 - 16	11.90	2.97	74.38	ดี
3. ด้านการตอบโต้ซักถามและ แลกเปลี่ยนเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	0-16	0 – 16	11.78	3.18	73.63	ดี
4. ด้านการตัดสินใจในเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	0-16	0 - 16	11.71	3.12	73.19	ดี
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	0-16	4 – 16	11.99	2.86	74.94	ดี
6. ด้านการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่	0-16	2 - 16	11.73	2.98	73.31	ดี

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (S.D. = 1.16) อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ นักเรียนอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และพอกสบู่ทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 (S.D. = 0.84) อยู่ในระดับดี และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ นักเรียนออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 วันอย่างน้อย วันละ 30 นาที อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (S.D. = 1.13) อยู่ในระดับดี รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 458)

ข้อคำถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1. นักเรียนล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำสะอาดหรือแอลกอฮอล์	3.29	0.79	ดี
2. นักเรียนใส่หน้ากากอนามัยเมื่อไม่สบายเป็นไข้หวัด	3.02	0.96	ดี
3. นักเรียนปิดปาก ปิดจมูกด้วยผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษเช็ดหน้า เมื่อไอ จาม และล้างมือทุกครั้ง	3.15	0.97	ดี
4. นักเรียนหลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนที่มีคนจำนวนมาก	3.02	0.98	ดี
5. นักเรียนหลีกเลี่ยงการใช้ของร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า	3.16	0.90	ดี
6. เมื่อป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ นักเรียนหยุดพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านให้หายดีก่อนกลับมาเรียน	3.21	0.91	ดี
7. นักเรียนออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 วันอย่างน้อย วันละ 30 นาที	2.73	1.13	ดี
8. นักเรียนนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง	3.02	0.91	ดี
9. นักเรียนกินอาหารครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน และดื่มน้ำ วันละ 6-8 แก้ว	2.90	0.99	ดี
10. เมื่อมีเพื่อนในห้อง หรือมีคนในครอบครัวป่วยเป็นไข้หวัดนักเรียนหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วย	3.09	0.92	ดี
11. นักเรียนใช้ช้อนกลางทุกครั้ง เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	3.11	1.02	ดี
12. นักเรียนล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย	3.21	0.91	ดี
13. นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของทางโรงเรียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.96	1.07	ดี
14. นักเรียนเช็ดทำความสะอาดอ่างล้างมือ และราดหรือกดชักโครกหลังการใช้ส้วมโรงเรียน บ้านหรือห้องน้ำสาธารณะ	3.13	0.98	ดี
15. เมื่อนักเรียนมีไข้จะรับประทานยาพาราเซตามอลและไม่ใช้ยาแอสไพรินในการลดไข้	3.09	0.96	ดี
16. นักเรียนผ่อนคลายความเครียด วิตกกังวล และทำจิตใจให้แจ่มใส เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง เป็นต้น	3.17	0.93	ดี

ข้อคำถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
17. นักเรียนสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี เช่น ให้แนบสนิทกับใบหน้า และไม่ดึงหน้ากากมาไว้บริเวณใต้คางเมื่อไอจาม	3.20	0.93	ดี
18. นักเรียนตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอและล้างมือล้างเท้าหลังตัดเล็บทุกครั้ง	3.10	0.90	ดี
19. นักเรียนอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และพอกสบู่ทุกครั้ง	3.30	0.84	ดี
20. นักเรียนหลีกเลี่ยงอยู่ห่างจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษต่อสุขภาพ เช่น ควันบุหรี่ ควันจากท่อไอเสียและควันจากการเผาไหม้	3.20	0.85	ดี
21. เมื่อป่วยนักเรียนรับประทานอาหารอ่อน ผัก ผลไม้สุกสม่ำเสมอ	3.03	0.94	ดี
22. นักเรียนทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัวเป็นประจำเช่น อุปกรณ์การเรียน โทรศัพท์ โน้ตบุ๊ก แป้นพิมพ์ เสื้อกันหนาว	3.03	0.93	ดี
23. เมื่อนักเรียนมีไข้สูงและอาการหนาวสั่นจะใช้วิธีเช็ดตัว และงดอาบน้ำเย็น จนกว่าจะหาย	3.04	0.97	ดี
24. เมื่อนักเรียนหรือสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นไข้หวัด มีการแยกห้องนอนหรือที่นอนเป็นสัดส่วน	3.14	0.90	ดี
25. นักเรียนหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัส ตา จมูก ปาก ซึ่งเป็นจุดเสี่ยงของการติดเชื้อได้ง่าย	3.12	0.94	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	3.10	1.16	ดี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านความรู้และความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.159$) ด้านการตอบโต้ชักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.614, 0.598, 0.641, 0.680$ และ 0.637 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 458)

		ค่าความสัมพันธ์ : r = (ค่า p-value)						
ความสัมพันธ์		ความรู้และ ความเข้าใจ	การ เข้าถึง ข้อมูล	การตอบ โต้ซักถาม	การ ตัดสินใจ	การปรับ เปลี่ยน พฤติกรรม	การบอก ต่อ	พฤติกรรม
	$\bar{X}$	11.65	11.90	11.78	11.71	11.99	11.73	77.44
ความรู้และ	11.65		0.205**	0.168**	0.151**	0.158**	0.190**	0.159**
ความเข้าใจ			(0.001)	(0.000)	(0.002)	(0.001)	(0.000)	(0.000)
การเข้าถึง	11.90			0.750**	0.728**	0.623**	0.533**	0.614**
ข้อมูล				(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
การตอบโต้	11.78				0.774**	0.643**	0.640**	0.598**
ซักถาม					(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
การตัดสินใจ	11.71					0.740**	0.628**	0.641**
						(0.000)	(0.000)	(0.000)
การปรับเปลี่ยน	11.99						0.590**	0.680**
พฤติกรรม							(0.000)	(0.000)
การบอกต่อ	11.73							0.637**
								(0.000)

**ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

สรุปผลและอภิปรายการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียน ในเขตพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.47 และ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.10 (S.D. = 1.66) อยู่ในระดับดี เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ¹⁰ ที่ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน ช่วงอายุ 7 - 14 ปี พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ แต่พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และการวิจัยของณัฐภาส พรหมมา และอุมาพร งามมีฤทธิ์⁵ ที่ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 (H1N1) ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา พบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับกลาง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดี แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการอัตราการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มนักเรียนของเขตพื้นที่ถลางยังมีอุบัติการณ์สูงกว่าพื้นที่อื่น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมของนักเรียนบางประเด็นมีคะแนนค่าเฉลี่ยน้อยกว่าประเด็นอื่น ๆ อาทิเช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 - 5 วันอย่างน้อย วันละ 30 นาที การกินอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน การดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้ว และการตรวจสุขภาพประจำปีของทางโรงเรียน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในประเด็นดังกล่าวมีคะแนนพฤติกรรมที่น้อยกว่าประเด็น

อื่น ๆ อาจมีสาเหตุมาจากข้อจำกัดทางสภาพแวดล้อม และการจัดบริการสุขภาพในโรงเรียน เช่น พื้นที่ออกกำลังกายไม่สะดวกหรือเพียงพอต่อการใช้งาน หรือในแต่ละวันไม่สามารถเข้าถึงหรือได้รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ การจัดบริการน้ำดื่มที่เด็กนักเรียนยังไม่สามารถเข้าถึงได้ง่าย หรือการตรวจสุขภาพประจำปีที่จะเป็นแรงจูงใจในการแก้ปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียนได้ แม้เด็กนักเรียนจะมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค แต่อุปสรรคด้านสภาพแวดล้อมหรือแรงจูงใจส่วนบุคคลอาจทำให้ยังไม่สามารถปฏิบัติตนได้ครบถ้วน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และจากการวิจัยของทัศนียา พึ่งเฟื่อง และสงกรานต์ กลั่นดวง¹¹ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นป.6 พบว่า นักเรียนที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมฯ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรจะมีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในประเด็นดังกล่าว รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลโรคไข้หวัดใหญ่ มีการพัฒนาสื่อความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างครอบคลุม ซึ่งถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียนในเขตพื้นที่อำเภอถลางในอนาคตได้

ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ฯ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านความรู้และความเข้าใจ อยู่ในระดับต่ำมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐธาส พรหมมา และอุมาพร ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มนักเรียน และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในทิศทางเดียวกัน ในส่วนของด้านการเข้าถึงข้อมูล การตอบโต้ซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อข้อมูล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ธมณณัฐ วิชาและคณะ¹² ที่ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และงานวิจัยของชนาธิป ไชยเหล็ก¹³ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต สามารถกล่าวได้ว่า เมื่อนักเรียนมีความรู้ที่ดีจะมีผลลัพธ์พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย ทั้งนี้อาจเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้รวมไปถึงประสบการณ์ทางสุขภาพและการให้ความสำคัญกับสิ่งคุกคาม¹⁴ เมื่อมีการส่งเสริมสุขภาพการให้ความรอบรู้ที่ดีจะทำให้การป้องกันโรคดีขึ้นไปด้วย แต่หากนักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะทำให้เด็กนักเรียนมีขีดจำกัดของความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพลดลง¹⁵ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและลดการเกิดการแพร่ระบาดโรคไข้หวัดใหญ่

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานในพื้นที่ อาทิเช่น สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงเรียน สามารถนำผลการศึกษานี้ อาทิเช่น ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ที่ผลการศึกษาในครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง โดยนำประเด็นดังกล่าวไปวางแผนในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรค และการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกับเด็กวัยเรียน รวมทั้งผู้ปกครอง หรือประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้เด็กนักเรียน และสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งประชาชนในชุมชนมีความรู้ด้านเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่นำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งถัดไปควรศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงและได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงและวางแผนป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กนักเรียน รวมทั้งควรศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในระยะยาว ซึ่งอาจส่งผลลดอัตราการป่วยในเด็กวัยเรียน และประชาชนทั่วไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงเรียนและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย และคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ตที่ได้อำนวยความสะดวกในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza). (ออนไลน์) 2566. {เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2566}. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/ddcportal>.
2. กองติดต่อโรคทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่. (ออนไลน์) 2563. {เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2567} เข้าถึงได้จาก (<https://ddc.moph.go.th/ddcportal>).
3. Health Data Center: HDC. ข้อมูลอัตราการป่วยของจังหวัดภูเก็ต. (ออนไลน์) 2566 {เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2567}. เข้าถึงได้จาก :<https://ddc.moph.go.th/ddcportal>.
4. กรมอนามัย. Health Literacy 66 key message เพื่อความรู้ด้านสุขภาพสุขภาพของประชาชน. (ออนไลน์) 2561. {เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2561} เข้าถึงได้จาก<https://multimedia.anamai.moph.go>.
5. ญัฐภาส พรหมมา และอุมาพร งามฤทธิ์. “การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้หวัดใหญ่ 2009 (H1N1) ของนักเรียนโรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง” Journal of Roi Kaensarn Academi. 8(4) 133-143, 2566.
6. สุพิทา เย็นโศภา. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัด กรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก” วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2555.
7. สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดภูเก็ต. จำนวนนักเรียนในพื้นที่อำเภอถลาง รายงานศึกษา จำแนกตามระดับชั้น/เพศ {ข้อมูล ณ วันที่ 13 กันยายน 2567}
8. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรู้ด้านสุขภาพกระบวนการปฏิบัติการเครื่องมือประเมิน. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์: บริษัทไอทีเอสดีจิตอลพรีน จำกัด, 2564.
9. ปัทมา สุพรรณกุล. การวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยด้านสาธารณสุขด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปSPSS จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิษณุโลก: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ตระกูลไทย, 2557.
10. ประไพ กิตติบุญถวัลย์, จิราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, ศักดิ์มงคล เชื้อทอง. “ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ เด็กวัยเรียน” วารสาร มจร การพัฒนาสังคม. 7(2):71-82, 2565.

11. ทศนียา พุ่งเพ็ญ และสงกรานต์ กลั่นด่าง. “ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาตินักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น” วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 9(2):644–653, 2565.
12. ธมณัญญ์ วิชา, วิภาวรรณ ชัยลังกา, ลาวัลย์ สมบูรณ์, สุดธิดา แก้วขจร และบุญญฤทธิ์ อายุยืน. “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก” พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;50(2):195–211, 2566.
13. ขนธิป ไชยเหล็ก. “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี” วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. ฉบับพิเศษ (มีนาคม–มิถุนายน) :85-96, 2567.
14. คณะทำงานจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 สำหรับบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่1. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2553.
15. มลีนี สมภพเจริญ. “การวิเคราะห์ประเมินการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (เอช 1 เอ็น 1) ของประชาชนไทย” วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา. 6 (1): 17-29, 2556.
16. รัตน์ กระจ่าง และศรี สิ้นชัย. “การศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ของชาวเขาเผ่าเมี่ยน (เย้า) ในชุมชนเผ่าระวางกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางงั่ว ตำบลร่มเย็น อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา” ปริญญานิพนธ์ปริญญาดุขภูิบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555.
17. กิจติยา รัตนมณี, รวีวรรณ คำเงินและภาสินี แซ่ตีว. “ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเพื่อป้องกัน และควบคุมการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอช วัน เอ็น วัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ณ ศูนย์เด็กเล็ก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี” Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 22(3), 26-38, 2556.
18. กฤษฎา คงมนาน. “การวิเคราะห์ microRNAs ของเซลล์มนุษย์สำหรับการยับยั้งเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่” ปริญญานิพนธ์ปริญญาดุขภูิบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 255

Received: 6 Apr 2025, Revised: 26 Apr 2025

Accepted: 30 Apr 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ยุพาพร ยะอุป^{1*}, วิลาวัลย์ ขมิณรัตน์², ชนะพล ศรีฤทธา³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และการประเมินผล มาใช้ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีทั้งหมดจำนวน 25 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 25 คน ประธานชุมชน จำนวน 6 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 65 คน เลือกมาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา 16 สัปดาห์ โดยใช้ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลภาวะสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ (Percentage) ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ไม่อ่านฉลากโภชนาการก่อนบริโภคอาหาร ไม่ออกกำลังกายเลย ไม่ลิ้มรับประทานยา เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มไม่เข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่ากลุ่มไม่เข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมี มาตรการสนับสนุนระยะยาวเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนี้คงอยู่ต่อไปและลดความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย, ความดันโลหิตสูง, ศูนย์สุขภาพชุมชน

¹นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

^{2,3}รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

*Corresponding author E-mail : yupaporn.y@gmail.com

*Original Article***Development Guidelines for Caring of Uncontrolled Hypertension Patient at Muang Phai Community Health Center, Banphai District, Khon Kaen Province****Yupaporn Yaoup^{1*}, Wilawan Chomnirat², Chanaphol Sriruecha³****Abstract**

Action research to develop guidelines for hypertensive patient care with community participation in the area under the responsibility of Muang Phai Community Health Center, Ban Phai District, Khon Kaen Province, using the concept of Kemmis & McTaggart (1988) consisting of 4 steps: planning, action, observation, and evaluation, to develop guidelines for hypertensive patient care for 25 hypertensive patients who could not control their blood pressure, 25 caregivers, 6 community leaders, 6 village health volunteer leaders, and 3 community health center officers, totaling 65 people, selected by purposive sampling. The study period was 16 weeks, using general data, health status data, and health behavior assessment forms. Data were analyzed using the mean and percentage before and after participating in the research. For the data obtained from the interviews, content analysis was performed by transcribing the data.

The results of the study found that after participating in the research, hypertensive patients whose blood pressure levels were not controlled had very good health behaviors, did not read the nutrition label before consuming food, did not exercise at all, and did not forget to take medicine, which increased significantly from before participating in the research ($p\text{-value} < 0.001$) and was significantly higher than the group that did not participate in the research ($p\text{-value} < 0.001$). They had significantly fewer inappropriate health behaviors than the group that did not participate in the research at a statistical level of 0.05. In conclusion, the development of this guideline for caring for hypertensive patients helped hypertensive patients to change their health behaviors effectively and efficiently. There should be long-term support measures to make these changes last and reduce the risk of complications.

Keywords : Development guidelines for care in uncontrolled, Hypertension, Community Health Center

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

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

*Corresponding author E-mail: yupaporn.y@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังและปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของโลกและประเทศไทยก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตมากมาย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.56 พันล้านคน ผู้ป่วยส่วนมากมีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป มีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 9.4 ล้านคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2018) ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยประมาณ 1.28 พันล้านคน มีอายุระหว่าง 30-79 ปี เท่ากับว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา ร้อยละ 46 ไม่ทราบว่าตนเองป่วย โรคความดันโลหิตสูงมาก่อน และผู้ใหญ่ที่ป่วยโรคนี้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาคิดเป็นร้อยละ 42 ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้คิดเป็นร้อยละ 21 องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายลดโรคความดันโลหิตสูงให้ลดลงเหลือร้อยละ 33 ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2573 (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจาก Health data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 พบว่า อัตราป่วยคิดเป็น 1207.74; 1,160.44 และ 1243.07 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และ กาฬสินธุ์ พบว่า อัตราป่วยคิดเป็น 1,193.70; 1,185.92 และ 1206.52 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า อัตราป่วยคิดเป็น 1,038.08; 1,094.22 และ 1085.16 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในอำเภอบ้านไผ่ พบว่า อัตราป่วยคิดเป็น 878.22; 1,393.52 และ 1,072.30 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ถ้าหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถจัดการดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม รวมถึงไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการรักษาพยาบาลต้องใช้เวลายาวนานและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาการเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้นทำให้เสียทรัพยากรการเงิน ด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศจากภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรของประชาชน การรักษาที่ไม่ถูกต้องนำไปสู่ความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกมากมาย โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร และยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจปีละ 11,000 ราย เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ปีละ 150,000 ราย เกิดความพิการเพิ่มขึ้นปีละ 84,000 รายและเสียชีวิตกว่า 45,000 รายเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ปัจจุบันประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาทเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วนิดา สาดตระกูลวัฒนา, 2561) จากการศึกษาของอรทัย เขียวเจริญและคณะ 2566 ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกรายโรคจากข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลจากการศึกษาต้นทุนรายโรคระยะที่ 1 พบว่าผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมากที่สุดคือการรับการรักษาฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงมีผู้ป่วยเข้ารับบริการ 1,491,038 ครั้ง ต้นทุนเฉลี่ย 963.6 บาท/ครั้ง เมื่อพิจารณาคิดเป็นต้นทุนรวม 1,436.7 ล้านบาท (อรทัย เขียวเจริญ และคณะ, 2566)

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์โลกในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชนร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ.2568 โดยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 ใน 5 ที่สำคัญที่เป็นเป้าหมาย 5 โรค คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง วิธีการลดการตายและการป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง นอกจากการรักษาเมื่อเป็นโรคแล้วการปรับพฤติกรรมตั้งแต่ ก่อนเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงยังช่วยชะลอการเป็นโรคได้ (ธวัชชัย, 2563)

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลบ้านไผ่ มีจำนวนประชากรในพื้นที่ในปีพ.ศ 2564-2566 จำนวน 11,251, 11,191 และ 11,079 คน ตามลำดับ ศูนย์สุขภาพ

ชุมชนเมืองไผ่ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในปีพ.ศ.2564-2566 จำนวน 1,888, 1,893 และ 1,942 คน ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้คิดเป็นร้อยละ 59.64, 49.08 และ 45.47 ตามลำดับ (Health data center สสจ.ขอนแก่น, 2567) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์พบจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 60 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้และมีแนวโน้มลดลงทุกปี และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 76.32, 64.16 และ 73.86 ตามลำดับ (HDC สสจ.ขอนแก่น, 2567) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตในปี พ.ศ.2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 77.78, 72.22 และ 50.00 ตามลำดับ (HDC สสจ.ขอนแก่น, 2567) จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ ระบบการให้บริการยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ทั้งการให้บริการที่คลินิก การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การจัดการข้อมูลเพื่อนำมาใช้งานแผนในการดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการตนเอง ผู้ดูแลไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยกระบวนการดังกล่าวต้องการการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งผู้ให้บริการสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน ดังนั้นการวิจัยนี้จึงใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และการประเมินผล มาใช้ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมวางแผนในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ร่วมนำแผนสู่การดำเนินงานจริง และร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติด้วยกระบวนการดังกล่าวจะทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับบริบท และสอดคล้องกับประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่

2.2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Acton) ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยทำการศึกษา 1 วงรอบ มีระยะเวลาในการศึกษาเดือนธันวาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ทั้ง 6 ชุมชน เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 25 คน

2.กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีทั้งหมด จำนวน 25 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 25 คน ประธานชุมชน จำนวน 6 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 65 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบ่งเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละระยะในการวิจัยดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์ (In depth interview) ประกอบด้วยประเด็นต่างๆได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ แนวทางในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง แผนการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล แผนการให้ความรู้และวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

2) การออกแบบระบบบริการ ได้แก่ ระบบการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การจัดสรรทรัพยากรในการดูแล การนัด การติดตามเยี่ยม บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้

3) ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย การมีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติที่ดีและใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย และการมีเครือข่ายในการช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย

4) ด้านระบบข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระบบทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่ครอบคลุม และเป็นปัจจุบัน การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์และวางแผนการดูแลผู้ป่วย

1.2 เครื่องมือสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ให้การดูแล ข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ค่าดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตย้อนหลัง 3 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้อง แบบประเมินลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีลักษณะ

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ต ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 6 ด้าน จำนวน 21 คำถาม ดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการพักผ่อน / ความเครียด 4) ด้านการสูบบุหรี่ (รวมถึงบุคคลในครอบครัว) การดื่มสุรา และ 6) ด้านการรับประทานยา/ยาสมุนไพร/ยาแก้ปวด ประเมินความถี่ของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ มี 5 ระดับ ดังนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่มีพฤติกรรมเรื่องนั้นๆเลย
น้อย	หมายถึง	มีพฤติกรรม 1-2 วัน-/สัปดาห์
ปานกลาง	หมายถึง	มีพฤติกรรม 3-4 วัน-/สัปดาห์
มาก	หมายถึง	มีพฤติกรรม 5-6 วัน-/สัปดาห์
มากที่สุด	หมายถึง	มีพฤติกรรมทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อ ดังนี้

คำตอบ	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 5 คะแนน
น้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 4 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน

เพื่อใช้เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมวิจัยวิจัยของผู้ป่วยในระยะ 6 สัปดาห์หลังเข้าร่วมวิจัยโดยใช้เกณฑ์แปลผลแบบมาตราส่วนสมบูรณ์ ซึ่งใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ผู้วิจัยต้องการประเมิน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2553) โดยแบ่งคะแนนทั้งหมดเป็น 5 ระดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

การจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	คะแนนเฉลี่ย
การจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์น้อยมาก	1.00–1.80
การจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์น้อย	1.81–2.60
การจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง	2.61–3.40
การจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี	3.41–4.20
การจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	4.21–5.00

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์ในผู้ป่วย ประกอบด้วยประเด็นต่างๆได้แก่

1. การสนับสนุนการดูแลตนเอง ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านต่างๆจากเจ้าหน้าที่ การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรค อาการของโรค การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบไปพบแพทย์ การได้รับการฝึกทักษะด้านต่างๆ ได้แก่ ทักษะด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

2. บริการที่ได้รับจากศูนย์สุขภาพชุมชนในการดูแล รักษา และติดตามเยี่ยม

1.3 เครื่องมือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ได้แก่

1) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดงของโรค หลักการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ ทักษะด้านการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลักการรับประทานยาที่ถูกต้อง หลักการออกกำลังกายที่เหมาะสม การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด

2) การให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนในการดูแล รักษา และติดตามเยี่ยม

1.4 เครื่องมือสำหรับประธานชุมชนและประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ได้แก่

1) ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้แก่ ชุมชนมีนโยบาย มาตรการของชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย

2) ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมของชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3) ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ได้แก่ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีแผนของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และมีการดำเนินงาน/กิจกรรมในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีแกนนำ เครือข่าย หรือองค์กรชุมชนที่ช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องมือระยะประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

2.1 เครื่องมือประเมินผลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใช้เครื่องมือชุดเดียวกับก่อนเข้าร่วมกระบวนการวิจัย

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมืองใต้เพื่อประมวลผลการเปลี่ยนแปลงเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) กล้องถ่ายรูป

2) เครื่องบันทึกเสียง

3) สมุดโน้ตบันทึกข้อมูล

จากการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือหรือหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่มีคุณสมบัติและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่รับการรักษาและอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโนนสว่างประชารักษ์ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น Reliability = 0.81 และทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง

ความตรงเนื้อหา ภาษาและชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC (Index of Congruence) เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ ใช้วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย วิจัยเลขที่ CASHE670035

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทำการศึกษาในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.00 อายุเฉลี่ย 72 ปี อายุสูงสุดและต่ำสุดของผู้ป่วยอยู่ที่ 90 ปีและ 61 ปี ตามลำดับ ช่วงอายุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 40.00 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 64.00 รองลงมาคือ 3-5 ปี ร้อยละ 24.00 มีสถานภาพสมรส และอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 52.00 หม้ายหรือหย่าร้าง ร้อยละ 48.00 อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหรือหลาน ร้อยละ 36.00 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80.00 และมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 16.00 รายได้เฉลี่ย 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 44.0 รายได้เฉลี่ย 5,000 -10,000 บาท ร้อยละ 20.00 และรายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 16.00 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 76.00

การศึกษาระดับความดันโลหิตก่อนการพัฒนาแนวทางของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3 เดือน เห็นได้ว่าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงในเดือนตุลาคม เดือนพฤศจิกายน เดือนธันวาคม 2567 อยู่ในระดับสูงค่าระดับความดันเลือด (140 – 159 / 90 - 99 มม.ปรอท) ร้อยละ 76.00, 60.00, 76.00 ระดับสูงมากค่าความดันเลือด (160 – 179 / 100 – 109 มม.ปรอท) ร้อยละ 20.00, 28.00, 12.00 และระดับอันตรายค่าความดันเลือด (>180 / > 110 มม.ปรอท) ร้อยละ 4.00, 8.00, 4.00 ตามลำดับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบมากเป็นเพศหญิงจำนวน ร้อยละ 68.00 มีสถานภาพ ร้อยละ 28.00 แต่งงานแล้ว ร้อยละ 64.00 เกี่ยวเนื่องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 52.00 รองลงมาคือสามีหรือภรรยา ร้อยละ 36 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5-10 ปี ร้อยละ 64.00 โดยผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานจำนวน ร้อยละ 8.00 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.00 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเคยได้รับการได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตถึง ร้อยละ 76.00 โดยรูปแบบที่ได้รับการแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ร้อยละ 52.63 และเมื่อ

เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 47.37 เรื่องที่ได้รับการแนะนำเช่น การรับประทานอาหาร ร้อยละ 57.90 การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ร้อยละ 26.30

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โดยดูจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้หลังการเข้าร่วมวิจัยวิจัยของผู้ป่วยในระยะ 6 สัปดาห์ เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 6 ด้านประกอบด้วย

1.) ด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมการวิจัยอยู่ระหว่าง 4.21–5.00 คะแนน ประกอบด้วย ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง, น้ำอัดลมและผลไม้หมักดอง เช่น มะม่วงดอง และมีการ ดื่มน้ำมากกว่า 8 แก้วต่อวัน การจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีโดยคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมการวิจัยอยู่ระหว่าง 3.41–4.20 คะแนน ประกอบด้วย เมื่อรับประทานอาหารที่ร้าน เช่น ก๋วยเตี๋ยว อาหารตามสั่ง ลดการปรุงอาหารเพิ่มด้วยน้ำปลา ลดประทานอาหารปรุงแต่งหรืออาหารแปรรูปและรับประทานอาหารประเภททอด อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ และการอ่าน ฉลากโภชนาการก่อนบริโภคอาหาร

2.) ด้านการออกกำลังกาย การจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมวิจัยอยู่ระหว่าง 2.61–3.40 คะแนน ในเรื่องจำนวนวันที่ออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขนขา ตั้งแต่ 30 นาทีต่อวัน และจำนวนวันที่ออกกำลังกาย ด้วยการ วิ่ง เดิน ปั่นจักรยานตั้งแต่ 30 นาทีต่อวัน

3.) ด้านการพักผ่อน /ความเครียด การจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ในเกณฑ์ดีมาก คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมวิจัยอยู่ระหว่าง 4.21–5.00 คะแนน โดยมีจำนวนคืนที่นอนหลับอย่างน้อย 6 ชั่วโมง รวมถึงรู้สึกเครียด หดหู่ เศร้า ซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมวิจัยอยู่ที่ 4.48 (SD 0.71), 4.92 (SD 0.28) ตามลำดับ

4.) การสัมผัสบุหรี่ มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมากเนื่องจากมีโอกาสได้รับควันบุหรี่น้อยกว่าคนใกล้ชิดตัวหรือคนในครอบครัว คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมวิจัยอยู่ที่ 4.46 (SD 0.65)

5) การดื่มสุรา มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก จากคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมวิจัย การเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ อยู่ที่ 4.48 (SD 0.47)

6) ด้านการรับประทานยา/ยาสูรา มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมากเนื่องจากไม่ลืมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมวิจัยอยู่ที่ 4.64 (SD 0.49) รวมถึงไม่ใช้ยาสมุนไพร เช่น ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน และพฤติกรรมการกินยาแก้ปวดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ส่วนใหญ่เป็นยา พาราเซตามอล ร้อยละ 84.0

แนวทางการให้บริการจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ในการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงแนวทางการให้บริการของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ โดยการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและประธานชุมชน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในประเด็นแนวทางการให้บริการจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการ ส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังปฏิบัติตามแผนนโยบายและงานที่ได้รับมอบหมาย และการออกแบบระบบบริการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีทะเบียนนัดเป็นระบบเตือนที่ผู้ป่วยมาตามนัด ทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ส่งไปรักษาต่อยังโรงพยาบาล ประเด็นการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีนโยบายสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมให้อสม.ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีลานออกกำลังกายและอุปกรณ์ลานออกกำลังกายที่สามารถทำกิจกรรมร่วมกัน และประเด็นสุดท้ายคือ การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความ

ต้นโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในด้านการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ นำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 2) พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

แนวทางการให้บริการจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ในการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงแนวทางการให้บริการของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ โดยการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและประธานชุมชน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในประเด็นแนวทางการให้บริการจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการ ส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังปฏิบัติตามแผนนโยบายและงานที่ได้รับมอบหมาย และการออกแบบระบบบริการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีทะเบียนนัดเป็นระบบเตือนที่ผู้ป่วยมาตามนัด ทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ส่งไปรักษาต่อยังโรงพยาบาล ประเด็นการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีนโยบายสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมให้สม.ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีลานออกกำลังกายและอุปกรณ์ลานออกกำลังกายที่สามารถทำกิจกรรมร่วมกัน และประเด็นสุดท้ายคือ การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในด้านการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยดูจากคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมวิจัยวิจัยของผู้ป่วยในระยะ 6 สัปดาห์ ด้านการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 6 ด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังก่อนและหลังการเข้าร่วมวิจัยวิจัย มีความต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังก่อนและหลังการเข้าร่วมวิจัยวิจัย โดยหลังเข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี และการจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของเสงี่ยม จีวประดิษฐ์กุล (2563) เรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มมากขึ้น

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของศุภาวดี พันธุ์หนองโพ และคณะ (2563) โดยมีนโยบายสาธารณะและนโยบายทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และมีการออกแบบระบบบริการระบบการดูแลผู้ป่วยรวมถึงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ส่งไปรักษาต่อยังโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

- 1.1 ควรผลักดันให้มีการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 1.2 สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน เช่น การเต้นแอโรบิกหรือเดินเพื่อสุขภาพ โดยร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 1.3 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอสั้นหรือเอกสารประกอบภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

- 2.1 ศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หรือพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นอุปสรรค
- 2.2 เปรียบเทียบประสิทธิภาพทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่ต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). กลุ่มรายงานมาตรฐาน (อินเทอร์เน็ต). สืบค้นจากเว็บไซต์ <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. สืบค้นวันที่ 9 มิถุนายน 2567.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). โรคความดันโลหิตสูง (อินเทอร์เน็ต). สืบค้นจากเว็บไซต์ https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52. สืบค้นวันที่ 9 มิถุนายน 2567.
3. ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, & ยวนุช สัตยสมบูรณ์. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการสนับสนุน จัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 232-243.
4. บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ. (2564). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สำหรับผู้ป่วยนอก. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล: มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. วนิตา สาดตระกุลวัฒนา. (2561). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน อำเภอสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. พุทธชินราชเวชสาร, 35(2), 197-208.
6. ศุภาวดี พันธุ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, & ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6(2), 55-69.
7. เสี่ยงม จีวประดิษฐ์กุล. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3(1), 15-30.
8. อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2553). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.
9. Stringer, E. T. (1996). Action research: A handbook of practitioners. London: Sage Publications.

10. Stringer, E. T. (1999). Action research (2nd ed.). London: Sage Publications.
11. Wagner, E. H. (1997). Managed care and chronic illness: Health services research needs. Health Services Research, 32(5), 702-714.
12. World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization.
13. World Health Organization. (2023). Hypertension. Retrieved March 16, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Received: 5 Apr 2025, Revised: 13 May 2025

Accepted: 17 May 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโคอำเภอเมือง
สุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ปิยนถ เหมือนาวาจา

บทคัดย่อ

ปัญหาการเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการบริการทางสุขภาพในปัจจุบันพบได้มากขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ว่าจะเป็นด้านพฤติกรรมบริการและความล่าช้าในการให้บริการ

จากการทบทวนงานวิจัยเชิงพัฒนาพบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพการบริการและความพึงพอใจได้ แต่ยังขาดการพิจารณารายละเอียดองค์ประกอบต่างๆเพื่อความชัดเจน การวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้วยวงจรการพัฒนาคุณภาพ Plan-Do-Check-Act (PDCA) ประยุกต์ใช้องค์ประกอบเชิงบริหาร 4M2T เพื่อพิจารณาองค์ประกอบในการพัฒนา แบ่งเป็นระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ บริบทของปัญหาและสาเหตุ จากตัวแทนจากเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล 23 คน โดยใช้การสัมภาษณ์ และระยะที่ 2 พัฒนาคุณภาพการบริการและศึกษาผลการพัฒนาโดยประเมินความพึงพอใจจากผู้เข้ารับบริการ 222 คน ใช้แบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนาศึกษาความพึงพอใจ และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ pair t-test ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่างค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องมากที่สุดคือด้านบุคคล รองลงมาคือด้านวิธีการและด้านเวลา ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามรายละเอียดจากผลลัพธ์ระยะที่ 1 หลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งในภาพรวมและในแต่ละด้าน คะแนนความพึงพอใจระหว่างก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการภายใต้บริบทที่เฉพาะเจาะจง ผลลัพธ์ที่ได้เกิดจากองค์ประกอบเฉพาะในบริบทที่ศึกษาเท่านั้น จึงมีข้อจำกัดสำหรับการนำไปใช้ในบริบททั่วไป แต่การศึกษาได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการพัฒนา และการพิจารณาองค์ประกอบที่ชัดเจน นำไปสู่การพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการ ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์เพื่อดำเนินการในบริบทอื่นๆได้ตามความเหมาะสม

คำสำคัญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพัฒนาคุณภาพบริการ การวิจัยและพัฒนา

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค

*Corresponding author E-mail : piyanath955@gmail.com

Original Article

Health services quality development of Korkho sub-district health promoting hospital, Muang Surin district, Surin province

Piyathath Muanvaja*

Abstract

Currently, complaints about the quality of health services are increasing particularly in sub-district health-promoting hospitals. These complaints often concern service behavior and delays. Previous research and development efforts suggest that service quality and user satisfaction can be enhanced, but the specific components that contribute to these improvements remain unclear. This study employed a research and development approach using the Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle and applied the 4M2T administrative framework to identify and guide the development components. **Methods:**

The study was conducted in two phases. Phase 1 involved analyzing the situation, problem context, and root causes through interviews with 23 representatives from the sub-district health network. Phase 2 focused on developing service quality and evaluating the outcomes by assessing the satisfaction of 222 service recipients using a questionnaire. Descriptive statistics were used to analyze satisfaction levels, and paired t-tests were employed to compare satisfaction before and after the intervention. **Results:** The findings revealed that most participants identified the "Man" component as the most critical, followed by "Methods" and "Time." Quality development was carried out based on the insights from Phase 1. After implementation, overall satisfaction, as well as satisfaction in each component, reached the highest level. The differences in satisfaction scores before and after development were statistically significant. **Conclusion:** This study was conducted under a specific context. The results are only from the elements in the context studied. Therefore, there are limitations for general application. However, the study shows the development process and clear consideration of elements, leading to development that is consistent with the needs. Readers can apply it to other contexts as appropriate.

Keywords: Subdistrict Health Promoting Hospital, Service Quality Improvement, Research and Development

¹Professional Public Health Technical Officer, korkho sub-district health promoting hospital

*Corresponding author E-mail : piyanath955@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ผลกระทบต่อมาคือการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น¹ โรงพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาความแออัดและภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลและส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการ ทำให้ประชาชนเกิดความไม่พึงพอใจ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการกระจายผู้ป่วยลงไปสู่หน่วยบริการปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการที่จะตอบสนองนโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น การให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ทั้งการเจาะเลือด การจ่ายยา การคัดกรองต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย³

อย่างไรก็ตามปัญหาคุณภาพการบริการสามารถเห็นได้ชัดเจนผ่านการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการในสถานบริการสุขภาพและถูกสะท้อนออกมาโดยการร้องเรียนของประชาชน จากรายงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2566⁴ หน่วยบริการสุขภาพที่ถูกร้องเรียนมากที่สุดคือโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 41.44 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 18.63 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 17.87 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 12.93 และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 4.94 ในด้านบุคลากรในสังกัดต่างๆที่ถูกร้องเรียนมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 47.37 รองลงมาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 24.56 ส่วนใหญ่เป็นการร้องเรียนด้านคุณภาพการให้บริการ ร้อยละ 52.47 ซึ่งประกอบไปด้วยการให้บริการโดยรวม พฤติกรรมการบริการและความล่าช้าในการให้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาได้รับเรื่องร้องเรียนด้านความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการจำนวนทั้งสิ้น 15 ครั้ง ประกอบด้วย พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม 10 ครั้ง สิ่งอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ 3 ครั้ง และการบริการที่ล่าช้า 2 ครั้ง ระยะเวลารอคอยนาน ซึ่งพบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยอยู่ที่ 102.35 นาที ต่อคน พื้นที่ในการให้บริการคับแคบ พื้นที่ด้านหน้าสำหรับนั่งรอรับบริการและเก้าอี้ไม่เพียงพอ อุปกรณ์ในการให้บริการไม่เพียงพอ และที่สำคัญคือพฤติกรรมการให้บริการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพบมากที่สุดจำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 66.67 ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเลือกเข้ารับบริการ ส่งผลต่อภาพลักษณ์องค์กร⁵

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า การวิจัยและพัฒนาโดยใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพที่ประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุงการดำเนินงาน (Act)⁶ สามารถช่วยให้การพัฒนาเกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี ระยะเวลารอคอยลดลง และความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากร้อยละ 87.6 โดยการปรับปรุงด้านอัตรากำลังและวิธีการให้บริการเท่านั้น⁷ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในเรื่องระยะเวลารอคอยความพึงพอใจผู้วิจัยได้นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากมีการนำเสนอในรายละเอียดแต่ละด้านเพิ่มเติมจะมีประโยชน์ต่อการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้มากขึ้น ในการพัฒนาองค์กรให้สำเร็จตามเป้าหมายนั้นจำเป็นจะต้องมีการพิจารณาองค์ประกอบเชิงบริหารเริ่มตั้งแต่ บุคลากร กระบวนการ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ เวลา เทคโนโลยี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) ประยุกต์ใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) และองค์ประกอบเชิงบริหาร 4M2T⁸ ในการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี มีความไว้วางใจและพึงพอใจในการให้บริการ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาบริบท สาเหตุและแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค
- 2) เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค
- 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ Plan-Do-Check-Act (PDCA)⁶ และประยุกต์ใช้แนวคิดองค์ประกอบเชิงบริหาร 4M2T⁸ เป็นกรอบในการวิเคราะห์และพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแทนบุคลากรแต่ละองค์กรในเครือข่ายดำเนินงานสุขภาพในระดับตำบล ได้แก่ ชุมชน วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลคอโค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค และประชาชนที่เข้ามารับบริการทางด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค

ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 เป็นตัวแทนจากเครือข่ายระดับตำบล ได้แก่ วัด 5 คน โรงเรียน 4 คน ชุมชน 12 คน องค์การบริหารส่วนตำบลคอโค 1 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค 1 คน รวมเป็น 23 คน เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อคุณภาพการให้บริการ

กลุ่มที่ 2 เป็นประชาชนที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาความพึงพอใจต่อการให้บริการ จึงใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าเฉลี่ยในประชากรหนึ่งกลุ่มกรณีทราบจำนวนประชากร โดยอ้างอิงค่าสถิติจากงานวิจัยของ ชญาภัทร พันธงาม และคณะ(2561)⁹ ได้แก่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย(sd) 0.4 ที่ระดับนัยสำคัญ(α) 0.05 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้(d) ร้อยละ 5 และจำนวนผู้เข้ารับบริการในปี 2567 จำนวน 6,086 คน¹⁰ สามารถคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2} = \frac{6086(1.96^2)0.4^2}{0.05^2(6086-1) + 1.96^2(0.4^2)} = 221.6157 \sim 222$$

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป, สามารถอ่านออกและสื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ให้ข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์, ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดการวิจัย และ มีความประสงค์ขอยกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการเก็บข้อมูลแบ่งเป็นช่วงก่อนพัฒนา(เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2567) จำนวน 222 คน และหลังพัฒนา(เดือนมีนาคม-เมษายน 2568) จำนวน 222 คน เนื่องจากข้อจำกัดในการติดตามผู้รับบริการเพื่อประเมินความพึงพอใจทั้ง 2 ช่วงได้ จึงทำการจับคู่(Matching)กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันด้วยตัวแปร อายุ และประเภทบริการที่มารับ

การดำเนินการและการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข

Plan ผู้วิจัยทำการวางแผนเกี่ยวกับการดำเนินงานในระยะที่ 1 ในการที่จะศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุของปัญหา สร้างแบบสอบถามถึงโครงสร้างเกี่ยวกับคุณภาพและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการ ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางในการดำเนินการแก้ปัญหา

Do ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวแทนหรือผู้นำองค์กรต่างๆในเครือข่ายระดับตำบล ได้แก่ วัด โรงเรียน ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโคและองค์การบริหารส่วนตำบลคอโคด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสำรวจความพึงพอใจด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการ

Check รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสำรวจนำมาวิเคราะห์ แบ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (จากกลุ่มตัวอย่างที่ 1) พิจารณาตามกรอบ 4M2T และข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค (กลุ่มตัวอย่างที่ 2)

Act นำข้อมูลที่ได้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาออกแบบ วางแผนในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค

ระยะที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

Plan ผู้วิจัยวางแผนในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ ตามกรอบของ 4M2T โดยส่งเสริมการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะการให้บริการสุขภาพและพฤติกรรมบริการ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มารับบริการ ปรับปรุงภูมิทัศน์และพื้นที่ให้บริการ ปรับปรุงการให้บริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย เพิ่มเทคโนโลยีในการอำนวยความสะดวกต่อผู้มารับบริการ จัดสรรบุคลากรเพื่อให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการ

Do ทำการพัฒนา อบรมปรับปรุงพฤติกรรมบริการ ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรมฟื้นฟูและเพิ่มพูนศักยภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและการให้บริการ ได้แก่ หลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง การจัดการสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย การจัดการเรื่องร้องเรียนในชุมชน การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนเพื่อการเบิกจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการ ด้านวิธีการและขั้นตอนการให้บริการ ปรับปรุงบริบทสถานที่ จัดพื้นที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วน จัดการด้านสารสนเทศทางการแพทย์ มีการติดตั้งโปรแกรมจัดการฐานข้อมูลสุขภาพ ด้านเทคโนโลยีประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันเป้าประสงค์ หมอพร้อม ในการจัดการระบบจองคิวเข้ารับบริการสำหรับประชาชนที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยี ด้านเวลาเพิ่มกรอบเวลาการให้บริการ ได้แก่ เพิ่มจำนวนวันให้บริการคลินิกพิเศษ เพื่อลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย เพิ่มวันให้บริการคลินิกทันตกรรม และการให้บริการนอกเวลา ระยะเวลาทั้งหมดในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการให้บริการจะอยู่ในช่วง 1-2 เดือน

Check ทำการประเมินความพึงพอใจหลังจากการพัฒนาแล้วเสร็จเป็นเวลา 2 เดือน โดยแบ่งเป็นด้านคุณภาพการบริการ และด้านภาพลักษณ์การบริการ โดยแจกแบบสอบถามให้กับประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค (กลุ่มตัวอย่างที่ 2) จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพ

Act นำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการกิจกรรมทั้ง 2 ระยะมาเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา พิจารณาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางพัฒนาต่อไป

เครื่องมือการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประยุกต์เข้ากับองค์ประกอบทางด้านการบริหาร 4M2T ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ เกี่ยวกับปัญหาคุณภาพการให้บริการ สาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาซึ่งจะใช้ในกระบวนการสัมภาษณ์ในการศึกษาระยะที่ 1 ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1

แบบสอบถามความพึงพอใจในการให้บริการทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคโค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ ประกอบไปด้วย 4 ส่วนหลัก ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา การเข้ารับบริการ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจด้านคุณภาพการบริการต่อการให้บริการ แบบ Likert scale จำนวน 24 ข้อ ประกอบมีด้อย ดังต่อไปนี้ 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ 2) ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ 3) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 4) ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 5) ด้านการเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจด้านภาพลักษณ์บริการข้อคำถามแบบ Likert scale จำนวน 10 ข้อ ประกอบขึ้นจาก 2 มีด้อย ดังต่อไปนี้ 1) ด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่ จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านภาพลักษณ์ของงานบริการ จำนวน 3 ข้อ และ ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ ใช้เก็บข้อมูลในตัวอย่างที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบบริการ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน รวมจำนวนทั้งหมด 3 ท่าน วิเคราะห์ค่า IOC ได้ค่ามากกว่า 0.67 ตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช แล้วปรับปรุงจนได้ค่าเท่ากับ 0.72 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹¹

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์กลุ่มคำและจัดกลุ่มประเด็นเกี่ยวกับความพึงพอใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อพิจารณาองค์ประกอบในการพัฒนาตามองค์ประกอบ 4M2T จากนั้นนำข้อมูลทั้ง 2 ส่วนมาบูรณาการเข้าด้วยกัน

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percent), ความถี่ (Frequency), ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation), และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ(ข้อมูลต่อเนื่อง)ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ด้วยผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกันโดยใช้สถิติ

Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารเลขที่ COA No. 69/2567

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร (=222)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	49	22.07
	หญิง	173	77.93
อายุ	ต่ำกว่า 25 ปี	28	12.61
	25-35 ปี	48	21.62
	36-45 ปี	37	16.67
	46-55 ปี	39	17.57
	56-65 ปี	57	25.68
	65 ปีขึ้นไป	13	5.86
	mean = 44.32, SD = 16.50		
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	32	14.41
	ประถมศึกษาปีที่ 6	46	20.72
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	47	21.17
	มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	66	29.73
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	13	5.86
	ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	18	7.66
	รับจ้างทั่วไป	94	42.34
อาชีพ	พนักงานโรงงาน/บริษัท	12	5.41
	ค้าขาย	27	12.16
	เกษตรกร	37	16.67
	รับราชการ	1	0.45
	ว่างงาน	37	16.67
	นักเรียน/นักศึกษา	11	4.95
	บัตรประกันสุขภาพ	181	81.53
สิทธิการรักษา	ข้าราชการ	4	1.8
	ประกันสังคม	32	14.41
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4	1.8
	รัฐวิสาหกิจ	1	0.45
	ความถี่ในการเข้ารับบริการ		
ความถี่ในการเข้ารับบริการ	1-6 ครั้งต่อปี	201	90.54
	มากกว่า 6 ครั้งต่อปี	21	9.46
	mean =4.51, SD =8.19		

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคโคก่อนและหลังการพัฒนา (n=222)

ความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		MD	sd	95%CI	p-value
	mea		mea					
	n	sd	n	sd				
ด้านคุณภาพการให้บริการ		0.6			1.2	0.06	1.16-	<0.001
	3.25	4	4.54	0.7	9	3	1.41	*
ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ		0.7			1.0	0.06	0.95-	<0.001
	3.45	1	4.53	0.71	8	7	1.21	*
ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ		0.6			2.2	0.06	2.11-	<0.001
	2.35	8	4.59	0.69	4	5	2.36	*
ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ		0.7			1.5	0.07	1.45-	<0.001
	2.89	3	4.48	0.78	9	1	1.73	*
ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ		0.5			1.4	0.06	1.31-	<0.001
	3.12	6	4.56	0.74	4	2	1.56	*
ด้านการเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ		0.6				0.06	1.46-	<0.001
	2.96	4	4.56	0.79	1.6	8	1.73	*
ด้านภาพลักษณ์บริการ		0.5				0.06	1.37-	<0.001
	3.01	8	4.51	0.77	1.5	5	1.62	*
ด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่		0.6			1.9	0.06	1.78-	<0.001
	2.56	7	4.48	0.77	2	8	2.05	*
ด้านภาพลักษณ์		0.5			2.1	0.06	2.00-	<0.001
	2.45	9	4.59	0.85	4	9	2.27	*
ภาพรวม					1.7	0.06	1.62-	<0.001
	2.78	0.6	4.53	0.71	5	2	1.87	*

*=significant at p-value <0.05, MD=Mean Difference, ระดับความพึงพอใจ= (4.21-5.00=มากที่สุด, 3.41-4.20 = มาก, 2.61-3.40=ปานกลาง, 1.81-2.60=น้อย, 1.00-1.80=น้อยที่สุด)

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ บริบท สาเหตุ และแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการบริการ

การถูกร้องเรียนบริการ พบว่า เมื่อพิจารณาย้อนหลัง 5 ปี (2563-2567) จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น กล้องรับความคิดเห็น การโทรแจ้งผ่านโทรศัพท์ การแสดงความคิดเห็นผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย พบการร้องเรียนทั้งหมด 15 ครั้ง โดยแบ่งเป็น พฤติกรรมการบริการที่ไม่ดี 10 ครั้ง สิ่งอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ 3 ครั้ง ได้แก่ เก้าอี้นั่งคอยไม่เพียงพอ และน้ำดื่มไม่เพียงพอ และการบริการล่าช้า 2 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา ผู้วิจัยตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อร้องเรียนร่วมกับบุคลากรทุกท่าน พบว่า มีเหตุการณ์ตามข้อร้องเรียนเกิดขึ้นจริง ได้แก่ พฤติกรรมการใช้วาจาไม่สุภาพ การแสดงกิริยาที่ไม่เหมาะสม และการต่อว่าผู้มารับบริการ ด้านระยะเวลาการรอคอย ได้ตรวจสอบระยะเวลาการรอคอยในระบบคอมพิวเตอร์ในช่วงวันเดียวกันกับที่มีการร้องเรียนเรื่องระยะเวลารอคอย พบว่า ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยอยู่ที่ 102.35 นาที ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกองการพยาบาล

บริบท สาเหตุ และแนวทางปรับปรุงคุณภาพบริการ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ได้แก่ ตัวแทนจากวัด 5 ท่าน ตัวแทนครูในโรงเรียน 4 ท่าน ผู้นำชุมชน 12 ท่าน ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลโคโค 1 ท่าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคโค 1 ท่าน รวมทั้งสิ้น 23 ท่าน สรุปประเด็นที่ได้จัดกลุ่มประเด็นแบ่งตามองค์ประกอบเชิงบริหาร 4M2T โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

องค์ประกอบด้านบุคคล (Man) ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้วาจา การแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ไม่ชัดเจน การให้บริการไม่คำนึงถึงหลักการมีจิตบริการ การเลือกปฏิบัติ อยากให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีพฤติกรรมบริการที่ดีขึ้น ปรับปรุงพฤติกรรมบริการ และอยากให้มีการพัฒนาศักยภาพเฉพาะด้านของเจ้าหน้าที่เพื่อการให้ข้อมูลต่อผู้มารับบริการที่ชัดเจนและครอบคลุมข้อสงสัยต่างๆ

องค์ประกอบทางด้านการเงิน (Money) การจัดสรรงบประมาณไปใช้ในกิจกรรมต่างๆ ไม่มีผลต่อการให้บริการเท่าที่ควร การจัดการงบประมาณในภาวะฉุกเฉินหรือภาวะที่ต้องมีการเพิ่มอัตราค่าบริการ อย่างเฉียบพลันอาจมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ เช่น วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในภาวะฉุกเฉิน หรือการจัดอาหารว่างและน้ำหวานสำหรับวันที่มีการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง อยากให้นางบประมาณมาพัฒนาหน่วยบริการอย่างเป็นรูปธรรม ใช้งบประมาณในการบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการเพิ่มเติมระหว่างรอรับบริการ

องค์ประกอบด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) คุณภาพและปริมาณของวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการให้บริการไม่เหมาะสม ชำรุด ใช้งานไม่ได้ จำนวนไม่เพียงพอ อยากให้มีการปรับปรุงอุปกรณ์หรือจัดหาทดแทนชิ้นที่อายุการใช้งานมากแล้ว ควรจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการเพิ่มเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ประโยชน์ ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการให้บริการ ให้มีความพร้อมและเพียงพอมากยิ่งขึ้น ควรปรับปรุงสถานที่เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับบริการ และให้บรรยากาศในการนั่งรอรับบริการที่ดีขึ้น

องค์ประกอบด้านวิธีการ (Method) ขั้นตอนในการให้บริการที่ทำให้เกิดความล่าช้า วิธีการให้บริการที่มีขั้นตอนหลายขั้นตอนทำให้ผู้รับบริการเกิดความสับสนและส่งผลต่อระยะเวลาการให้บริการ การนัดหมายบริการไม่ชัดเจน การนัดหมายผู้ป่วยคลินิกพิเศษมารับบริการจำนวนมากๆพร้อมกัน อยากให้ปรับปรุงขั้นตอนและจุดในการให้บริการ ให้มีความกระชับมากขึ้น ควรปรับปรุงให้มีระบบนัดหมายที่ชัดเจน ขั้นตอนการให้บริการควรจัดให้มีความคล่องตัวมากขึ้น ลดความสับสนในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย ควรปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการที่ลดจำนวนขั้นตอนลง และจุดในการให้บริการให้น้อยลง

องค์ประกอบด้านเวลา (Time) ปัญหาด้านระยะเวลามีความเกี่ยวเนื่องกันกับองค์ประกอบด้านกระบวนการ ดังนั้นหากพิจารณาในส่วนของประเด็นที่แตกต่างกันออกไปจะพบว่า ปัญหาในการให้บริการ ได้แก่ ระยะเวลาในการให้บริการในบางครั้งนานเกินไป เนื่องจากช่วงระยะเวลาการให้บริการที่ไม่เหมาะสม ช่วงเวลาการให้บริการน้อยเกินไป บางครั้งผู้ป่วยมาไม่ทัน แนวคิดในการปรับปรุงพัฒนา การจัดการระยะเวลาในการให้บริการควรจะกระชับมากกว่านี้ ควรเพิ่มความถี่ในการให้บริการเฉพาะ เช่น ทันตกรรม วัคซีนเด็ก เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ครอบคลุมและรวดเร็วยิ่งขึ้น อยากให้ขยายเวลาให้บริการ หรือเพิ่มวันในการให้บริการเฉพาะต่างๆ

องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี (Technology) เทคโนโลยีบางอย่างประชาชนยังไม่พร้อมใช้ มีทั้งด้านที่เกิดประโยชน์และด้านที่ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการให้บริการมากขึ้น จึงมีการเสนอแนะให้มีการปรับการใช้เทคโนโลยีในการให้บริการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและพิจารณาถึงความพร้อมของประชาชน อยากให้มีการใช้

เทคโนโลยีในการจัดการระบบคิวเข้ารับบริการ หรือระบบนัดให้มีความชัดเจนมากขึ้น ใช้แอปพลิเคชันต่างๆ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและบริการ การใช้เทคโนโลยีช่วยในการตรวจ และส่งเสริมให้ประชาชนมีการเข้าถึงบริการ การตรวจคัดกรองที่เฉพาะทางมากขึ้น

ความพึงพอใจก่อนพัฒนา จากการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการจำนวน 222 คน (คุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมีรายละเอียดดังตารางที่ 1) พบว่า คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยในภาพรวม เท่ากับ 2.78 (SD=0.6) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านคุณภาพการบริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25(SD=0.64) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านภาพลักษณ์การให้บริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01(SD=0.58) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่กล่าวถึงภาพลักษณ์การให้บริการไม่ว่าจะเป็นด้านบุคคล วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการ โดยรายละเอียดความพึงพอใจดังระบุไว้ในตารางที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนและดำเนินการพัฒนาโดยแบ่งเป็นองค์ประกอบของ 4M2T ได้แก่ พัฒนาบุคคล พัฒนาด้านอุปกรณ์ พัฒนาด้านวิธีการให้บริการ พัฒนาด้านการจัดการงบประมาณ พัฒนาด้านเทคโนโลยี และการจัดเวลาให้บริการ โดยเรียงลำดับความสำคัญและความยากง่ายในการพัฒนาดังนี้

ด้านบุคลากร (Man) เจ้าหน้าที่ได้ผ่านอบรมฟื้นฟูและเพิ่มพูนศักยภาพแต่ละวิชาชีพ รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ผ่านสนับสนุน ดังนี้ สายวิชาชีพการพยาบาล ประกอบไปด้วยหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้สูงอายุ แม่และเด็ก จิตเวชและยาเสพติด และการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง วิชาชีพแพทย์แผนไทย ได้แก่ การสีกยาสมุนไพร วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานพยาบาล การจัดการเหตุรำคาญและเรื่องร้องเรียน สายสนับสนุน ได้แก่ การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนเพื่อการเบิกจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพในกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุน การอบรมทำความเข้าใจ และมีการกำกับติดตามโดยการประชุมทุกสัปดาห์เพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะหรือข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ร่วมกันพิจารณาว่าสาเหตุต่างๆเกิดจากตัวบุคลากร หรือเกิดจากผู้มารับบริการ หากสาเหตุที่เกิดขึ้นจากบุคลากร จะมีการตักเตือนให้ปรับปรุงพฤติกรรม

ด้านวิธีการ (Method) กำหนดประเภทบริการในแต่ละวันออกเป็น 3 บริการหลักๆ ได้แก่ 1) บริการล้างแผล ทำหัตถการต่างๆ 2) บริการตรวจรักษาทั่วไป จ่ายยา ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพทั่วไป และ 3) บริการคลินิกเฉพาะ เช่น โรคเรื้อรัง วัคซีนเด็ก วางแผนครอบครัว ในประเภทบริการข้อที่ 1 และ 2 ได้มีการกำหนดในแต่ละวัน จะมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ณ จุดให้บริการหัตถการ 1 ท่าน และจุดตรวจรักษาเบื้องต้น 1 ท่าน สลับหมุนเวียนกัน นอกจากนี้ยังได้กำหนดให้แต่ละวันมีเจ้าหน้าที่สำรองสำหรับกรณีที่มีการลา หรือติดภารกิจต่างๆ

บริการคลินิกเฉพาะ กำหนดวันให้บริการที่ชัดเจนล่วงหน้าตลอดทั้งปี ใช้กลไก Health station ในการติดตามผู้ป่วยมาตามนัด การนัดหมายผ่านช่องทางออนไลน์ ใช้ระบบเรียกเก็บค่าบริการในผู้ที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง และสิทธิประกันสังคม สามารถบันทึกข้อมูลทำการเรียกเก็บไปยังกรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคมไม่จำเป็นต้องสำรองจ่าย

ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูลเต็มรูปแบบ สามารถพร้อมให้บริการประชาชนได้ทันที มีการวางแผนจุดให้บริการตามหมายเลขที่ชัดเจน สามารถทำการวัดสัญญาณชีพได้ด้วยตนเองโดยมีเครื่องมือวัดแบบอัตโนมัติ เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดอุณหภูมิ และวัดความดันโลหิต โดยวางเรียงเป็นลำดับไว้อย่างชัดเจนและเข้าถึงได้สะดวก

การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยกลไกของสถานสุขภาพ (Health station) ในการลดระยะเวลารอคอยของผู้มารับบริการ ใช้บริการสถานสุขภาพในการวัดความดันโลหิตและตรวจค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ผู้ป่วยมีค่าที่ตรวจวัดอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับผู้ป่วยจะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำสมุดมารับยาแทนได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีค่าสูงเกินค่าที่ยอมรับได้จะต้องให้มาพบแพทย์ด้วยตนเอง

ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มารับบริการโดยจัดทำแผนการใช้งบประมาณปีงบประมาณ 2567 ประกอบไปด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ แบบสอดแขน จำนวน 2 เครื่อง เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว 6 เครื่อง เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG) 1 เครื่อง เครื่องผลิตออกซิเจน 1 เครื่อง แก้อัสมัสำหรับนั่งรอรับบริการจำนวน 4 ชุด เครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ 2 เครื่องและแบบพกพา 2 เครื่อง ทำแผนปฏิบัติและมอบหมายผู้รับผิดชอบในการประเมินจำนวนผู้เข้ารับบริการเฉลี่ยต่อวัน และประเภทบริการที่มารับ เพื่อประเมินรายละเอียดของวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ แล้วดำเนินการขอเบิกสนับสนุนจากแม่ข่ายในแต่ละครั้งให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนที่มารับบริการในแต่ละเดือน

ทำแผนจัดซื้อจัดจ้างในการติดตั้งเครื่องปรับอากาศในพื้นที่ให้บริการทุกจุด จัดพื้นที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน ติดตั้งลำโพงขยายเสียงเพื่อใช้ในการเรียผู้เข้ารับบริการในกรณีที่มีผู้มารับบริการนั่งรอด้านนอก มีการปรับปรุงโครงสร้างเพื่อขยายพื้นที่นั่งรอรับบริการด้านนอกเพิ่มมากขึ้น ตกแต่งภายในอาคารให้บริการให้ดูทันสมัย เป็นระเบียบและเป็นสัดส่วนโดยใช้งบประมาณเงินบำรุง

ปรับปรุงอาคารสถานที่ ได้แก่ เพิ่มเคาเตอร์ซักประวัติ เคาเตอร์จ่ายยา จุดวัดสัญญาณชีพ ปรับปรุงโครงสร้างหลังคาขยายพื้นที่นั่งรอรับบริการ ต่อเติมขยายห้องทำหัตถการล้างแผลและห้องฉุกเฉิน

ด้านการเงิน (Money) พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้และตรวจสอบการจัดเก็บรายได้อย่างเป็นรูปธรรม พัฒนาการเบิกค่าชดเชยตามสิทธิ และประเภทบริการจากแหล่งงบประมาณต่างๆ เช่น ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง ท้องถิ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ทำความเข้าใจไปยังเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้รับทราบ มอบหมายเจ้าหน้าที่ 2 ท่านเพื่อกำกับติดตามการเบิกจ่ายค่าชดเชยจากกองทุนต่างๆอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการเพิ่มงบประมาณในการที่จะนำมาปรับปรุงการบริการให้กับประชาชน มีการจัดทำแผนเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนในระดับท้องถิ่นเพื่อจัดหางบประมาณในการให้บริการ

ด้านเวลา (Time) การปรับปรุงด้านเวลานั้นจะมุ่งเน้นไปที่การขยายกรอบระยะเวลาในการให้บริการ เพิ่มการให้บริการนอกเวลาในวันปกติจนถึง 18.30 น. และเพิ่มการให้บริการในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ต่างๆ เพิ่มวันการให้บริการคลินิกเฉพาะ เช่น คลินิกทันตกรรม 4 วันต่อสัปดาห์ คลินิกวัคซีนเด็กเดือนละ 2 ครั้ง คลินิกโรคเรื้อรังแบ่งเป็นประเภทผู้ป่วย (เบาหวาน,ความดัน) และแบ่งกลุ่มโซนหมู่บ้านให้มารับบริการคนละวันเพื่อลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย

ด้านเทคโนโลยี (Technology) เพิ่มการจองคิวเข้ารับบริการผ่านแอปพลิเคชัน การแจ้งข่าวสารและการสื่อสารความเสี่ยงผ่านช่องทางโซเชียลต่างๆ มีการจัดบริการ Telehealth และ Telemedicine เพื่อเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เฉพาะทางมากขึ้น การบันทึกข้อมูลบริการด้วยระบบคอมพิวเตอร์ 100 เปอร์เซ็นต์ เพิ่มบริการเฉพาะทางด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงที่จำเป็นต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และเชื่อมต่อระบบการส่งต่อรูปภาพและผลการตรวจ EKG ผ่านระบบออนไลน์ ภาพผลการตรวจนั้นแพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถเข้าดูได้ทันที

ความพึงพอใจหลังพัฒนา ทำการประเมินความพึงพอใจหลังจากที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแล้วเสร็จเป็นเวลา 2 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมเฉลี่ยเท่ากับ 4.53(SD=0.71) จัดอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านคุณภาพการให้บริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54(SD=0.7) ระดับมากที่สุด ด้านภาพลักษณ์การบริการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51(SD=0.77) ระดับมากที่สุด และเมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจในรายละเอียดย่อยพบว่าทั้งคุณภาพการบริการรายละเอียดย่อย 5 หัวข้อ และด้านภาพลักษณ์การบริการที่แบ่งออกเป็น 2 หัวข้อย่อย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

ทั้งหมด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยในภาพรวม อยู่ที่ 1.75 คะแนน ($SD=0.062$, $95\%CI=1.62-1.87$) ด้านคุณภาพการให้บริการเท่ากับ 1.29 คะแนน ($SD=0.063$, $95\%CI=1.16-1.41$) และด้านภาพลักษณ์บริการเท่ากับ 1.5 คะแนน ($SD=0.065$, $95\%CI=1.37-1.62$) รายละเอียดดังระบุในตารางที่ 2

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้บริการ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นเห็นในประเด็นปัญหาด้านบุคลากรเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการให้บริการ รวมไปถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้มารับบริการที่ไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงด้านการอำนวยความสะดวก สภาพแวดล้อมที่แออัดและขั้นตอนในการบริการที่ล่าช้า ซึ่งผู้วิจัยได้นำประเด็นดังกล่าวมาพิจารณาในการพัฒนาบูรณาการกับการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ 4M2T ซึ่งภายหลังจากมีการพัฒนาความพึงพอใจของผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น เมื่อทำการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น พฤติกรรมการบริการดีขึ้น พุดจาใจเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใสยินดีให้บริการ ในส่วนของศักยภาพการทำงานและการให้ข้อมูลสุขภาพมีความชัดเจน และละเอียดมากขึ้น ได้รับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรค อาการป่วยหรือข้อสงสัยด้านสุขภาพที่ชัดเจน ในส่วนของขั้นตอนการให้บริการ พบว่ายังคงมีปัญหาอยู่บ้างในวันที่มีการนัดผู้รับบริการคลินิกพิเศษต่างๆ ด้านสภาพแวดล้อม มีความทันสมัย เป็นสัดส่วนมากขึ้น สะดวกสบาย มีการตกแต่งสวยงาม สวยตา ภาพลักษณ์ดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ในการพิจารณาสถานการณ์ปัญหาและบริบทปัญหาตามองค์ประกอบ 4M2T สามารถช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แสดงให้เห็นว่ารายละเอียดด้านต่างๆ มีความสำคัญและมีแนวทางในการพัฒนาได้อย่างไรบ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ อลงกต สารกาล¹² ได้ทำการศึกษาการใช้หลักการบริหารทรัพยากร 4M ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 2019 พบว่า รายละเอียดในแต่ละด้านล้วนมีความสำคัญและมีผลต่อการดำเนินงานทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณงาน ปรับปรุงอุปกรณ์ให้มีความทันสมัยและสะดวกต่อการใช้งาน การจัดสรรงบประมาณตามความจำเป็นเร่งด่วนและควรมีการสำรองงบประมาณไว้สำหรับกรณีฉุกเฉิน การปรับปรุงรูปแบบบริการตามความต้องการของประชาชน สภาพปัญหาที่พบนั้นสอดคล้องกับการรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข¹³ ที่กล่าวถึงปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ การขาดแคลนอัตรากำลังและการลาออกที่เพิ่มขึ้น ส่งเกี่ยวข้องกับปัญหาภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่มากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ โสภณ เกิดโชค¹⁴ นอกจากนี้ด้านการบริหารเวลาและเทคโนโลยีสอดคล้องกับการศึกษาของจิตาภา เผ่าหฤหรรษ์¹⁵ ในส่วนของเทคโนโลยีสารสนเทศ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการข้อมูล การบันทึก จัดเก็บ รวมไปถึงเทคโนโลยีในการให้บริการ เช่น Telehealth, Telemedicine เป็นต้น ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การบริหารเวลาในการให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทช่วงเวลาของประชาชนในพื้นที่ การศึกษาความพึงพอใจ พบว่า ก่อนพัฒนาความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร บุตรมาตย์¹⁶ ที่พบว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในด้านการให้บริการอย่างเป็นรูปธรรม จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในการพัฒนาเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ การพัฒนาคุณภาพบริการในแต่ละด้านเป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความพึงพอใจไม่ว่าจะเป็น บุคลากรที่มีผลต่อความพึงพอใจด้านคุณภาพการบริการโดยตรง งบประมาณซึ่งมีผลต่อการจัดหาอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการในการให้บริการ เวลาและเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อความพึงพอใจด้านภาพลักษณ์การให้บริการ ภายหลังจากพัฒนาการบริการตามองค์ประกอบ 4M2T เน้นการให้บริการที่รวดเร็วเป็นจุดเดียว(one-stop-service) พบว่า ความพึงพอใจภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ

และด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรณีการ รุจิราโชติ¹⁷ ที่พบว่า การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ(one-stop-service) ทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 85.34 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูริลาภ งามสิมะ¹⁸ ที่พบว่าคุณภาพการบริการในด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ และด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถร่วมกันทำนายคะแนนความพึงพอใจได้ถึงร้อยละ 69.60 ($R^2=0.696$) จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดองค์ประกอบ 4M2T มาใช้ในการพัฒนานั้นสามารถช่วยในการวิเคราะห์และพัฒนาองค์ประกอบต่างๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นส่งผลให้การพัฒนาเป็นไปในทิศทางที่ต้องการมากขึ้นสอดคล้องกับ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค(2562)¹ ได้กล่าวว่าการนำแนวคิด 4M2T มาใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถช่วยในการพัฒนาคุณภาพบริการและการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีการวัดผลลัพธ์เพียงด้านเดียวคือความพึงพอใจ ซึ่งอาจให้รายละเอียดไม่ครอบคลุมในการประเมินคุณภาพการบริการ ดังนั้นควรมีการเพิ่มการพิจารณาในด้านอื่นๆ เช่น มุมมองของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และมีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา เพื่อเพิ่มรายละเอียดในการพัฒนาต่อไป การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อเป็นองค์ประกอบในการพิจารณาแนวทางในการพัฒนาการให้บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และควรมีการศึกษาด้านความคงอยู่ของผลลัพธ์ของการพัฒนาร่วมด้วยเพื่อสามารถใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์;2563
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข;2561
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี:กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค;มปป
4. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รอบ 6 เดือน[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร:กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข;2566[เข้าถึงเมื่อ 28 ตค. 2567]. เข้าถึงจาก:
<https://stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/สรุปผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียน%20ปีงบประมาณ%2066%20รอบ%206%20เดือน%20ก.ค.2567.pdf>
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคโค. สรุปรายงานการดำเนินงานประจำปี 2567 [เอกสารอัดสำเนา]. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคโค; 2567.

6. ชุมพล เสมาชันธิ์. รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D). Life Sci. Environ. J. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/psru/article/view/17066>
7. Glassdome. (2022). *How the 4M method can improve your manufacturing operations*. Retrieved from <https://glassdome.com/how-the-4m-method-can-improve-your-manufacturing-operations/>
8. นพดล นพมณี. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อม และการรับรู้ กับทัศนคติ ในการพัฒนา ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ. สต.ติดดาว. J Health Sci Comm Publ Health [อินเทอร์เน็ต]. 30 มิถุนายน 2020 [อ้างถึง 30 เมษายน 2025];3(1):45-57. available at: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/article/view/241673>
9. ชญาภัทร พันธุ์งาม ทวีพันธ์ นามโคตร และศิริพร ราชบัวน้อย. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้าน สุขภาพที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการเฉลิม กาญจนา 2561.5(1),69-79
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอโค. รายงานค้นหาจำนวนผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คอโค ประจำปี 2567 [ฐานข้อมูลโปรแกรม Hosxp PCU ณ วันที่ 5 มีนาคม 2568]. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคอโค จังหวัดสุรินทร์.
11. มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์.วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564.8(2),329-343
12. อลงกต สารกาล, พุทธิพร พลอยผักแว่น และ บาร์มี วรรณพงศ์เจริญ.(2565). การประยุกต์ใช้ 4M ในการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 2019 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครราชสีมา. สถาบันพระปกเกล้า. ฉบับ กันยายน-ธันวาคม 2565:34-62
13. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลสำรวจภาระงานบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ปี 2565. นนทบุรี: สป.สธ.; 2565.
14. โสภณ เกิดโสภา. ปัญหาภาระงานและความเครียดของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารพยาบาลชุมชน. 2564;29(1):15-26.
15. จิตภา ผ่าฤทธิ์. การบริหารงานด้านการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างภาพลักษณ์องค์กรของสำนักงานตำรวจ แห่งชาติ 2564. สารนิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายและการจัดการสาธารณะ คณะ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
16. นภาพร บุตรมัตย์. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567.4(1), 7-17.
17. กรรณิการ์ รุจิวิโรจน์. การศึกษาความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ ณ ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ 2563. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
18. ภูริลาภ งามสมะ. คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 2565. (การค้นคว้า อิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง).

Received: 12 May 2025, Revised: 8 Jun 2025

Accepted: 1 July 2025

บทความวิจัย

ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการใช้แอปพลิเคชัน
สมาร์ท อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านสบไพร ตำบลบ้านเป้า อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

สมศักดิ์ เตชะอุ่น¹, ยงยุทธ แก้วเต็ม^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะในการควบคุมและจัดการลูกน้ำ
ยุงลายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และค่าดัชนีสัดส่วนของบ้านที่พบลูกน้ำ สัดส่วนของภาชนะที่พบ
ลูกน้ำ และสัดส่วนของภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ
อสม. ในการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 55 คน เก็บ
ข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. แบบประเมินความรู้ ทักษะ แบบบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำ
ยุงลาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ dependent t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับ
โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการ
ควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าดัชนีสัดส่วนของบ้านที่พบลูกน้ำ
สัดส่วนของภาชนะที่พบลูกน้ำ และสัดส่วนของภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้และทักษะในการบันทึกข้อมูล
อย่างถูกต้องในแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานสาธารณสุข
สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม., แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม., โรคไข้เลือดออก

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบไพร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author: e-mail: thun716@gmail.com

Original Article

Effects of Capacity Development for Village Health Volunteers in Using the Smart VHV Application for Dengue Fever Surveillance and Control, Ban Sop Prai Sub-District Health Promoting Hospital, Ban Pao Subdistrict, Mueang Lampang District, Lampang Province

Somsak Techaaon¹, Yongyuth Kaewtem^{2*}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the knowledge and skills of Village Health Volunteers (VHVs) in dengue larval surveillance and control, and the proportion of houses with larvae (House Index: HI), the proportion of containers with larvae (Container Index: CI), and the number of containers with larvae per 100 houses (Breteau Index: BI), before and after the implementation of a capacity development program for VHVs on the use of the Smart VHV application. The sample consisted of 55 Village Health Volunteers, with data collected between January and March 2025. The research instruments included: the VHV capacity development program, a knowledge assessment form, a skills assessment form, and a larval index record form. Data were analyzed using descriptive statistics and the dependent t-test. The findings indicated that, after the program, VHVs showed statistically significant increases in knowledge and skills regarding dengue larval control ($p < .001$), while HI, CI, and BI significantly decreased ($p < 0.05$). These findings suggest that developing Village Health Volunteers' knowledge and skills to accurately record data in the Smart VHV application through empowerment and digital health technology utilization can enhance the efficiency of dengue surveillance and control.

Keywords: VHV capacity development program, Smart VHV application, dengue fever

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Sop Prai Sub-District Health Promoting Hospital

² Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: e-mail: thun716@gmail.com

บทนำ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนด้านสุขภาพ¹ โดยมีโครงการยกระดับความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพต้องปรับตัวตามสถานการณ์โรค โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศและสิ่งแวดล้อม จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสะสม 105,250 ราย เสียชีวิต 90 ราย คิดเป็นอัตราป่วยสะสม 159.09 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.09 สอดคล้องกับข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุ 5–14 ปี ซึ่งมีอัตราป่วยสูงสุดอยู่ที่ 410.02 ต่อแสนประชากร² โรคไข้เลือดออกส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในระดับชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยอาศัยกลไกภาคประชาชนในการเข้าถึงและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยกลไกสำคัญคือการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้เป็นสมาร์ท อสม. เพื่อให้มีการสื่อสารข้อมูลการเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่ถูกต้องและทันเวลา สอดคล้องกับนโยบายประเทศไทย 4.0 ที่มุ่งเน้นการนำเทคโนโลยีมายกระดับระบบสาธารณสุข³ โดยมีการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันในการรายงานสถานการณ์ลูกน้ำยุงลายเพื่อเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังและคัดกรองโรคในชุมชน

การพัฒนา อสม. ให้เป็นสมาร์ท อสม.' คือการเสริมศักยภาพด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่มีการสื่อสารที่รวดเร็วและแม่นยำ มีการใช้เทคโนโลยีในการทำงานผ่านแอปพลิเคชันที่มีฟังก์ชันการรับข้อมูลข่าวสารการส่งรายงานลูกน้ำยุงลายและการให้ความรู้อย่างถูกต้อง ช่วยให้ อสม. รายงานข้อมูลลูกน้ำยุงลายแบบทันที และแจ้งเตือนพื้นที่เสี่ยงให้รับทราบข้อมูลที่ทันเวลา ช่วยให้พื้นที่ดำเนินการมาตรการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว เกิดการเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยบริการสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพในชุมชนให้ได้มาตรฐาน⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยแอปพลิเคชัน อสส. ออนไลน์ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาช่วยให้ อสส. มีความรู้ มีความสามารถในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติการป้องกันโรคไข้เลือดออก ช่วยเพิ่มคุณภาพการเฝ้าระวังและลดดัชนีลูกน้ำยุงลายได้⁵ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของระบบเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมแบบดิจิทัลในการควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ระบบเฝ้าระวังแบบดิจิทัลสามารถส่งเสริมการติดตามสถานการณ์ลูกน้ำยุงลายและจุดเสี่ยงได้แบบเรียลไทม์ เพิ่มความสามารถในการตอบสนองของเจ้าหน้าที่ ลดความล่าช้าในการจัดการปัญหาและเพิ่มความร่วมมือของประชาชนในการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม และช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนในระดับชุมชนและแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้⁶ และการศึกษาการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเพื่อสนับสนุนทีมสอบสวนโรคไข้เลือดออกของหน่วยควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดพังงา ยังพบว่า การใช้แอปพลิเคชันช่วยลดความล่าช้าของการรายงานและปรับปรุงความครบถ้วนของข้อมูลทำให้การสืบสวนควบคุมไข้เลือดออกในจังหวัดพังงามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเกิดการรวบรวมข้อมูลแบบเรียลไทม์แทนการใช้ระบบกระดาษแบบเดิม⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาให้ อสม.มีการใช้แอปพลิเคชันจะช่วยเพิ่มความรวดเร็วในการสำรวจลูกน้ำและดัชนีลูกน้ำยุงลายซึ่งส่งผลต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในพื้นที่เขตเมืองซึ่งยังไม่พบการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทเหมือนพื้นที่ที่ศึกษาในจังหวัดลำปาง

จังหวัดลำปางประสบปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม 2567 พบผู้ป่วยสะสม 501 ราย คิดเป็นอัตราการป่วยต่อแสนประชากรอยู่ที่ 70.14 ซึ่งอยู่อันดับที่ 7 ของเขตสุขภาพที่ 1 และอันดับที่ 52 ของประเทศ โดยยังไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเขตอำเภอเมืองลำปางเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยสะสมมากที่สุด จำนวน 194 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.72 ของผู้ป่วยสะสมทั้งหมดและมีอัตราการป่วยต่อแสนประชากรอยู่ที่ 88.17⁸ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบไพร รับผิดชอบดูแลประชากร 2,025 คน เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาในพื้นที่ที่ต้องควบคุมอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จากสถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี พบว่า ในปี 2563 ไม่พบผู้ป่วย แต่ในปี 2564-2567 พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2564 พบ 1 ราย (อัตราป่วย 49.30 ต่อแสนประชากร) ปี 2565 พบ 2 ราย (อัตราป่วย 98.76 ต่อแสนประชากร) ปี 2566 พบ 9 ราย (อัตราป่วย 444.44 ต่อแสนประชากร) และปี 2567 พบ 6 ราย (อัตราป่วย 296.30 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ⁹ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากสถานที่ทำงานที่มีรายงานการระบาดของโรคในช่วงเวลาดังกล่าวและนำมาแพร่กับบุคคลในครอบครัวและชุมชน และในปี 2566 พบพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่องเป็นกลุ่มก้อนเดียวกัน 8 ราย จากการลงพื้นที่ควบคุมโรคทางกายภาพของ อสม. พบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI=45.45, CI=30.19, BI=145.45 จึงทำให้เกิดการระบาดขึ้นซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (HI<10, CI<20, BI<50) แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคในพื้นที่ ซึ่งการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. จะช่วยให้ อสม. สามารถทำงานเฝ้าระวังได้อย่างเป็นระบบ รวดเร็ว และเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขได้โดยตรง

แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. มีฟังก์ชันหลัก ได้แก่ การบันทึกและส่งรายงานข้อมูลลูกน้ำยุงลาย การคำนวณดัชนีความเสี่ยง การรับข้อมูลข่าวสารและแนวทางการป้องกันและการแจ้งเตือนเมื่อพบพื้นที่เสี่ยง แต่จากผลการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในพื้นที่ยังประสบปัญหา คือ ยังมีผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสมค่อนข้างมากและมีดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงเกินเกณฑ์นอกจากนี้ อสม. ยังขาดความรู้และทักษะในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลาย รวมถึงขาดความมั่นใจในการใช้แอปพลิเคชัน "สมาร์ท อสม." ทำให้ข้อมูลนำเข้าสู่ระบบล่าช้า การรายงานข้อมูลลูกน้ำยุงลายไม่เป็นระบบและไม่ทันเวลา ส่งผลให้การเฝ้าระวังไม่ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงได้ทันทั่วทั้งที่ ดังนั้นการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโดยการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. จึงมีความจำเป็น หาก อสม. มีความรู้ ทักษะในการใช้แอปพลิเคชันแล้วจะส่งผลต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามแม้จะมีเครื่องมือดิจิทัล แต่หากมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะของ อสม. อาจทำให้การเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลายในชุมชนยังไม่ครอบคลุมและทันเวลา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ลดอัตราการป่วยและป้องกันการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก ทำให้สามารถรายงานข้อมูลลูกน้ำยุงลายได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ และเพิ่มความครอบคลุมในการสำรวจติดตามพื้นที่เสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีสัดส่วนของบ้านที่พบลูกน้ำ สัดส่วนของภาชนะที่พบลูกน้ำ และสัดส่วนของภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ

สมมติฐานการวิจัย

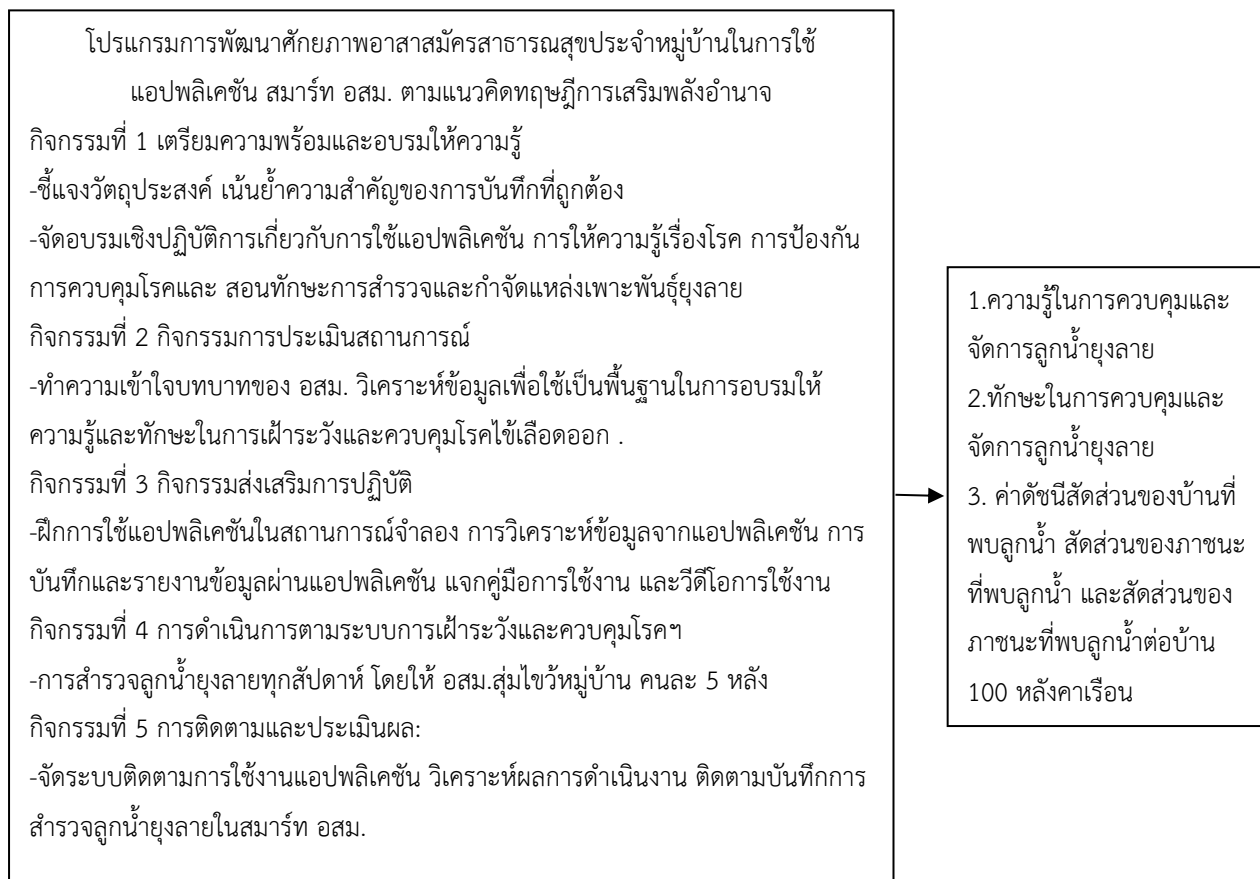
1.ภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ

2.ภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ

3.ภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านค่าเฉลี่ยดัชนีสัดส่วนของบ้านที่พบลูกน้ำ สัดส่วนของภาชนะที่พบลูกน้ำ และสัดส่วนของภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือนลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ¹⁰ มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้แอปพลิเคชัน สำหรับเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะในการจัดการลูกน้ำยุงลายผ่านการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างเป็นระบบ และเสริมสร้างความมั่นใจของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโดยผ่านกระบวนการเสริมพลังอำนาจด้วยการดำเนินกิจกรรมฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่ซึ่งจะส่งผลให้อสม. มีความรู้ ทักษะ สามารถระบุค่าดัชนีได้ถูกต้อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยศึกษา ในช่วงเดือน 1 มกราคม-31 มีนาคม 2568

ประชากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบไพร 7 หมู่บ้าน จำนวน 90 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย โปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพล 0.5 อำนาจการทดสอบ 0.95 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 55 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการ 2) มีอายุระหว่าง 35-59 ปี 3) สามารถใช้สมาร์ตโฟนหรือแท็บเล็ตได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) อายุเกิน 60 ปี 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด 3) มีแผนจะย้ายออกนอกพื้นที่ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา 4) มีข้อจำกัดทางสุขภาพที่อาจส่งผลต่อการใช้อุปกรณ์หรือการปฏิบัติหน้าที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการใช้อุปกรณ์ สมาร์ท อสม. เป็นการเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยใช้อุปกรณ์ สมาร์ท อสม. เป็นโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และคู่มือ Smart อสม. ที่พัฒนาโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีแนวทาง ประกอบด้วย 1) การเพิ่มทักษะดิจิทัลด้านสุขภาพให้กับ อสม. ผ่านการใช้อุปกรณ์ สมาร์ท อสม. ในการปฏิบัติงานเป็นหมอบประจำบ้านได้อย่างทันสมัย 2) การใช้โทรศัพท์สมาร์ตโฟนเป็นเครื่องมือบันทึกและส่งต่อข้อมูลการระบาดของโรคไข้เลือดออกให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อเข้าดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคได้ทันที 3) การใช้อุปกรณ์มีฟังก์ชันให้ อสม. รายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลาย เพื่อควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก รวมถึงเนื้อหาประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารจากกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำเป็นคู่มือประกอบการใช้งาน 4) อสม. สามารถบันทึกพิกัดบ้านที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบพิกัดบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยมี อุปกรณ์ สมาร์ท อสม. เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการทำงานโดยเฉพาะในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและทันสมัยมีการจัดทำรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ให้ความรู้และคำแนะนำสำหรับ อสม. เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างทันสมัยและทันต่อสถานการณ์ตอบสนองต่อบทบาทของ อสม. ในการเป็นหมอบประจำบ้านที่ดูแลสุขภาพชุมชนได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ใช้ สมาร์ท อสม.

2.2 แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยุงลาย การควบคุมลูกน้ำ/แหล่งเพาะพันธุ์ และดัชนีลูกน้ำยุงลาย แบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบถูก-ผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผล คือ

8-10 คะแนน = ดี 6-7 คะแนน = ปานกลาง ต่ำกว่า 6 คะแนน = ควรปรับปรุง¹¹ โดยแบบวัดความรู้กำหนดผ่านเกณฑ์ที่ $\geq 80\%$ (8 คะแนนขึ้นไป)

2.3 แบบสอบถามทักษะการจัดการลูกน้ำยุงลาย เป็นแบบประเมินตนเองจากการใช้ สมาร์ท อสม. ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ 1 = ทักษะน้อยที่สุด, 2 = ทักษะน้อย, 3 = ทักษะปานกลาง, 4 = ทักษะมาก, 5 = ทักษะมากที่สุด การแปลผล 45-50 คะแนน มีทักษะมากที่สุด 38-44 คะแนน มีทักษะมาก 30-37 คะแนน มีทักษะปานกลาง 21-29 คะแนน มีทักษะน้อย และต่ำกว่า 21 คะแนน มีทักษะน้อยที่สุด¹² โดยแบบวัดทักษะกำหนดผ่านเกณฑ์ที่ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม (40 คะแนนขึ้นไป)

2.4 แบบบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายซึ่งเป็นค่าบ่งชี้จำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำต่อจำนวนภาชนะและจำนวนบ้านที่สำรวจมีค่าเป็นร้อยละ ค่าดัชนีลูกน้ำในการนำเชื้อไวรัสเดงกี คือดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ได้รับการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ได้แก่ ค่าเอชไอ = HI (House index) คือ ค่าร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำโดยค่ามาตรฐาน ไม่ควรเกินร้อยละ 10.0 ค่าค่า HI = จำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำ $\times 100$ / จำนวนหลังคาเรือนที่สำรวจ ค่าซีไอ = CI (Container index) คือ ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำโดยค่ามาตรฐานไม่ควรร้อยละ 5 ค่า CI = จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ $\times 100$ / จำนวนภาชนะที่สำรวจ ค่าบีไอ = BI (Breteau Index) คือ จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย/จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด $\times 100$ ไม่เกินร้อยละ 50

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา: เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ปฐมภูมิที่มีประสบการณ์ในงานด้านระบาดวิทยา นักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้คำดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 สำหรับคู่มือการใช้งานและแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ได้ผ่านการตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ: ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ ทักษะไปทดลองใช้กับ อสม. จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับประชากรที่ศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียงโดยแบบประเมินความรู้ จำนวน 10 ข้อ แบบถูก-ผิด ได้รับการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แบบประเมินทักษะ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ

ตามขั้นตอนดังนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 เตรียมความพร้อม ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนะนำการใช้ สมาร์ท อสม. และการบันทึกข้อมูลที่ต้องการประเมินความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จัดตั้งไลน์กลุ่มเพื่อสื่อสารการใช้งาน

สัปดาห์ที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องใช้เลื่อดออก การใช้ สมาร์ท อสม. การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ฝึกประเมินดัชนีลูกน้ำ (HI, CI, BI) การลงข้อมูลในแอปพลิเคชัน วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานพื้นที่เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง

สัปดาห์ที่ 3 ฝึกปฏิบัติการใช้แอปพลิเคชันในสถานการณ์จำลอง ฝึกสื่อสารและให้สุขศึกษา แจกคู่มือและวิดีโอ แนะนำการใช้งาน วางแผนลงพื้นที่สำรวจแบบสุ่มไขว้

สัปดาห์ที่ 4 ลงพื้นที่สำรวจลูกน้ำยุงลายแบบสุ่มไขว้ (อสม. คนละ 5 หลังคาเรือน) บันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันติดตาม ให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 5-7 อสม. สำรวจและบันทึกข้อมูลทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยติดตาม ตรวจสอบข้อมูลและให้คำแนะนำเป็นระยะ

สัปดาห์ที่ 8 ติดตามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ให้ข้อมูลย้อนกลับ รวบรวมปัญหาในการใช้งาน

สัปดาห์ที่ 9-11 อสม. ดำเนินการเฝ้าระวังต่อเนื่อง สำรวจและบันทึกข้อมูลรายสัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 12 สรุปผลทำแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผลการวิจัย

การประเมินความรู้ ทักษะก่อน-หลัง ผู้วิจัยดำเนินการวัดความรู้และทักษะ 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินการที่ รพ.สต.บ้านสบไพร หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (สัปดาห์ที่ 12) ดำเนินการวันประชุมสรุปผล โดยใช้แบบวัดเดิมเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงก่อน-หลัง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2567-060 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลาย และค่าเฉลี่ยดัชนีสัดส่วนของบ้านที่พบลูกน้ำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov เพื่อยืนยันความเหมาะสมในการใช้สถิติ Paired t-test พบว่าข้อมูลมีค่าการแจกแจงปกติ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.4) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) อายุอยู่ในช่วง 39-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 52.71 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 70.9) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.3) อาชีพหลัก รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 50.9) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 54.5)

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะ ในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายของ อสม. ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. (n=55)

ตัวแปร	Mean	S.D.	t	p-value
ความรู้ในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลาย				
ก่อนการทดลอง	7.19	1.83	8.743	<0.001*
หลังการทดลอง	9.27	0.65		
ทักษะในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลาย				
ก่อนการทดลอง	35.96	4.21	9.542	<0.001*
หลังการทดลอง	44.82	2.37		

* $p < .001$

ตารางที่ 1 ภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. พบว่า อสม. มีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ (n=55)

ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย	ก่อนการทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังการทดลอง Mean $\pm$ SD	t	p-value
House Index (HI)	8.76 $\pm$ 3.31	4.77 $\pm$ 0.36	3.512	0.025*
Container Index (CI)	7.54 $\pm$ 4.37	0.82 $\pm$ 0.02	5.428	0.012*
Breteau Index (BI)	45.73 $\pm$ 23.30	5.66 $\pm$ 0.23	4.873	0.017*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. พบว่า ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้ง 3 ค่า ได้แก่ House Index (HI), Container Index (CI) และ Breteau Index (BI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

1. ด้านความรู้การควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลาย จากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 7.19 คะแนน (S.D. = 1.83) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 9.27 คะแนน (S.D. = 0.65) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.743, p < 0.001$) การเพิ่มขึ้นของความรู้ในครั้งนี้เป็นผลมาจากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ อสม. ได้เรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และการจัดกิจกรรมให้ อสม. ได้สำรวจปัญหาและทบทวนสถานการณ์ ใช้เลือดออกในพื้นที่ของตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้สามารถเชื่อมโยงความรู้กับบริบทของชุมชนได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองอุบลราชธานี ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ นอกจากนี้ การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ช่วยให้อสม. เข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น ทำให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรู้เท่าทันสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy) ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านสุขภาพ¹⁴

2. ด้านทักษะการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อสม. มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการควบคุมและจัดการลูกน้ำยุงลายก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 35.96 คะแนน (S.D. = 4.21) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 44.82 คะแนน (S.D. = 2.37) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.542, p < 0.001$) การเพิ่มขึ้นของทักษะนี้เป็นผลมาจากการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริงจากโปรแกรมที่ได้พัฒนา โดยให้อสม. ได้ฝึกปฏิบัติการสำรวจและบันทึกข้อมูลลูกน้ำยุงลายผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. การเรียนรู้ในลักษณะนี้ช่วยให้อสม. ได้พัฒนาทักษะเทคโนโลยีไปพร้อมๆ กับทักษะการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งการมีกิจกรรมฝึกปฏิบัติตามสภาพเหตุการณ์จริงและการเรียนรู้ร่วมกันในการใช้แอปพลิเคชัน ทำให้อสม. มีความมั่นใจในการใช้งานเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในยุคดิจิทัล สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยแอปพลิเคชัน อสม. ออนไลน์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรมและทักษะในการใช้งานแอปพลิเคชัน อสม. ออนไลน์ และทักษะในการใช้แอปฯ เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหลังเข้าร่วมโปรแกรมและหลังผ่านไป 2 สัปดาห์⁵ เป็นการสนับสนุนให้เห็นว่าการนำเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างแอปพลิเคชันเข้ามาช่วยในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ช่วยเพิ่มทักษะในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนได้

3. ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย จากผลการศึกษาพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้ง 3 ค่า ได้แก่ House Index (HI), Container Index (CI) และ Breteau Index (BI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการลดลงของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในการศึกษานี้เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. โดยโปรแกรมมีการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกรวมถึงแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันควบคุมโรค ซึ่งส่งผลให้อสม. ในชุมชนมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมีความเข้าใจประโยชน์ของการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแอป

พลิเคชันเพื่อเก็บข้อมูลลูกน้ำยุงลายในชุมชนบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ ที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันสามารถช่วยควบคุมค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายและลดอัตราการป่วยไข้เลือดออกในชุมชนได้จริง มีประสิทธิภาพในการประเมินความเสี่ยงจากลูกน้ำยุงลายในเบื้องต้นได้ สามารถเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้ประชาชนทั่วไปให้มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและลดภาวะความเสี่ยงการเป็นโรคไข้เลือดออกได้¹⁵ นอกจากนี้การใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ยังช่วยลดอุปสรรคในการบันทึกและรายงานผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายได้ โดยแอปพลิเคชันช่วยให้การสำรวจและบันทึกข้อมูลลูกน้ำยุงลายมีความถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็วมากขึ้น ทำให้สามารถติดตามสถานการณ์และดำเนินการมาตรการควบคุมได้อย่างทันทั่วทั้งที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นการบูรณาการเทคโนโลยีแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. เข้ากับการทำงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนานวัตกรรม “แอปพลิเคชัน SMART BRN” สำหรับการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาหมู่บ้านเมืองทองซีดี-แหลมฉะบะกรีนวิลล์ หมู่ที่ 1 ชุมชนจุกกะเณอ ตำบลบึง อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่าการพัฒนาแอปพลิเคชัน “SMART BRN” ช่วยให้ อสม. สามารถสำรวจและรายงานผลลูกน้ำยุงลายได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากขึ้น สะท้อนถึงศักยภาพของแอปพลิเคชันในการสนับสนุนการเฝ้าระวังและควบคุมโรค¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและระบบติดตามการควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังร่วมกับระบบติดตามการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการ 3-3-1 คือ 3 ชั่วโมงแรก รายงานให้เร็วหลังจากพบผู้ป่วย 3 ชั่วโมงถัดมา สอบสวนให้เร็วหลังได้รับแจ้งผู้ป่วย และดำเนินการควบคุมยุงพาหะนำโรครายใน 1 วัน โดยใช้เทคโนโลยีที่ง่ายต่อการรายงานโรคและเข้าถึงข้อมูล ผ่านแอปพลิเคชันฟรีจาก Google drive ในพื้นที่จังหวัดยโสธร ซึ่งพบว่าระบบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารสามารถใช้เทคโนโลยีสำหรับการติดตามสถานการณ์และประเมินผลการใช้มาตรการทำให้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ดำเนินการเป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็ว¹⁷ ซึ่งตรงกับนโยบายของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีส่วนช่วยในการลดอัตราการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ทั่วประเทศ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะเจาะจง จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในพื้นที่ทั่วไป รวมถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งด้านพื้นฐานความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีของ อสม. ที่อาจมีความแตกต่างกัน แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พยายามจัดอบรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่เท่าเทียมกันเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านทักษะการใช้แอปพลิเคชัน พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์และอินเทอร์เน็ตสำหรับ อสม. ที่ขาดแคลน และมีการควบคุมระยะเวลาเก็บข้อมูลให้ตรงกันเพื่อลดอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม และระมัดระวังปัจจัยภายนอก เช่น การมีโครงการอื่นในพื้นที่ ไม่ให้เข้ามารบกวนในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล นอกจากนี้ อาจมีตัวแปรแทรกซ้อนอื่นที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะของ อสม. นอกเหนือจากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพที่ใช้ในการวิจัย เช่น ความรู้พื้นฐานหรือประสบการณ์เดิมของผู้เข้าร่วม การถูกกระตุ้นหรือให้ข้อมูลจากเพื่อนร่วมงานระหว่างช่วงทดลอง รวมถึงความตื่นตัวของ อสม. ที่อาจเกิดจากการรู้ว่าตนเองกำลังถูกติดตามหรือประเมินผล ทั้งนี้ การลดลงของค่าดัชนี HI, CI และ BI อาจได้รับผลกระทบจากตัวแปรแทรกซ้อนอื่น เช่น ฤดูกาล ความถี่ในการลงพื้นที่ตรวจลูกน้ำยุงลายที่มากกว่าปกติ รวมถึงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพียง 3 เดือน ซึ่งอาจสั้นเกินไปสำหรับการประเมินผลระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลการใช้โปรแกรมและแอปพลิเคชันนี้ไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีปัญหาโรคไข้เลือดออก เพื่อยกระดับประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในระดับชุมชน
2. ควรสนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลจาก อสม. เข้ากับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการตอบสนองและบริหารจัดการโรคได้รวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น
3. ควรพัฒนาเนื้อหาหลักสูตรให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และใช้รูปแบบที่กระตุ้นการมีส่วนร่วม เช่น การเรียนรู้แบบกลุ่มหรือกิจกรรมเชิงปฏิบัติการให้เพิ่มมากขึ้น
4. ควรส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการควบคุมโรค เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2567 ประจำปีสัปดาห์ที่ 52 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/43e588b9-9773-4918-a56b-76d446496e61/page/p_48wsohppdd
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน” ปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204251434510886.pdf
4. ไพฑูรย์ เสริมศิริมงคล, พระปลัดประพจน์ อยู่สำราญ, พระมหาบุญเลิศ ช่วยธานี.อสม. 4.0: การพัฒนาศักยภาพเพื่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้นแบบ ในตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกะทู้ม่วน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. 2567;6(3):864-877.
5. กุสุมา ศรีปลั่ง.ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยแอปพลิเคชัน ออสส. ออนไลน์ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร [การศึกษาค้นคว้าอิสระ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566.
6. Petchsri, P., Prangtip, N., Rattanaumpawan, P., Uengkrongtham, N., Sawang, S., & Chongsuvivatwong, V. (2021). Potential Development of Digital Environmental Surveillance System in Dengue Control: A Qualitative Study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), 1293–1300. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7653>
7. Kongpan K, et al. Development of Web Application to Support Dengue Investigation Team of Communicable Disease Control Operations Unit in Phang Nga Province. *Thai J Public Health*. 2025;55(1):1086–1116.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำปาง. สถานการณ์ไข้เลือดออกอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง สัปดาห์ที่ 1–29 (1 มกราคม–27 กรกฎาคม 2567). ลำปาง: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำปาง; 2567.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบไพร. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี (2563–2567). ตำบลบ้านเป้า อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง: รพ.สต.บ้านสบไพร; 2567.

10. Kruahong, N., Carter, K. F., Carter, B. M., & Williams, R. C. (2023). Community empowerment: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), 2302–2313.
<https://doi.org/10.1111/jan.15613>
11. Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals*. New York: David McKay Company.
12. Ebel, R. L., & Frisbie, D. A. (1991). *Essentials of Educational Measurement* (5th ed.). Prentice-Hall.
13. ชีรศักดิ์ คันตร, กุลชญา ลอยหา, จำลอง วงศ์ประเสริฐ, เด่นดวงดี ศรีสุระ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองอุบลราชธานี. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*. 2562;23(3):25-35.
14. Seidel E, Cortes T, Chong C. Digital Health Literacy. PSNet [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services; 2023. [cited 2025 Jun 21]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/digital-health-literacy>
15. ชมัยพร กาญจนพันธ์. การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อเก็บข้อมูลลูกน้ำยุงลายในชุมชนบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์. *วารสารวิชาการมหาจุฬา*. 2565;9(3):135-144.
16. พันธะกานต์ ยืนยง, บุญหลาย สรสิงห์, วรยุทธ นาคอ้าย, ปรีชา สุวรรณทอง. การพัฒนานวัตกรรม “แอปพลิเคชัน SMART BRN” สำหรับการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข: กรณีศึกษาหมู่บ้านเมืองทองคีรี - แหยมฉะกรีนวิลล์ หมู่ที่ 1 ชุมชนจุกกะเมือ ตำบลบึง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ*. 2565;4(2):54-61.
17. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและระบบติดตามการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตร 3-3-1 ด้วย applications จาก Google drive พื้นที่จังหวัดยโสธร. *Thailand Digital Journal* [Internet]. [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/7186/6589>

Received: 1 Jun 2025, Revised: 20 Jun. 2025

Accepted: 1 Jul 2025

บทความวิจัย

การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร

นริศรา อารีรักษ์¹, จินตนา พลมีศักดิ์¹, ถนอม นามวงศ์²

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial ischemia หรือ infarction) ชนิด STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction) เป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตที่สำคัญโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI มาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดยโสธร ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CFIR และ Proctor ดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 520 คน และผู้ที่มีส่วนได้เสีย 87 คน ในพื้นที่ 5 อำเภอ จังหวัดยโสธร เครื่องมือประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและ z-test ผลการวิจัย 1) ผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ พบว่า ด้านนโยบายมีความสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีเป้าหมายอย่างชัดเจน ขับเคลื่อนผ่านคณะทำงาน ใช้กลไก พชอ. เป็นหลัก ด้านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน ใช้แผนพัฒนาจังหวัดที่คิดร่วมกันของทุกภาคส่วนมาเป็นเครื่องมือ ด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน มีปัญหาเรื่องระบบข้อมูล และโปรแกรมที่มีอยู่เป็นจำนวนมากแต่มีการพัฒนาที่ดีขึ้นด้านการประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกับผู้สูงอายุและชุมชน ควรมีการต่อยอดหรือขยายผลนโยบายนี้ไปยังทุกพื้นที่ 2) ผลลัพธ์หลังการปฏิบัติตามนโยบาย ได้แก่ (1) ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่ามีการเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ผ่านการจัดทำแผน การบูรณาการกับงานประจำ ขับเคลื่อนงานผ่านคณะทำงาน การกำกับติดตามและเสริมพลังโดยใช้ชุดข้อมูล (2) ผลลัพธ์การจัดบริการ ได้แก่ [1] Pre - Hospital ส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยง และการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ [2] In - Hospital การดูแลรักษาในโรงพยาบาล และ [3] Post - Hospital ดูแลหลังกลับมาพักที่บ้าน (3) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI มีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าลดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ควรนำนโยบายนี้ไปขยายผล ต้องคำนึงถึงความพร้อมและบริบทแต่ละพื้นที่ ยึดผู้สูงอายุและชุมชนเป็นศูนย์กลาง และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพด้วยระบบส่งต่อ

คำสำคัญ: การประเมินผล, ระบบสุขภาพไร้รอยต่อ, ผู้สูงอายุ, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

* Corresponding author: thanom@scphub.ac.th

Original Article

The Evaluation of the seamless development of health systems for the elderly in Yasothon Province

Narisara Arrirak¹, Jintana Phonmeesak¹, Thanom Namwong²

Abstract

An acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) has remained a significant cause of morbidity and mortality especially in the elderly. Yasothon Province has continuously developed the health system for STEMI patients. However, a concrete evaluation has not been systematically conducted. This implementation research (IR) was to study the components and evaluation of outcomes of implementation in case the dissemination of seamless health care system based on *integration and participation* for elderly at risk of STEMI, Yasothon province. Applied the conceptual frameworks from CFIR and Proctor to conduct the research. To be carried out between April - June 2025. The samples were 520 elderly and 87 stakeholders in five districts of Yasothon Province. The tools consisted of focus group and in-depth interview questions and questionnaires. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and z-test. The results, policy implementation components found that it was an important policy, consistent with the current aging society. It had a clear operational framework and the personnel involved and resources were ready. The implementation outcome found that the policy was translated into practice through planning, integration with the provincial development plan and routine work, and adapted to the context of each area. The driving mechanism of policy was the integrated health board and the health board under the Ministry of Public Health to integrated the resources and participation, monitor and continuously empower using data-driven. The service outcome consisted of 4 periods: 1) Promoting, preventing and controlling risks; 2) Manage and request for help when an emergency 3) Health care when sick 4) Continuing of care at home. The health outcomes found that the elderly have increased access to health services. New patients and deaths from stroke tend to decrease. In implementing the policy, there are 7 components: 1) The policy is useful/clear, 2) The context in the area is ready, 3) Participation and acceptance, 4) Strong integrated driving with many levels mechanism, 5) The ability to translate policies into practice and good monitoring, 6) There is a complete health service system and 7) The elderly access to the health system, reducing the morbidity and mortality rate from STEMI but a statistically non-significant reducing. This policy should be expanded and taken into account. It must take into account the readiness and context of each area, focus on the elderly and the community, and link with the health service system with a referral system.

Keywords: Evaluation, Seamless health system, Elderly, STEMI

¹ Yasothon Provincial Health Office, ² Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province

* Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial ischemia หรือ infarction) ชนิด STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction) เป็นหนึ่งในโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้บ่อยและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งในประเทศไทย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประชากรทั้งชายและหญิงโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ^(1,2,3) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าพบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อถึง 41 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยพบมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ถึง 17.9 ล้านคนต่อปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก⁽⁴⁾ ข้อมูลจากสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2566 สถานการณ์โรค STEMI พบมากที่สุด คือ จังหวัดยโสธร จำนวนผู้ป่วย 1,677 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.0 รองลงมา คือ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ พบผู้ป่วยร้อยละ 1.4 เท่ากัน⁽⁵⁾

ในปี 2564-2565 จังหวัดยโสธร ได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตั้งแต่การคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ หากเจ็บป่วยมีระบบการดูแลเบื้องต้น และการส่งต่อ เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสุขภาพทุติยภูมิ มีการจัดระบบรับ-ส่งผู้ป่วย การดูแลแบบช่องทางด่วน การดูแลเฉพาะทาง และการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการระดับเขตสุขภาพที่ 10 ที่ดำเนินการในพื้นที่ 5 จังหวัดน่านอง จังหวัดละ 1 อำเภอ โดยมีหัวหน้าโครงการวิจัย คือ นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาจากการดำเนินโครงการที่ผ่านมาประสบความสำเร็จได้ผลเป็นที่น่าพอใจ⁽⁶⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2566-2567 ได้มีการศึกษา “การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไว้รอยต่อและบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10” ซึ่งเป็นการนำต้นแบบระบบสุขภาพที่กำหนดไว้ในนโยบายเดิมจากระยะที่ 1 นำมาวิเคราะห์และพัฒนา ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม และขยายพื้นที่เพิ่มเป็น 33 อำเภอ ใน 5 จังหวัด ซึ่งจังหวัดยโสธรดำเนินการในพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองยโสธร 2) อำเภอกุดชุม 3) อำเภอป่าดัว 4) อำเภอมหาชนะชัย และ 5) อำเภอเลิงนกทา จากทั้งหมด 9 อำเภอ โดยการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คาดหวังว่าการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการในพื้นที่จังหวัดยโสธร จะดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายเพื่อให้ “ผู้สูงอายุรู้เท่าทัน ไม่เจ็บ ไม่ไข้ เป็นแล้วเข้าถึงได้ ปลอดภัยไร้แทรกซ้อน” และได้รูปแบบระบบสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุที่ตกผลึกจนเป็นนโยบายที่ครบรอบด้านสามารถเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดหรือเขตสุขภาพอื่น ๆ นำไปปรับประยุกต์ใช้สำหรับการดำเนินการขยายผลต่อไป⁽⁵⁾

การนำนโยบายที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่งไปยกระดับขยายการนำไปปฏิบัติในหลายพื้นที่มากขึ้น ต้องอาศัยการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหารูปแบบหรือวิธีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ยังได้ผลดี ตามความมุ่งหมายของนโยบาย จำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการติดตาม และประเมินผลที่เป็นระบบ แนวคิด The Consolidated Framework of Implementation Research (CFIR) ได้รับการพัฒนามาจาก Damschroder และคณะ⁽⁷⁾ เป็นแนวคิดที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ⁽⁸⁾ มี 5 ส่วน ได้แก่ 1) คุณลักษณะของนโยบาย 2) สิ่งแวดล้อมภายนอก 3) สิ่งแวดล้อมภายใน 4) คุณลักษณะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 5) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากนี้การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญของงานวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ Proctor

และคณะ⁽⁹⁾ ได้เสนอแนวคิดในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย (Outcomes of implementation research) ได้แก่ ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ผลการจัดบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ในการวิจัยนี้ ทีมผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาเฉพาะการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ พบอัตราป่วยตายสูง และเพื่อให้เห็นถึงประเด็นต่าง ๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้ง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ CFIR และการประเมินผลลัพธ์การวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Proctor และคณะ⁽⁹⁾ เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร มีเป้าหมายเพื่อศึกษาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของนโยบาย ผลจากการวิจัยจะสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงหรือพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless) เพิ่มขึ้น และเป็นแนวทางในการต่อยอดขยายผลนโยบายนี้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI อย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ 1)การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center, HDC)⁽¹⁰⁾ และ 2)สำรวจความรู้ของผู้สูงอายุ ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ศึกษากระบวนการดำเนินงานด้วยการสังเกตและทบทวนเอกสาร และ 2)การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เพื่อศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research; IR) ซึ่งประเมินผลหลังการดำเนินงาน โดยอาศัยแนวคิด CFIR เพื่อวิเคราะห์กระบวนการในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของ Proctor ทั้งผลลัพธ์การดำเนินงาน การจัดบริการ และด้านสุขภาพ ซึ่งปรับมาเป็นกรอบในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 56,454 คน ฐานข้อมูลสุขภาพใน HDC และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองยโสธร 2) อำเภอกุดชุม 3) อำเภอป่าดิว 4) อำเภอหมานะชัย และ 5) อำเภอเลิงนกทา

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

1) ตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุสำหรับการสำรวจด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสัญญาณเตือน และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน 520 คน ได้มาจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบค่าประชากรของ Cochran⁽¹¹⁾ กำหนด วัณระดับความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ ค่า $Z_{\alpha/2}=1.96$ ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ ร้อยละ 5 สัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services; EMS) ร้อยละ 65.2 จากการศึกษาระยะที่ 1 มีเกณฑ์การคัดเข้า

ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (3) สามารถฟังอ่านและสื่อความหมายได้ดี และ (4) มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ (1) เป็นผู้สูงอายุติดเตียง และ (2) ต้องการออกจากการศึกษา

การสุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) สุ่มอำเภอ 3 อำเภอ จาก 5 อำเภอ จากนั้น กำหนดสัดส่วนของขนาดตัวอย่างไปตามสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละอำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองยโสธร 251 คน อำเภอเลิงนกทา 157 คน และอำเภอมหาชนะชัย 112 คน และ 2) การสุ่มผู้สูงอายุโดยการสุ่มอย่างง่าย จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจากฐานข้อมูลสุขภาพใน HDC ด้วยโปรแกรม Excel จนครบตามกำหนด

2) ตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มีส่วนได้เสีย เพื่อศึกษาความเห็นต่อตัวนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการจัดระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน 87 คน เลือกแบบจำเพาะเจาะจง ดังนี้

(1) กลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก 3 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดยโสธร

(2) กลุ่มขับเคลื่อนระดับจังหวัดและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับสนทนากลุ่ม 14 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุและงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (STEMI) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2 คน โรงพยาบาลทั่วไป 2 คน โรงพยาบาลชุมชน 4 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4 คน พยาบาลจากหน่วยปฏิบัติการอำนวยการฯ (ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ) 2 คน

(3) กลุ่มขับเคลื่อนระดับอำเภอและตำบล (ระบบสุขภาพชุมชน) สำหรับสนทนากลุ่ม 30 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน/ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 2 คน คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปอส.) 2 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) 2 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) 8 คน ผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน/ผู้สูงอายุใน อปท. 8 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 8 คน

(4) กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับชุมชน 40 คน ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน 8 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 8 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 8 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 8 คน กู้ชีพประจำ อปท. 8 คน

ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในข้อ (2)-(4) มาจาก 2 อำเภอ โดยเลือกแบบเจาะจง 1 อำเภอ คือ อำเภอเดิมที่ดำเนินการในระยะที่ 1 และ สุ่มอย่างง่ายอีก 1 อำเภอ ที่เป็นพื้นที่ใหม่ในระยะที่ 2 มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ (1) มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี (3) มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้และการประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ ได้แก่

1) แบบสอบถามผู้สูงอายุ ได้มาจากโครงการวิจัยในระยะที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 10 มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มี 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI มี 12 ข้อ ตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยตอบถูกได้ “1” คะแนน ตอบผิดได้ “0” คะแนน และ ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตน มี 1 ข้อ

2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก พัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 3 ข้อ ได้แก่ 1) นโยบายและแนวคิดการจัดทำนโยบาย 2) การขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการดำเนินงาน และ 3) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม พัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 4 ข้อ ได้แก่ 1) ความเข้าใจนโยบาย 2) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ 3) ทรัพยากรและระบบสนับสนุน และ 4) การประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล

ประเมินคุณสมบัติของแบบสอบถามผู้สูงอายุด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ข้อคำถามมีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 ประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายในส่วนที่เป็นความรู้เกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือนโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ด้วยสูตร KR-20 ซึ่งมีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้านความรู้นำมารวมคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ แบ่ง 3 ระดับ ได้แก่ 0 – 3 คะแนน มีความรู้ระดับต่ำ 4-6 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง และ 7-9 คะแนน มีความรู้ระดับสูง เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพในช่วงที่ดำเนินโครงการ คือ เดือน เมษายน 2565 - มีนาคม 2566 และหลังการดำเนินโครงการ คือ เดือนเมษายน 2566 - มีนาคม พ.ศ. 2567 ด้วย z-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p - value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE6849 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

1. การประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

1.1 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด พบว่า 1) นโยบายและแนวทางการจัดทำนโยบาย มีความสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพื่อลดอัตราป่วย ลดการเสียชีวิต ลดภาวะพึ่งพิง มีการจัดการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ร่วมกับดูแลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความท้าทาย คือ การคืนข้อมูลเพื่อให้ผู้ที่มีอำนาจและภาคส่วนต่าง ๆ เห็นความสำคัญแล้วนำนโยบายนี้ไปขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ และบริหารงานภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด 2) การขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะทำงาน โดยผู้บริหารระดับจังหวัดแล้วถ่ายทอดลงสู่พื้นที่ ผ่านกลไก พขอ. เป็นหลัก ซึ่งสามารถบูรณาการดำเนินงานทั้งด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตมิติอื่น มีเครื่องมือที่สำคัญ คือ แผนพัฒนาจังหวัดยโสธร และบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายของ “กรมยโสธร” คือ “การมองทุกอย่างเป็นของจังหวัดยโสธร” คณะกรรมการนี้เพียงพอที่จะขับเคลื่อนนโยบายกำกับติดตามโดยใช้แผนงานของจังหวัด การสร้าง KPI และเยี่ยมเสริมพลัง ด้านบุคลากรสาธารณสุขมีศักยภาพและเพียงพอ แต่ในหน่วยงานสังกัด อบจ.บางแห่งอาจยังไม่เพียงพอ ช่องว่างที่จำเป็นต้องพัฒนา คือ ประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. การสื่อสารข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง และทัศนคติคนทำงาน 3) การนำนโยบายไปปฏิบัติคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน ใช้แผนพัฒนาจังหวัดที่ตกผลึกจากการคิดร่วมกันของทุกภาคส่วนมาเป็นเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ ใช้ข้อมูลในการบริหารงาน (Data driven) เน้นการมีส่วนร่วม ดึงเอาผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาเป็นส่วนสำคัญในการดูแลคนในชุมชน ช่องว่างที่ต้องพัฒนา คือ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในผู้สูงอายุ

1.2 ผลการสนทนากลุ่ม กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และ ระดับชุมชน พบว่า 1) ด้านความเข้าใจนโยบาย พบว่า โครงการนี้มีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการที่ทันเวลา ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ไร้แทรกซ้อน ไร้รอยต่อ ทำให้เห็นถึงการบูรณาการทุก

ภาคส่วน ทำให้การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่ชัดเจนยิ่งขึ้น 2) ด้านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับอำเภอ มีการเชื่อมประสานกันระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นำนโยบายลงสู่พื้นที่ ค้นหาวัดธรรม คันทารบบ สุขภาพชุมชน ลงเยี่ยมเสริมพลัง ซ้อมแผนเตรียมความพร้อม หน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อนในพื้นที่คือ รพ.สต. และ อปท. 3) ด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน มีปัญหาเรื่องระบบข้อมูลที่มีหลากหลาย ขาดการบูรณาการ มีความซับซ้อนแต่มีการพัฒนาที่ดีขึ้น ในการดำเนินโครงการนี้มีคู่มือที่มีกระบวนการหรือขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และ 4) ด้านการประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกับผู้สูงอายุด้านความรู้และความใส่ใจที่จะดูแลตนเอง ชุมชนมีส่วนร่วม เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือกันเองในชุมชน ในโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเรียกใช้ระบบ EMS มากขึ้น ควรมีการต่อยอดหรือขยายผลนโยบายนี้ไปยังทุกพื้นที่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การประกาศเป็นนโยบายในระดับต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและการบูรณาการ การหนุนเสริมจากเขตสุขภาพที่ 10 และส่วนกลาง

2. ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย

2.1 ผลลัพธ์การดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1) การดำเนินการในระดับจังหวัด ได้แก่ (1) แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนทั้งระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ โดยใช้คณะทำงานและมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายระดับ ได้แก่ [1] คณะทำงานเชิงบูรณาการ ระดับจังหวัดใช้กลไก พชจ. มีการบูรณาการงานผู้สูงอายุร่วมกับวาระของ พชจ. และ [2] คณะทำงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี 3 คณะ คือ คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) คณะทำงานเฉพาะกิจในการขับเคลื่อนงานที่ต้งขึ้นเป็นพิเศษ และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) (2) ใช้ “พญาคันคากโมเดล” เป็นกรอบในการดำเนินงาน ซึ่งได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเน้นความพร้อมของ 4M ได้แก่ ด้านบุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุ อุปกรณ์ (Material) และการจัดการที่ดี (Management) รวมทั้ง เพิ่มการมีส่วนร่วมและบูรณาการร่วมกัน ที่มาของ “พญาคันคาก Model” (พ-ญ-ค-น-ค-ก) มี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ [1] การพัฒนาระบบข้อมูล (“พ” ตัวที่ 1) มีทั้งการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุและการสื่อสารความเสี่ยง [2] การดูแลด้วย 3C ดุจญาติมิตร (“ญ” ตัวที่ 2) ประกอบด้วย ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแผนการดูแลรายบุคคล [3] ระบบคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพ (“ค” ตัวที่ 3) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง [4] การดูแลเฉพาะทางและการดูแลต่อเนื่อง (“น” ตัวที่ 4) [5] เครือข่ายที่เข้มแข็ง (“ค” ตัวที่ 5) เน้นการมีส่วนร่วมและการบูรณาการที่เข้มแข็ง และ [6] การแพทย์ฉุกเฉิน (“ก” ตัวที่ 6) เน้นการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และ (3) การบริหารจัดการและการติดตามเสริมพลัง [1] กำกับติดตามและเสริมพลังในเวทีการประชุมทั้งแบบ online และ onsite [2] ประชุมสรุป และถอดบทเรียนการดำเนินงาน การประกวดผลงานวิชาการ/Best practice เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย [3] ทีมหนุนเสริม ซึ่งเป็นหน่วยงานภายนอกคอยสนับสนุนเชิงวิชาการ กลไกการบริหารงานต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมี Project Management (PM) งานผู้สูงอายุ PM สาขา Service plan สาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) การดำเนินการในระดับพื้นที่ ได้แก่ (1) มีกลไกที่สำคัญ คือ พชอ. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะทำงานเฉพาะกิจระดับอำเภอ มี รพท. และ รพช. ทำงานควบคู่กับ สสอ. เพื่อนำนโยบายจากเขตและจังหวัดไปสู่การปฏิบัติ ในระดับตำบล มี รพ.สต. เป็นกลไกที่สำคัญ ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับ พชอ. และ พชต. ควบคู่กันไป (2) ใช้ “พญาคันคากโมเดล” เป็นกรอบในการดำเนินงาน และ (3) กระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ [1] การประชุมวิเคราะห์นโยบาย บริบท ต้นทุน [2] วางแผนและดำเนินการประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ อบรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและญาติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและเฝ้า

ระวังอาการสัญญาณเตือนๆ อบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ และพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน [3] แสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานผ่านกลไก พขอ. พชต. หรือส่วนราชการระดับอำเภอ บูรณาการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น และเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการดำเนินงานผ่านวาระ พชจ. พขอ. และกลไกธรรมนูญตำบล (4) การกำกับติดตามการดำเนินงาน และการเยี่ยมเสริมพลังในหน่วยบริการและในชุมชน และ (5) การประชุมสรุปและถอดบทเรียน

2.2 ผลลัพธ์การจัดบริการ แบ่งผลลัพธ์การจัดบริการเป็น 3 ช่วง ดังนี้

1) Pre - Hospital การส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค ดำเนินกิจกรรม ได้แก่ (1) คัดกรองและจำแนกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (2) การทำ Mapping กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ/อยู่คนเดียว (3) พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง (4) อบรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและญาติ โดยบูรณาการร่วมกับกลไก 3 หมอ (5) พัฒนาศิลิน NCD คุณภาพ (6) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วย NCD และผู้ป่วยที่เคยป่วยด้วย STEMI (7) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ผลิตสื่อและสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ช่องทางและวิธีการเรียกใช้ EMS การติดป้ายอาการสัญญาณเตือน (8) พัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (9) การเยี่ยมบ้าน (10) การจัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ (11) การตรวจประเมินมาตรฐานหน่วย EMS (12) การพัฒนาศักยภาพหน่วย EMS (13) การทบทวนแนวทางการรับ-ส่งผู้ป่วย (14) ขยายผลนวัตกรรม “รหัสเปลี่ยนชีวิต” ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 (15) ซ้อมแผนการส่งต่อจากชุมชนไปยัง รพ. และ (16) บูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

2) In - Hospital ระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาล มีการพัฒนางานควบคุมคุณภาพงาน Service Plan โรคหัวใจ สาขา STEMI ได้แก่ (1) ประชุมคณะกรรมการในระดับอำเภอ/รพช./รพท. (2) วางแผน/แนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาในโรงพยาบาล (3) พัฒนาเครือข่ายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดในโรงพยาบาล (4) มีระบบ STEMI fast tract ระบบ Tele-consultation ระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ “โรคหัวใจรักษาทุกที่” (5) ระบบ “STEMI Round” แนวทางกระตุ้นเตือน Early warning sign, Early Detected และ Early EKG (6) การบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย STEMI (7) การซ้อมแผนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และ (8) กำกับติดตามและประเมินผล

3) Post - Hospital การดูแลหลังผู้สูงอายุกลับมาพักอาศัยที่บ้าน ได้แก่ (1) ประชุมพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุและผู้ป่วย Palliative Care (2) อบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องของกลไก 3 หมอ (3) พัฒนาระบบการดูแลในชุมชน ด้วย 3C (Care Manager, Caregiver, และ Care Plan) (4) อบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยและญาติ (5) บำบัด ฟันฟู เยี่ยมบ้านกลุ่มป่วยโดยสหวิชาชีพ (6) พัฒนานวัตกรรมในการดูแลหรือการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น กริ่ง นกหวีด และ (7) เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือ/ดูแลเบื้องต้น (8) บูรณาการกับหน่วยงานอื่น เช่น อบจ. พมจ.

2.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

1) ผู้สูงอายุอยู่จริง 58,533 ราย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 89.1 จำแนกกลุ่มเสี่ยงด้วย CV (Cardio-Vascular) Risk Score (13) พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมาก และเสี่ยงสูงอันตราย ร้อยละ 29.46, 36.24, 16.60, 8.41 และ 9.30 ตามลำดับ หลังการดำเนินโครงการผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมด 47 ราย มาด้วยระบบ EMS 14 ราย ร้อยละ 29.79 เดินทางถึงโรงพยาบาลภายใน 12 ชั่วโมง 38 ราย ร้อยละ 80.85 ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 25 ราย และได้รับยาภายใน 30 นาที 21 ราย ร้อยละ 84.00

อัตราผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 0.06 พบผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย อัตราผู้ป่วยตาย ร้อยละ 8.51 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ลดลง 17 ราย และผู้เสียชีวิตลดลง 2 ราย อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าการลดลงดังกล่าวนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

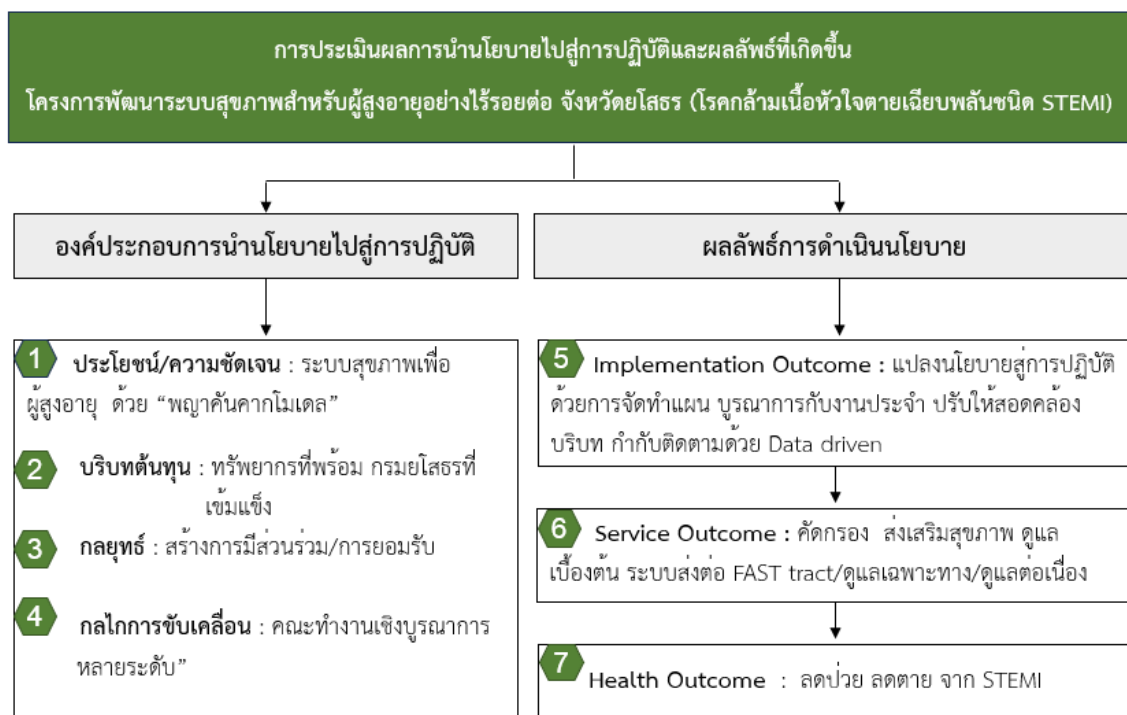
ตารางที่ 1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ก่อนและหลังการวิจัย

ช่วงเวลา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ	จำนวนผู้เสียชีวิต	ร้อยละ
ก่อนการวิจัย	57	0.09	6	10.53
หลังการวิจัย	47	0.06	4	8.51
Difference (95%CI)	- 10	0.03 (-0.7, 1.2)	- 2	-2.0 (-0.9, 13.7)
p-value		0.587		0.7407

2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุจากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม 520 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทั่วไป ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 63.85 มีค่าเฉลี่ย 6.81 คะแนน กลุ่มที่มีประวัติโรคหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 86.96 มีค่าเฉลี่ย 8.87 คะแนน และพบว่ามีความรู้ในภาพรวมสูงกว่ากลุ่มทั่วไป

3) การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุเกิดเหตุฉุกเฉินหรือเจ็บป่วย จะแจ้งบุคคลใกล้ชิด (ญาติ/คนในครอบครัว/เพื่อนบ้าน) โทร 1669 ให้มารับพาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 59.81 รองลงมาแจ้งบุคคลใกล้ชิด(ญาติ/คนในครอบครัว/เพื่อนบ้าน) ให้พาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 30.38

ทั้งนี้ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากการศึกษานี้ มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เป็นนโยบายที่มีประโยชน์ มีความชัดเจน 2) มีบริบทต้นทุนในพื้นที่มีความพร้อม 3) มีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ สร้างการมีส่วนร่วมและการยอมรับ 4) มีกลไกขับเคลื่อนเชิงบูรณาการหลายระดับที่เข้มแข็ง 5) ความสามารถในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และกำกับติดตามด้วยข้อมูล 6) เกิดระบบการให้บริการ ได้แก่ การคัดกรอง, ส่งเสริมสุขภาพ, ดูแลเบื้องต้น, ระบบส่งต่อ, ระบบ FAST tract, ดูแลเฉพาะทาง, ดูแลต่อเนื่อง และ 7) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสุขภาพ ลดอัตราป่วยและการเสียชีวิตจาก STEMI ซึ่งสรุปได้ดังรูปที่ 1



ภาพที่ 1 การประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI อย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ ด้านนโยบายมีความสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีเป้าหมายชัดเจน ขับเคลื่อนผ่านคณะทำงาน กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัด คือ “กรมยโสธร” มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าทีมและกลไก พขอ. ด้านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ คำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน เพราะนโยบายที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่ง ไม่ได้รับประกันความสำเร็จในพื้นที่อื่น เพราะบริบทเป็นปัจจัยสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ(14) ใช้แผนพัฒนาจังหวัดที่คิดร่วมกันของทุกภาคส่วนมาเป็นเครื่องมือ มีภาคีเครือข่ายในชุมชนเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นจุดแข็ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirikhetkon et al(15) ที่พัฒนาระบบการดูแลอย่างไร้รอยต่อที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วส่งผลดีต่อการดำเนินงาน ด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน มีปัญหาเรื่องระบบข้อมูล และโปรแกรมที่มีอยู่เป็นจำนวนมากแต่มีการพัฒนาที่ดีขึ้น ด้านการประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกับผู้สูงอายุและชุมชน ควรมีการต่อยอดหรือขยายผลนโยบายนี้ไปยังทุกพื้นที่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การขับเคลื่อนงานโดยประกาศเป็นนโยบายในระดับต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและการบูรณาการร่วมกัน ความท้าทาย คือ การขับเคลื่อนนโยบายนี้ไปอย่างต่อเนื่อง และบริหารงานภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.

2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย

2.1) ผลลัพธ์การดำเนินงาน ทั้งระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ มีการจัดโครงสร้างมีคณะทำงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ซึ่งทุกภาคส่วนให้การตอบรับหรือยอมรับนโยบายนี้ กระบวนการในการนำนโยบายไปสู่การ

ปฏิบัติเริ่มตั้งแต่ประชุมวิเคราะห์นโยบายและแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติผ่านการจัดทำแผน และใช้ “พญาคันคาก โมเดล” เป็นกรอบในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการและการติดตามเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ประชุมสรุปและถอดบทเรียนการดำเนินงาน ค้นหา Best practice เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ภายใต้การบูรณาการดำเนินงานและทรัพยากรร่วมกับหน่วยงานอื่นและหนุนเสริมเชิงวิชาการจากหน่วยงานภายนอก สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินาถ ตงศิริ และคณะ(14) ที่ระบุว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติต้องได้รับการยอมรับจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย ปรับให้เหมาะสมกับบริบท สิ่งที่สำคัญ คือ การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การขับเคลื่อนนโยบายด้วยระบบข้อมูลจะกระตุ้นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและเชื่อมโยงให้มีการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข(16)

2.2) ผลลัพธ์การจัดบริการ มี 3 ช่วง ได้แก่ 1) Pre - Hospital การส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค การคัดกรองผู้สูงอายุ จัดทำ Mapping กลุ่มเสี่ยง พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อบรมพัฒนาศักยภาพ บุคลากรร่วมกับกลไก 3 หมอ สื่อสารประชาสัมพันธ์ แนะนำช่องทางและวิธีการเรียกใช้ EMS พัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ออกเยี่ยมบ้าน จัดระบบร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ ภายใต้ความพร้อมของหน่วย EMS ที่ได้มาตรฐาน 2) In - Hospital การดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนางานควบคู่กับคณะทำงาน Service Plan โรคหัวใจ สาขา STEMI พัฒนาศักยภาพเครือข่าย พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทั้งระบบ STEMI fast tract ระบบ Tele-consultation ระบบให้คำปรึกษา ระบบการส่งต่อและ และระบบ “STEMI Round” ภายใต้การบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย และซ่อมแผนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล 3) Post - Hospital การดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน โดยพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องด้วยกลไก 3 หมอ พัฒนาระบบการดูแลในชุมชนโดยสหวิชาชีพ ใช้นวัตกรรมในการดูแลหรือการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน บนความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยเหลือ และดูแลเบื้องต้น บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ผลลัพธ์การจัดบริการนี้ สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและแบบองค์รวม⁽¹⁷⁾ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและญาติ จะส่งผลให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน⁽¹⁸⁾ และมีการบูรณาการกับหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุครบวงจรครอบคลุมทุกมิติ⁽¹⁹⁾

2.3) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยรวมผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งการคัดกรองความเสี่ยง การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) การเดินทางถึงโรงพยาบาลภายใน 12 ชม. การได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที สอดคล้องกับระดับความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรค ที่อยู่ระดับมาก ถึงร้อยละ 63.83 การดำเนินงานโดยรวมผ่านเกณฑ์มาตรฐานการของ service plan⁽²⁰⁾ และ KPI ของโครงการ⁽²¹⁾ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยรายใหม่ลดลงหลายราย และผู้เสียชีวิตลดลงเล็กน้อย ถึงแม้จะยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าการลดลงดังกล่าวนี้มีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ก็ตาม ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาในการติดตามประเมินผลค่อนข้างน้อย ด้านอัตราการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยค่อนข้างน้อย แต่การเดินทางถึงโรงพยาบาลภายในเวลาที่กำหนดค่อนข้างดี มากกว่าร้อยละ 80 สะท้อนว่าผู้ป่วยอาจไม่จำเป็นต้องเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 เพียงแค่ขอให้เข้าใจอาการสัญญาณเตือนและไป รพ.ให้ทันเวลาก็พอ และถือเป็นโอกาสการพัฒนาที่สำคัญในการปรับปรุงระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

จุดเด่นของการศึกษา

งานวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิด CFIR และการวิจัยดำเนินงานของ Proctor ทำให้เห็นกลไกต่าง ๆ ของระบบสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และผลของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเด่นชัด

ข้อจำกัดของการศึกษา

- 1) การประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการนี้ มีฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ดังนั้น อาจมีข้อจำกัดในการศึกษาให้มีความครอบคลุมและลงลึกในรายละเอียดในบางองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง
- 2) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากการวิจัยนี้ มีความจำเพาะกับบริบทในพื้นที่จังหวัดยโสธร ซึ่งมีบริบทและปัจจัยที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ดังนั้น ในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรคำนึงข้อแตกต่างนี้
- 3) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังดำเนินโครงการอาจจะยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาในการติดตามประเมินผลค่อนข้างน้อย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

- 1) กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร คือ “กรมยโสธร” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าทีมและกลไก พขอ. ในการบูรณาการงานร่วมกันในพื้นที่ ซึ่งในการขยายผลต่อยอดนโยบายในจังหวัดอื่นๆ ควรให้ความสำคัญกับกลไกเหล่านี้
- 2) การนำนโยบายนี้ไปขยายผลให้มีประสิทธิภาพ ต้องคำนึงองค์ประกอบ 7 อย่าง รวมทั้งถึงความพร้อมและบริบทแต่ละพื้นที่ ยึดผู้สูงอายุและชุมชนเป็นศูนย์กลาง และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพด้วยระบบส่งต่อ หรือ telemedicine

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการติดตามและประเมินผล สำหรับการนำนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติในระยะยาว
- 2) ควรมีการศึกษาระบบสุขภาพชุมชนภายใต้แนวคิด “การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ (Community-Based Management)”

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และขอขอบคุณ นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน คณะทีมวิจัยจากส่วนกลาง และเขตสุขภาพที่ 10 ที่สนับสนุนการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O, et al. Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE). CVD Prev Control. 2010;5(3):89–95.
2. American Heart Association. About Heart Attacks [Internet]. American Heart Association. 2016 [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks>
3. กัมปนาท วีรกุล, จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์. 7R การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน. นนทบุรี: ศรีนคร ดีไซน์พริ้นติ้ง; 2557.
4. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.

5. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) ฉบับปรับปรุง ปี 2566. อุบลราชธานี: อัลติเมท พรินต์ติ้ง จำกัด; 2566.
6. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture. อุบลราชธานี: อัลติเมท พรินต์ติ้ง จำกัด; 2564.
7. Laura J Damschroder, David C Aron, Rosalind E Keith, Susan R Kirsh JAA and JCL. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4(50):1–15.
8. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิดา แสนศักดิ์, ชนิดา พลอยล้อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และ สุมัทนา กลางคาร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.* 2561;12(1):7–26.
9. Proctor E, Landsvert J. Implementation research in mental health services: an Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges *Enola. Adm Policy Ment Heal* [Internet]. 2008;23(1):1–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>
10. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). สถานะสุขภาพ จังหวัดยโสธร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 2021 Jun 6]. แหล่งข้อมูล: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc
11. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Son; 1977.
12. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
13. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
14. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิดา แสนศักดิ์, ชนิดา พลอยล้อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และ สุมัทนา กลางคาร. โครงการการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ; 2560.
15. Sirikhetkona S, Amornsiriphongb S. Model Development of a Seamless Health Service System Multidisciplinary Health Cardiovascular Disease. *Int J Innov Creat Chang.* 2020;12(11):648–66.
16. โอภาส การณ์กวินพงศ์. นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565.
17. นกัถ นิธิขจร. การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นครราชสีมา; 2561.
18. อรอนงค์ เอี่ยมขำ และ วลัยลักษณ์ สิทธิขจร. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.* 2567;10(1):70–82.

18. ชูพงษ์ คงเกษม, วิไลลักษณ์ หอมดมลิน และ ณิชยา เรืองวิสัย. การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร "SALE Model" ตัวแบบลพบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(2):177–87.
19. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565 ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565. 21.
20. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) (ฉบับปรับปรุง ปี 2566). อุบลราชธานี: อัลติเมท พรินต์ติ้ง จำกัด; 2566.

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

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

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 จัด

กึ่งกลาง

- 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) ตลอดทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (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 สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนจบเอกสาร หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกสู่คน²การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

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

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

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

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)