



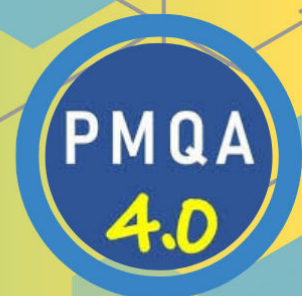
ISSN : 2822-0749 (Online)



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development: SJRH)
Vol.2 No.3 : September-December 2023

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 : กันยายน - ธันวาคม 2566





วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 : กันยายน - ธันวาคม 2566 : Vol.2 No. 3 : September-December 2023

เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไป แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ และพัฒนาคุณภาพให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล อันเป็นกลไกส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษา นักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

บทความที่เปิดรับ ได้แก่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article)

กำหนดเผยแพร่บทความวารสาร

กำหนดเผยแพร่แบบออนไลน์ ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ ฉบับละไม่เกิน 12 บทความ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เดือนเมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – เดือนสิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม

กรณี มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมาก อาจพิจารณาเผยแพร่วารสารเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จัดทำเป็นรูปเล่ม หมายเลข E-ISSN 2822-0749 (Online) เผยแพร่เป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index> และจัดส่งให้กับหอสมุดแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และห้องสมุดสถาบันการศึกษาทั่วไป

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์นา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045-616041-7 E-mail : baokamk@gmail.com

Website : <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

คณะดำเนินงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. นพ.ทงษ์ วีระแสงพงษ์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นพ.ประวิทย์ อ่ำพันธุ์ | คณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ | อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. ดร.นพ.สุรเดช ขวเดช | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 6. นพ.พิเชษฐ์ จงเจริญ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 7. นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 8. ดร.อนุพันธ์ ประจักษ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 10. นายปรีชา ปิยะพันธ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 11. นายไพฑูรย์ แก้วอมร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 12. นางบังอร เหล่าเสถียรกิจ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

ที่ปรึกษาต่างประเทศ

1. Associate Professor Dr. Niruwan Turnbull Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Thailand
2. Associate Professor Dr. Chalermchai Khemtong University of Florida, USA.
3. Assistant Professor Dr. Elvin Blanco, Houston Methodist Research Institute, Houston, Texas, USA.

บรรณาธิการ

นายแพทย์พิเชษฐ์ จงเจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. ดร.อนันต์ ถิ่นทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. ดร.กำพล เข้มทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 3. นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ผศ.ดร.อารี บุตรสอน | คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 2. ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ | คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. ผศ.ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ |
| 4. ผศ.ดร. ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์ | คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 5. ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ | คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 6. ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี |
| 7. ดร.สมัย ลาประวัตติ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|-----------------------------|---|
| 8. ดร.วรกร วิชัยโย | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 9. ดร.ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี |
| 10. ดร.วิลาวณีย์ ชาดา | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| 11. ดร.พุทธิไกร ประมวล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 12. Dr. Le Ke Nghiep | Department of Health, Vinh Long Province, Vietnam |
| 13. ดร.บุษบา บุญเกษม | โรงพยาบาลเมืองจันทร์ |
| 14. ดร.สุระพล นามวงศ์ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ |
| 15. ดร.ธีระวุธ คำโสภา | โรงพยาบาลไพรบึง |
| 16. ดร.วิเชียร ศรีหนาจ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 17. ดร.ธวัชชัย เต็มใจ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 18. ดร.สุพัตร์ศักดิ์ นรดี | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง |
| 19. ดร.ประวิทย์ บุตรวงศ์ | โรงพยาบาลห้วยทับทัน |
| 20. นพ.ชำนาญ สมรมิตร | โรงพยาบาลยางชุมน้อย |
| 21. นพ.อัครเดช บุญเย็น | โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย |
| 22. ทพ.ชาญชัย ศานติพัฒน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 23. ภก.มัลลิกา สุพล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 24. ภก.สมชาย ชาลี | โรงพยาบาลกันทรารมย์ |
| 25. ภก.เด่นชัย ดอกพอง | โรงพยาบาลขุขันธ์ |
| 26. ภก.คเชนทร์ ชนะชัย | โรงพยาบาลบึงบูรพ์ |
| 27. นายสมัย คำเหลื่อ | สาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ |
| 28. นายอุทัย น้อยพรหม | โรงพยาบาลยางชุมน้อย |
| 29. นางสาวนิภา อินทนิล | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศล |
| 30. นายอนุสร การะเกษ | โรงพยาบาลราษีไศล |
| 31. นางกมลรัตน์ จูมสีมา | โรงพยาบาลโนนคูณ |
| 32. นางสาวปราณี โสพล | โรงพยาบาลเบญจลักษ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา |
| 33. นางสาวธิดาภรณ์ อุ่นแก้ว | โรงพยาบาลขุนหาญ |
| 34. นางชีรากร บุญลี | โรงพยาบาลภูสิงห์ |
| 35. นางสาวขวัญจิตร เขิงขวโน | โรงพยาบาลศรีสะเกษ |
| 36. นางสาวพัชร กาญจรัส | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแปน |
| 37. นางกุสุมา มีศิลป์ | โรงพยาบาลศรีสะเกษ |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. นางจริยา เตชะสุข | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

485 หมู่ 6 ต.โพ้นข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ (045) 616040-6 ต่อ 312

<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

1. วารสารกำหนดออกเผยแพร่นะบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุก 30 วัน
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมีข้อความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิ์กับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปี 2 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม 2566 เปิดรับบทความวิชาการผ่านเว็บไซต์ระบบ ThaiJO โดยผ่านการพิจารณาคุณภาพบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ก่อนพิจารณาอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษา

บทความและผลการศึกษาวิจัยจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการได้มีการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพผลงานวิชาการ ผลการศึกษาวิจัยที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารให้สอดคล้องหลักเกณฑ์ต่างๆ ให้สอดคล้องกับยุคปัจจุบัน เพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของวารสาร รวมถึงให้ความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่นกับผู้สนใจส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนจะเป็นประโยชน์สำหรับการสืบค้นข้อมูลจากวารสาร

ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนที่ให้เกียรติและไว้วางใจกับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย มาเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้ที่ค้นพบ อนึ่ง ขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> บทความจะได้รับการกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาเพื่อประเมินคุณภาพบทความ พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขให้บทความมีคุณภาพและมาตรฐาน กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นแหล่งวิชาการงานวิจัยทางด้านสุขภาพและเป็นเครือข่ายองค์ความรู้อย่างกว้างขวาง

นายแพทย์พิเชษฐ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัย และถูกต้อง: บ้านปะโต๊ะ ตำบลปราสาท อำเภอยะหา จังหวัดศรีสะเกษ วชิร งามล้วน	1 -13
ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตอำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ สมควร พรหมคุณ	14-23
การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรและการเพิ่มศักยภาพบุคลากร เพื่อรับมือภาวะวิกฤต การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ธีรเดช คำโสภ	24-37
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอยะหา จังหวัดศรีสะเกษ ประสิทธิ์ ขมชื่น	38-51
การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ รังสรรค์ ศรีธรรม, สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง	52-66
ผลของการให้วิตามินรวมและนมกล่องต่อน้ำหนักตัวและส่วนสูงของเด็กชั้น ป.1-ป.6 ที่มี ภาวะโภชนาการต่ำ โรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ธนสันตชัย พรหมบุตร	67-75
การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนนโยบายเขตสุขภาพที่ 10 ธนิชานต์ สังข์โสภณ	76-89
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเขียงยืน อำเภอยะหา จังหวัดมหาสารคาม อรอุมา รัตนบุรณ และ อารยา ฉัตรธนะพานิช	90-103
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองของจังหวัดศรีสะเกษ ธนกร ชมาฤกษ์	104-114
การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 ปรัชญาณี คำเหลื่อ และ พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์	115-129
ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมาลาเรียของประชาชน ตำบลหนองสูงเหนืออำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ศุภกานต์ กันสูง	130-144
การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบพบเชื้อรายใหม่ ของ อสม.หมอประจักษ์ บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ ศักรินทร์ บุญประสงค์, พุทธิไกร ประมวล และ ภัทรา ทองสุข	145-159

การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัย และ ถูกต้อง : บ้านปะโต๊ะ ตำบลปราสาท อำเภอบัวลาย จังหวัดศรีสะเกษ

วชิร งามล้วน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่ปลอดภัยและถูกต้อง ของประชากรที่มีความสนใจ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษา 56 คน ประกอบด้วยตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกพริก 36 คน ตัวแทนแกนนำชุมชน 17 คน และหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง 3 คน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(A-I-C) เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ค่าความเที่ยงด้านความรู้ใช้วิธีการของ Kuder- Richardson ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77 การปฏิบัติใช้วิธีการของ Cronbach's method หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test มีระดับนัยสำคัญ0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 11.0 หลังการพัฒนาเกษตรกรมีความรู้อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 15.03 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$, 95%CI 3.115 ถึง 4.941) การปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรก่อนการพัฒนามีการปฏิบัติในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.33 หลังการพัฒนาเกษตรกรมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.92 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.005$, 95%CI 0.480 ถึง0.690) และผลการประชุมการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยและถูกต้อง ได้โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 6 โครงการ 1)โครงการอบรมให้ความรู้เกษตรกรในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยและถูกต้อง 2)โครงการจัดตั้งกลุ่มการทำปุ๋ยหมักจากมูลสัตว์ในชุมชน 3)โครงการอบรมให้ความรู้เกษตรกรในการปุ๋ยหมัก การทำสารไล่แมลงจากพืชสมุนไพร 4)โครงการจัดทำพื้นที่สาธิตการเกษตรแบบผสมผสานและพื้นที่เกษตรอินทรีย์ 5)โครงการศึกษาดูงานโครงการพระราชดำริเกษตรพอเพียง และ6)โครงการจัดซื้อเครื่องอัดปุ๋ยเม็ดและเครื่องตีปน

จากผลการวิจัย เกษตรกรมีความรู้ และการปฏิบัติที่ปลอดภัย ถูกต้องเพิ่มขึ้นผลการดำเนินการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำสำคัญ: เกษตรกรผู้ปลูกพริก, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, ปลอดภัย

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปราสาท E-mail: kakmint@hotmail.com

Participation of chili farmers in using safe and correct pesticides: Ban Pado, Prasat Subdistrict, Huai Thap Than District, Sisaket Province

Wachira Ngamluan¹

Abstract

This action research aim to study knowledge, practice, and participation in the use of pesticides that is safe and correct for the population that is interested 56 people were willing to participate, consisting of 36 representatives of chili farmers, 17 representatives of community leaders, and 3 people from relevant government agencies using the participatory planning process (A-I-C), a tool used to check validity, content from 3 experts. Knowledge reliability using the Kuder-Richardson method was 0.77. Cronbach's method was used to find an alpha coefficient of 0.82. The data were analyzed with a ready-made program. Presented using descriptive statistics: percentage, mean, and standard deviation. Minimum and maximum values Inferential statistics, the paired t-test, has a significance level of 0.05. For qualitative data, content analysis was used.

The results found that knowledge before development was at a moderate level. mean score was 11.0 after the development. Farmers' knowledge was at a high level. The mean score was 15.03. When comparing the mean score, knowledge about the use of pesticides before and after development increased with statistical significance (p-value < 0.005, 95%CI 3.115 to 4.941). Farmers' use of pesticides before development was at a low level, with an average of 2.33. After development, farmers' practices were at a high level, with an average of 2.92 when comparing the average of practices regarding the use of pesticides before. After the development, the increase was statistically significant (p-value < 0.005, 95%CI 0.480 to 0.690) and the results of the community participatory planning meeting on the use of safe and cheap pesticides There were 6 projects to solve the problem of using pesticides. 1) A project to train farmers in the safe and correct use of pesticides 2) Project to establish a group for making compost from animal manure in the community. 3) A training project to educate farmers on composting and making insect repellents from herbal plants 4) Project to create a demonstration area for integrated agriculture and organic farming areas 5) A study tour project for the Royal Initiative Sufficiency Agriculture Project; and 6) A project to purchase fertilizer pellet presses and powder mixers.

From the research results, farmers have the knowledge and safe practices Accurately increase community participation results.

Keywords: Chili farmer, Pesticides, Safety used

¹Public Health Technical Officer, Health Promoting Hospital, Email: kakmint@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีลักษณะภูมิอากาศและภูมิประเทศที่เหมาะสมสำหรับการเกษตรกรรม ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการใช้วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และเทคโนโลยีทางการเกษตรมาใช้อย่างกว้างขวาง แม้ว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะมีประโยชน์ต่อการควบคุมการระบาดของโรคพืช แมลง และศัตรูพืช แต่ยังพบว่ามีความเป็นพิษต่อร่างกายของมนุษย์ การปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ การนำเข้าสู่สารกำจัดแมลง สารป้องกันกำจัดโรคพืช และสารกำจัดวัชพืชของประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ.2560-2564 จำนวน 189,945.51 ตัน, 163,610.99 ตัน, 125,079.10 ตัน, 91,130.15 ตัน และ 128,006.55 ตัน ตามลำดับ คิดมูลค่าเป็นเงิน 26,296 ล้านบาท, 27,022 ล้านบาท, 20,246 ล้านบาท, 28,208 ล้านบาท และ 1,323,929 ล้านบาท ตามลำดับ (สำนักงานควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร, 2564) การควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการเพื่อประโยชน์สาธารณะ และคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย ครอบคลุมมาตรการควบคุมก่อนนำไปใช้ การควบคุมการใช้ระหว่างเพาะปลูก และการควบคุมภายหลังการใช้(มนัส ขยาพัฒน์, ฅานินธิ์ สันตะพันธ์, 2563)

พริก เป็นพืชที่มีความสำคัญในทางเศรษฐกิจ และมีความสำคัญต่อชีวิตประจำวัน เนื่องจากคนไทยมีความนิยมรับประทานอาหารที่มีรสชาติดองข้างจัด จึงนิยมใช้พริกเป็นส่วนประกอบของอาหารประจำวัน เช่น แกงเผ็ด แกงเลียง น้ำพริกต่างๆ ซึ่งสารสกัดที่สำคัญของพริก คือสารแคปไซซิน(Capsaicin) ใช้สำหรับเป็นเครื่องปรุงแต่งรสชาติดองอาหารให้มีรสเผ็ด เช่น พริกแห้ง น้ำพริกเผา พริกแกงและซอสพริก สารสกัดนี้ยังใช้เป็นส่วนผสมของยาช่วยเจริญอาหาร ยาขับลม ยาขับ

ปัสสาวะ ยาแก้ไอ และยาแก้ไข้หวัด เป็นต้น สำหรับพื้นที่เพาะปลูกพริกที่สำคัญ ได้แก่ภาคเหนือ ร้อยละ 37.0 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 35.6 ภาคกลาง และภาคใต้ ร้อยละ 13.5 ของพื้นที่การผลิตทั้งประเทศ จังหวัดที่ปลูกพริกในปริมาณมาก ได้แก่ เชียงใหม่ เพชรบูรณ์ ชัยภูมิ นครราชสีมา ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ราชบุรี และสุราษฎร์ธานี เป็นต้น (กองวิจัยและการพัฒนาวิทยาการหลังการเก็บเกี่ยวและแปรรูปผลผลิตการเกษตร กรมวิชาการเกษตร, 2559) การผลิตพริกให้มีคุณภาพ เกษตรกรจำเป็นต้องให้ความดูแลเป็นอย่างดีเนื่องจากมีปัญหาศัตรูพืชมากมายหลายชนิดทั้ง แมลง ไร โรคพืชและวัชพืช บางชนิดมีการระบาดรุนแรง และบางชนิดเป็นศัตรูพืชใหม่ (สำนักวิจัยพัฒนาการอารักขาพืช กรมวิชาการเกษตร, 2557)

ความรู้ (Knowledge) ในการปลูกพริก คือ การรับรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ทางตรง และทางอ้อม เป็นข้อเท็จจริง เป็นความสามารถ ทักษะการคิด การจดจำ การวิเคราะห์ ความเข้าใจของเกษตรกรผู้ปลูกพริกโดยมีโครงสร้างทางปัญญาที่บุคคลสร้างขึ้นเพื่อคลี่คลายสถานการณ์ที่เผชิญ นำมาเชื่อมโยงกับความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม สืบเสาะความรู้ร่วมกัน ทำให้มีความรู้ลึกซึ้ง กว้างขวางขึ้น มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น ขยายทัศนะให้กว้างขึ้น (สุวิทย์ มูลคำและอรทัย มูลคำ, 2545) ประกอบด้วย ความหมาย ชนิด รูปแบบ การเข้าสู่ร่างกาย อาการแสดงความเป็นพิษแบบเฉียบพลัน พิษแบบเรื้อรัง พิษต่อระบบร่างกาย ผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การอบรมให้ความรู้ การป้องกันตนเองก่อนการฉีดพ่น ขณะฉีดพ่น หลังการฉีดพ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเก็บรักษา และทำลายภาชนะสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากการศึกษาของ นัสพงษ์ กลิ่นจำปา และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม(2561) เรื่องพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลป่าไม้งาม อำเภอมะเอย่ง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าเกษตรกรมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.34 ทักษะคิดในระดับปานกลางร้อยละ 55.94

และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับที่ร้อยละ 57.98 และ ปรารภณา ทัดเทียมพงษ์ อุมพร ฉัตรวิโรจน์ และวสุนธรา รตนภาส(2565) เรื่องความรู้ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว: กรณีศึกษาตำบลคุยบ้านโอง อำเภอยะนิง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภาพรวมอยู่ในระดับสูง($X = 0.96, S.D. = 0.05$) และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง($X = 2.42, S.D. = 0.33$)

การปฏิบัติ(Practice) ในการปลูกพริก คือ เกษตรกรผู้ปลูกพริกมีประสบการณ์ในอดีต หรือเกิดจากการรับรู้มากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ ประกอบด้วย การเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ชนิดรูปแบบ การเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง การป้องกันพืชจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การป้องกันตนเองก่อนการฉีดพ่น ขณะฉีดพ่น หลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเก็บรักษา และทำลายภาชนะสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากการศึกษาของมุกธิดา ขำมี และจิราพร ทิพย์พิลา(2563)เรื่องผลการให้ความรู้ด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริกบ้านนาเยีย ตำบลไธสง อำเภอยะนิง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก ภาพรวมอยู่ในระดับที่ ร้อยละ 74.0 การปฏิบัติถูกต้องและปฏิบัติมากที่สุดเรื่อง การสวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 94.0 พฤติกรรมการเผาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 54.0

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ช่วยชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจและวางแผนสร้างความเข้าใจ สร้างการยอมรับมีความรับผิดชอบในฐานะเจ้าของชุมชน เกิดความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ เกิดความสำเร็จสูงจากการระดมแนวคิดเชิงสร้างสรรค์มีความภาคภูมิใจกับผลงานที่ตนมีส่วนร่วม มีเวทีที่

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข้อมูลข่าวสาร ข้อจำกัด ศักยภาพ และความต้องการ ช่วยให้เกิดการระดมพลังสมอง ศึกษา วิเคราะห์ พัฒนาทางเลือกแก้ไขปัญหา พัฒนาความสามารถ มีความรับผิดชอบต่อชุมชน เสริมสร้างพลังชุมชน เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (ธีรพงษ์ แก้วหาญ, 2543) การมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกพริก โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ส่งผลให้เกษตรกรมีความรู้ มีการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีที่ปลอดภัย และถูกต้อง เกิดผลดีทั้งในด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผลจากการศึกษาของ อรุณรัตน์ ปัญจะกลิ่นเกษร และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ(2561) เรื่องการพัฒนาศักยภาพการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัยของเกษตรกรตำบลโอง อำเภอยะนิง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01(p-value = 0.009) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01(p-value < 0.001)

และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.01(p-value = 0.001) ก่อนเข้าร่วมโครงการเกษตรกรรมระดับโคลินเอสเทอร์ ระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ร้อยละ 100 หลังเข้าร่วมโครงการเกษตรกรรมระดับโคลินเอสเทอร์ ระดับปกติและปลอดภัย ร้อยละ 83.87

จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 22 อำเภอ 206 ตำบล 2,633 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 217 แห่ง ประชากรทั้งสิ้น 1.472 ล้านคน รายได้ต่อหัวต่อคน 80,747 บาท พื้นที่ทำการเกษตรจำนวน 4,244,505 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 77.27 ของพื้นที่ทั้งหมด พริกนับเป็นพืชผักเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัดศรีสะเกษ โดยในปีผลิต 2563/2564 มีพื้นที่ปลูกจำนวน 10,210 ไร่ มาก

เป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 6.34 ของพื้นที่ปลูกพริกทั้งประเทศ(160,943ไร่) อำเภอที่มีพื้นที่ปลูกพริกมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อำเภอกันทรารมย์ อำเภอขามเฒ่า และอำเภออุทุมพรพิสัย พันธุ์พริกที่นิยมปลูกได้แก่ พันธุ์ลูกผสม พันธุ์จินดา และพันธุ์พื้นเมือง จากการศึกษาสภาพปัญหาในการผลิตพริกของจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งวิเคราะห์โดยสำนักงานเกษตรจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า สินค้าไม่ได้รับรองมาตรฐานการผลิต ราคาผลผลิตมีความผันผวนสูง ต้นทุนการผลิตสูง ขาดการรวมกลุ่มการผลิต และขาดช่องทางการตลาดใหม่(ผลการดำเนินงาน10+1การขับเคลื่อนวาระจังหวัดศรีสะเกษ ,2563-2565) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพและอนามัยของประชาชน มีสถานบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ จำนวน 1 แห่ง ระดับทุติยภูมิจำนวน 22 แห่ง และระดับปฐมภูมิ คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 137 แห่ง สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ 117 แห่ง อัตราป่วยจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ต่อแสนประชากร) ระหว่างปี 2561-2565 ดังนี้ 13.49, 9.37,7.86,35.76,และ 4.78 ตามลำดับ อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษประกอบด้วย 6 ตำบล 81 หมู่บ้าน จำนวนครัวเรือน 9,165 ครัวเรือน มีประชากรรวม 42,194 คน และตำบลปราสาท อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนหมู่บ้าน 16 หมู่บ้าน จำนวนครัวเรือน 1,445 ครัวเรือน ประชากรรวม 8,639 คน อัตราป่วยจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ต่อแสนประชากร) ระหว่างปี 2561-2565 ดังนี้ 20.94,0.00,7.20,7.50,และ 3.70 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปราสาท ปีพ.ศ. 2565 พบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือดของเกษตรกร มีระดับความเสี่ยงร้อยละ 25.0 และระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 55.0 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปราสาท,2565) บ้านปะโด๊ะ ตำบลปราสาท อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

มีจำนวนครัวเรือน 198 ครัวเรือน ประชากรรวม 825 คน มีพื้นที่รวมทั้งหมด 2,723 ไร่ พื้นที่อยู่อาศัย 273 ไร่ พื้นที่ป่าสงวน 737 ไร่ และพื้นที่ทำการเกษตร 1,713 ไร่ อาชีพหลัก ได้แก่ การทำนา อาชีพเสริม ได้แก่ ปลูกพริก สวนยางพารา มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกหลังคาเรือน โดยเฉพาะการปลูกพริกเกษตรกรจะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตรและป้องกันศัตรูพืช

ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกพริก ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัย และถูกต้อง บ้านปะโด๊ะ ตำบลปราสาท อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อสร้างการรับรู้การมีส่วนร่วม ร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมแก้ไขปัญหาของตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกพริก ตัวแทนแกนนำชุมชน และตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง โดยทุกภาคส่วนได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหา ให้เกษตรกรผู้ปลูกพริกมีความรู้ และปฏิบัติตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยและถูกต้องเพิ่มมากยิ่งขึ้น

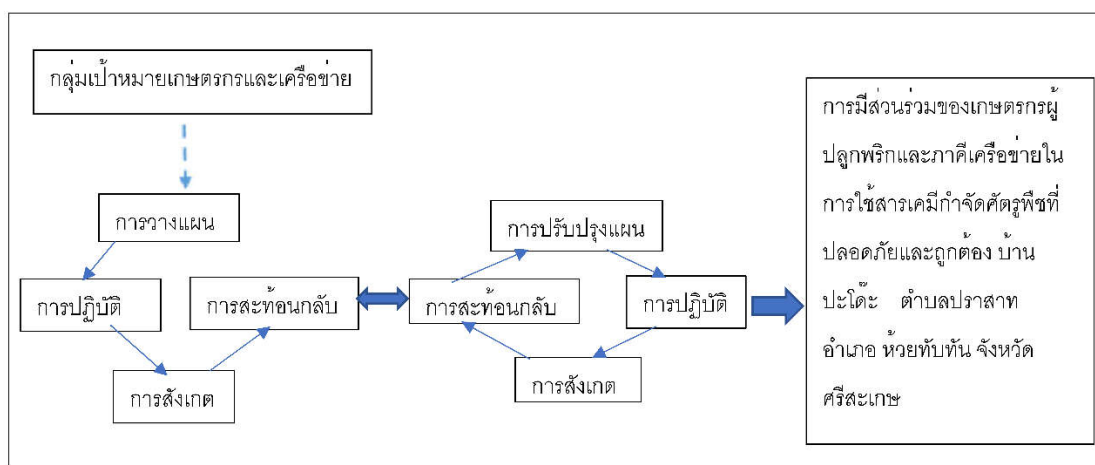
คำถามการวิจัย

เกษตรกรผู้ปลูกพริกมีส่วนร่วมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัย และถูกต้อง บ้านปะโด๊ะ ตำบลปราสาท อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยและถูกต้อง บ้านปะโด๊ะ ตำบลปราสาท อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกพริกจำนวน 36 คน ตัวแทนแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน ตัวแทนคณะกรรมการหมู่บ้าน 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน ตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลปรางสาท 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน และผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรางสาท 2 คน รวมทั้งหมด 56 คน ทำการศึกษาวิจัยในระหว่างวันที่ 20 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกพริกจำนวน 36 คน ตัวแทนแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วน

ตำบล 1 คน ตัวแทนคณะกรรมการหมู่บ้าน 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน ตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลปรางสาท 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ปฏิบัติงาน และผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรางสาท 2 คน รวมทั้งหมด 56 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน 2566 – กันยายน 2566

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัยและประเมินผล

ระยะเตรียมการวิจัย มีกิจกรรมที่สำคัญคือการประสานงานกับพื้นที่เป้าหมาย ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มเป้าหมาย ขอความร่วมมือในการวิจัย จัดประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจ เตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาและการวิเคราะห์สภาพปัญหา ศึกษาข้อมูล และวิเคราะห์สภาพปัญหาในปัจจุบันในกลุ่มประชากร 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ตัวแทนเกษตรกร

ผู้ปลูกพริก ตัวแทนแกนนำชุมชน และตัวแทนหน่วย
ราชการที่เกี่ยวข้อง

2.การประชุมโดยใช้กระบวนการวางแผน
แบบมีส่วนร่วม A-I-C ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมตาม
กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

3.การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ การ
มีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกในใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืชที่ปลอดภัย และถูกต้อง โดยใช้การมีส่วนร่วม
เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

3.ระยะประเมินผลการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ (Interview) ใช้วัดความรู้และ
การปฏิบัติ ประกอบด้วย การวิจัยข้อมูลทั่วไปด้าน
คุณลักษณะ ของตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกพริก ความรู้
เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฏิบัติในการ
ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปัญหา/อุปสรรค และ
ข้อเสนอแนะ ก่อน และหลังการพัฒนา ประกอบด้วย 4
ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะส่วน
บุคคล ของเกษตรกรผู้ปลูกพริกที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ
สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และ
ระยะเวลาการปลูกพริก

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัด
ศัตรูพืช การสะสมของสารพิษในร่างกายและการ
ป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อน และ
หลังการพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ และสร้างขึ้นจาก
การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมี
ส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกในการใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืชที่ถูกต้อง และปลอดภัย จำนวน 16 ข้อเป็น
คำถามแบบเลือกตอบโดยแบ่งออกเป็น 3 ตัวเลือก คือ
ใช่, ไม่ใช่ และไม่ทราบเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้
1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้คะแนน 0 คะแนน
วัดประเมิน 2 ครั้ง ก่อนและหลังดำเนินการ และ
เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาประเมินผล
ด้วยระดับคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

(1975) การคิดคะแนนความรู้ระดับมากคะแนนตอบถูก
ร้อยละ 80 ขึ้นไป,ความรู้ระดับปานกลางคะแนนตอบ
ถูกร้อยละ 60-79 และความรู้ระดับน้อยคะแนนตอบถูก
น้อยกว่า ร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืช การป้องกันการสะสมพิษของสารเคมีกำจัด
ศัตรูพืช และการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัด
ศัตรูพืชก่อน และหลังการพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์
และสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกใน
การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง และปลอดภัย
จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนการ
ประมาณค่า (Rating scale) วัดประเมิน 2 ครั้ง ก่อน
และหลังดำเนินการ และเปรียบเทียบการปฏิบัติก่อน
และหลังการพัฒนา ประเมินผลจากการปฏิบัติประจำ
คือ ปฏิบัติทุกครั้งในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ
3 คะแนน, การปฏิบัติบางครั้ง คือ ปฏิบัติบางครั้งไม่
สม่ำเสมอในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 2
คะแนน และการไม่ปฏิบัติ คือ ไม่ปฏิบัติในการใช้
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 1 คะแนน การคิดคะแนน
วัดเป็นแบบช่วงสเกล (Interval scale) ใช้เกณฑ์การ
แบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2545)
ดังนี้ช่วงกว้างหัวท้าย 0.50-0.51 และระหว่างกลาง 1.0
ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.00 หมายถึง ระดับการปฏิบัติ
มาก ,ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ระดับการปฏิบัติ
ปานกลาง,ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ระดับการ
ปฏิบัติน้อย

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้
ปลูกพริกจำนวน 4 ข้อเป็นคำถามแบบปลายเปิดใช้การ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group
discussion) การสนทนากลุ่มประกอบด้วยคัดเลือก
ตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกพริก จำนวน 9 คน ตัวแทนแกน
นำชุมชน จำนวน 6 คน และตัวแทนหน่วยราชการที่

เกี่ยวข้อง จำนวน 1 คน รวมจำนวน 16 คนกำหนดกิจกรรมการสนทนากลุ่มก่อน และหลังการพัฒนากระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C จำนวน 2 ครั้งๆ ละประมาณ 3 ชั่วโมง เพื่อค้นหาปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C โดยการสังเกตการมีส่วนร่วมของตัวแทนทุกกลุ่ม มั่นทอกผลการสนทนากลุ่ม นำมาวิเคราะห์บริบท ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปผล ประเมินผลการมีส่วนร่วม และเขียนรายงานการมีส่วนร่วมของเกษตรกรและภาคีเครือข่าย

แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Observation as Participation) การสังเกตเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้สำหรับ สังเกตการดำเนินกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการนำมาวิเคราะห์บริบท ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปผล ประเมินผลการมีส่วนร่วม และเขียนรายงานการมีส่วนร่วม

แบบสัมภาษณ์ (Interview) ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลการทดสอบค่าอำนาจการจำแนก (Discrimination) ด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยใช้สูตร KR-20 ทุกข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.2 - 0.8 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการของครอนบาช (Cronbach" Method) ด้านความรู้และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริกได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cocfficient of Alpha) เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือ 2 ส่วน

1.ข้อมูลเชิงปริมาณ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแหล่งข้อมูล นำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนความถูกต้อง บันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล

2.ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูล การบันทึกการสนทนากลุ่ม การ

บันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ บันทึกการสังเกต การสัมภาษณ์ สรุปประเด็นเชิงเนื้อหา

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ประเมินระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test , Microsoft Excel และค่าช่วงเชื่อมั่น 95% CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและการตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคล ของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลในเชิงลบ เช่น การกีดกัน ความเครียดหรือละเมิดต่อสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางการรักษาจริยธรรมไว้ ผู้วิจัยได้เสนอขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัย ตามหนังสือรับรอง SPPH 2023-072 ลงวันที่ 18 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

เกษตรกรผู้ปลูกพริกที่มีความสนใจ ยินดี เต็มใจ และ สม่ครใจ เข้าร่วมโครงการจำนวน 36 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 63.9 อายุเฉลี่ย 49.8 ปี อายุสูงสุด 67 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 88.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 83.3 มีอาชีพทำนาร้อยละ 97.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3001-6000 บาทร้อยละ 72.2 และมีระยะเวลาในการปลูกพริก 1-5 ปี ร้อยละ 52.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=36)

ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช										
	Mean	S.D.	95% C I	t-test	df	p-value				
ก่อนการพัฒนา	11.00	2.597	3.115 ถึง 4.941	8.954	35	<0.005				
หลังการพัฒนา	15.03	0.971								
ภาพรวมก่อนการพัฒนา	Mean=11.00 S.D.= 2.597									
ภาพรวมหลังการพัฒนา	Mean=15.03 S.D.= 0.971									

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของเกษตรกรผู้ปลูกพริก ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.005, 95%CI-4.200 ถึง 5.300)

คะแนนทั้งหมด 16 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=36)

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช										
	Mean	S.D.	95% C I	t-test	df	p-value				
ก่อนการพัฒนา			0.480 ถึง 0.690	11.277	35	<0.005				
หลังการพัฒนา										
ภาพรวมก่อนการพัฒนา	Mean=2.33 S.D.= 0.300									
ภาพรวมหลังการพัฒนา	Mean=2.92 S.D.= 0.110									

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกทั้งหมด 36 คน ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 2.33 และหลังการพัฒนาเท่ากับ 2.92 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.005, 95%CI-0.480 ถึง 0.690)

สรุป และอภิปรายผล

1.ด้านความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยและถูกต้องของเกษตรกรผู้ปลูกพริก พบว่าเกษตรกรผู้ปลูกพริกมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้จากคะแนนทั้งหมด 16 คะแนน ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 11.00 คะแนน หลังจากดำเนินการพัฒนาการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-1-C และจัดอบรมให้ความรู้แก่เกษตรกรผู้ปลูกพริก พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนาเท่ากับ 15.03

คะแนน และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของเกษตรกรผู้ปลูกพริก ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$, 95%CI-4.200 ถึง 5.300) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ ปีจะกลั่นเกสร และคณะ(2561) เรื่องการพัฒนาศักยภาพการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัยของเกษตรกร ตำบลดอนโอง อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการเกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01($p\text{-value} = 0.009$) และมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01($p\text{-value} = 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกัน และกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

($p\text{-value} < 0.001$) และ วันปิติ ธรรมศรีและคณะ(2564) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลงของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพด อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เกษตรกรมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 92.0 ทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 97.0 และพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 98.0 ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลง โดยใช้ฟิชเชอร์เอ็กแซค(Fisher's exact test) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษารายได้ต่อปี และประสบการณ์ในการปลูกข้าวโพด มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเคมีของเกษตรกร($p\text{-value} < 0.01$)

2. ด้านการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริกพบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกทั้งหมด 36 คนก่อนการ

พัฒนาเท่ากับ 2.33 หลังจากดำเนินการพัฒนาการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-1-C และจัดอบรมให้ความรู้แก่เกษตรกรผู้ปลูกพริกพบว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติหลังการพัฒนาเท่ากับ 2.92 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$, 95%CI 0.480 ถึง0.690) สอดคล้องกับอนันต์ บุญประกอบและคณะ(2561) เรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในชุมชน ตำบลร่อนทอง อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าหลังการได้รับรูปแบบกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เฉลี่ยในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรในระดับต่ำ(7.4+1.6 คะแนน)ไปเป็นระดับสูง(10.4+1.6 คะแนน) มีการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรอยู่ในระดับมากกว่าก่อนการพัฒนา และสุภาพร ภูมิเวียงศรีและคณะ (2564) พบว่าหลังได้รับการพัฒนาในประชากรกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.001$)

3.ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนจากแกนนำชุมชน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก ตัวแทนแกนนำชุมชน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจนเกิดผลผลิตแผนงาน/โครงการซึ่งได้แบ่ง ออกเป็น 3 ประเภท (1) โครงการที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง (2) โครงการที่ชุมชนต้องร่วมดำเนินการและ หรือขอความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง และ(3)โครงการที่ชุมชนต้องขอความ

ร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง มีจำนวนทั้งหมด 6 โครงการ โครงการที่ดำเนินการเสร็จแล้ว มีจำนวน 1 โครงการ คือ (1)โครงการอบรมให้ความรู้เกษตรกรผู้ปลูกพริกในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยและถูกต้อง , โครงการที่มีแผนดำเนินการต่อไป มีจำนวน 1 โครงการ (2)โครงการจัดทำพื้นที่สาธิตสาธิตการเกษตรแบบผสมผสานและพื้นที่เกษตรอินทรีย์ โครงการที่อยู่ระหว่างดำเนินการ มีจำนวน 4 โครงการ คือ (3)โครงการจัดตั้งกลุ่มการทำปุ๋ยหมักจากมูลสัตว์ในชุมชน,(4)โครงการอบรมให้ความรู้เกษตรกรในการปุ๋ยหมัก การทำสารไล่แมลงจากพืชสมุนไพร,(5)โครงการจัดซื้อเครื่องอัดปุ๋ยเม็ดและเครื่องตีป่น และ(6)โครงการศึกษาดูงานโครงการพระราชดำริเกษตรพอเพียง สอดคล้องกับฉันทนา ภูวภิบาล (2560) ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการลดละเลิกการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรบ้านแดงหม้อ ตำบลแดงหม้อ อำเภอลือชัย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีผลกระทบต่อสัตว์น้ำ สัตว์เลี้ยง , การพัฒนา รูปแบบการลดละเลิกการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรมีกระบวนการพัฒนา 4 ระยะ คือ ระยะการวางแผน ระยะปฏิบัติตามแผน ระยะสังเกต และระยะสะท้อนกลับ การประเมินผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P\text{-value}>0.05$) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและทัศนคติต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P\text{-value}<0.05$) การเปรียบเทียบระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยร้อยละ 58.2 และหลังดำเนินการโครงการกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยร้อยละ 24.2 และบุญเลี้ยง สุพิมพ์ และคณะ(2565) เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร: การพัฒนา การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล พบว่าการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร การที่เกษตรกรจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ปลอดภัยและไม่เหมาะสมให้เป็นพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยและเหมาะสม เกษตรกรต้องเกิดความตระหนัก และมีความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผนวกกับการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา กำหนดกิจกรรมหรือโครงการ การดำเนินกิจกรรมของโครงการ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ สุดท้ายคือร่วมกันสรุปผลการดำเนินกิจกรรมของโครงการ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ การกำหนดแนวทางแก้ไข และพัฒนากิจกรรมหรือโครงการสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสามารถเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ความรู้ของเกษตรกรผู้ปลูกพริกตอบถูกน้อยที่สุดคือรูปแบบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในการปลูกพริก เช่น แบบละอองสาร แบบผงแป้ง ร้อยละ 50.0 และต้องจัดหาสารเคมีมาใช้สำหรับ กำจัดหญ้าฆ่าหญ้าหรือใช้ยาคุมหญ้า ฆ่าแมลงและแก๊สเชื้อราที่จะเกิดในพริก การไม่เคยผ่านการอบรมหรือการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ต้องรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเข้าไว้สำหรับดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้แก่เกษตรกรต่อไป

2.การปฏิบัติของเกษตรกรต้องรวบรวมข้อมูลความตระหนักในการใช้สารเคมีในปริมาณที่ถูกต้อง

การใช้ปากเป่า หรือดูดหัวฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เมื่อหัวฉีดอุดตัน การไม่อ่านฉลากข้างภาชนะบรรจุสารเคมี การไม่ยอมใส่อุปกรณ์เพื่อป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชขณะผสม และฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเก็บภาชนะที่บรรจุสารเคมีไว้สำหรับขายต่อ การไม่เคยผ่านการอบรมหรือการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการทำลายภาชนะที่ใช้บรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้ว เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน การวางแผนงาน/โครงการในระดับชุมชน การจัดตั้งกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกพริก จัดทำข้อตกลงการปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันโดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ พร้อมทั้งสร้างการมีส่วนร่วม ความตระหนัก ความรับผิดชอบต่อผู้บริโภค และใช้ในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการต่อไป

3.การมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องเน้นกระบวนการให้ชุมชนแสดงความคิดเห็นที่มีความหลากหลายเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหา ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่จะเกิดขึ้นจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ต้องมีการวางแผนแก้ไขปัญห การร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาจะทำให้เกิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และมีการดำเนินอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งต้องสร้างเสริมให้เกษตรกรมีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม ชุมชน

4.การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ที่ได้จากการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) จะต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย เช่น เกษตรผู้ปลูกพริก แกนนำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในชุมชน จึงจะทำให้โครงการประสบผลสำเร็จได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.การศึกษารูปแบบ กลวิธีต่างๆ ในการสร้างความตระหนัก การรับรู้พิษภัยของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเกษตรกรในพื้นที่ การบริหารจัดการความรู้ให้สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตของเกษตรกร การใช้สื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสม และการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของเกษตรกร

2.การศึกษาแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อค้นหานวัตกรรมด้านการเกษตรในพื้นที่ให้มีความปลอดภัย ถูกต้อง และเหมาะสม การส่งเสริมสนับสนุนผู้นำเกษตรกร เกษตรกรตัวอย่าง และการศึกษาดูงานโครงการที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ใกล้เคียง

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณ คุณประมวล สุตะพันธ์ สาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน ,เภสัชกรอาคม สมบัติ โรงพยาบาลห้วยทับทัน และคุณสุรัชย์ จันทศรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้เครื่องมือในการทำวิจัยมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและกราบขอบพระคุณ คุณสุรินทร์ เมืองจันทร์ ผู้ใหญ่บ้านปะโต๊ะที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมการศึกษาวิจัย และได้อนุเคราะห์ให้ทำการศึกษาในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐมน ภูพวก (2560) ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบ การลดละเลิกการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน เกษตรกรบ้านแดงหม้อ ตำบลแดงหม้อ อำเภอ เชื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี; วารสารอาหารและ ยา,ฉบับเดือน กันยายน-ธันวาคม 2560,49-58
- ธีรพงษ์ แก้วหาญ (2543). กระบวนการเสริมสร้าง ชุมชนเข้มแข็งประชาคมประชาสังคม.พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น:ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการ สาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- นัสพงษ์ กลิ่นจำปา และดาวิวรรณ เศรษฐธรรม (2561) เรื่องพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกร ตำบลป่าไผ่ อำเภอเมือง จังหวัด

- หนองบัวลำภู ;วารสารสคร.9,25 (2)26-34.
- บุญเลี้ยง สุพิมพ์และคณะ(2565) เรื่อง การมีส่วนร่วม
ของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร: การพัฒนา
การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล;วารสาร
เทคโนโลยีภาคใต้,15(1)149-159.
- ปรารธนา ทัดเทียมพงษ์ อุมพร ฉัตรวิโรจน์ และ
วสุนธรา รตโนภาส(2565) เรื่องความรู้และ
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว:
กรณีศึกษาตำบลคุยบ้านโอง อำเภอราม
กระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ;วารสารพุทธ
ศาสตร์ มจร อุบลราชธานี ,4(2)1721-1730.
- มนัส ขยาพัฒน์,ฉานทิพย์ สันตะพันธ์,2563)เรื่องปัญหา
การควบคุมสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชตกค้าง
ในผักและผลไม้ของประเทศไทย,วารสารวิชาการ
มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ,9(1) 76-85
- มุกธิดา ขำมี และจิราพร ทิพย์พิลา(2563)เรื่องผลการ
ให้ความรู้ด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริกบ้านนา
เยี่ย ตำบลไธ้อย อำเภอมือง จังหวัด
อุบลราชธานี; วารสารการแพทย์และการ
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี,3(1)13-
24
- วันปิติ ธรรมศรี สิริพร พรหมอุทัย วนิดา บุษยาตรัส และ
สุขุมารณ์ ศาลางาม(2564) เรื่องความรู้
ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัด
แมลงของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพด อำเภอศรี
รัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ;วารสารวิทย์ เทคโนโลยี
หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ,7(2)71-81
- สุวิทย์ มูลคำและอรทัย มูลคำ.(2545).วิธีจัดการเรียนรู้:
เพื่อพัฒนากระบวนการคิด.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์
ภาพพิมพ์.
- สุภาพร ภูมิเวียงศรี และคณะ(2564) เรื่องการพัฒนา
รูปแบบการจัดการปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ปนเปื้อนในผัก ผลไม้และผลิตภัณฑ์ทางการ
เกษตรอย่างยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
และภาคีเครือข่ายอำเภอหนองนาคำ จังหวัด
ขอนแก่น;วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
,14(2)36-45.
- อรุณรัตน์ ปัญจะกลิ่นเกษรและเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ
(2561) เรื่องการพัฒนาศักยภาพการใช้สารเคมี
ป้องกันและกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย
ของเกษตรกรตำบลดอนโอง อำเภอโพธิ์ชัย
จังหวัดร้อยเอ็ด; วารสารการพยาบาล การ
สาธารณสุขและการศึกษา,119-131.
- อนันต์ บุญประกอบ,พิสมัย หอมจำปา และ นภดล
พิมพ์จันทร์(2561) ศึกษาการพัฒนาแบบการ
ป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืชในเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายในชุมชนตำบลร่อนทอง อำเภอสตึก
จังหวัดบุรีรัมย์; วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี,7(1)123-132
- อรทัย ก๊กผล (2552). คู่มือการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนสำหรับผู้บริหารท้องถิ่น.กรุงเทพฯ.
ส เจริญการพิมพ์

ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

สมควร พรหมคุณ¹

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 3 Self ด้วยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน และจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group) แลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย 21 คน เพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และนำแนวทางที่ได้มาปรับใช้ในชุมชน เป็นระยะเวลา 1 เดือน ติดตามประเมินผล เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired samples t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ เท่ากับ 11.2 และ 14.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-20.100$, $p<0.05$) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ เท่ากับ 41.4 และ 45.6 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-17.999$, $p<0.05$) ดังนั้น ควรมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการติดตามดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง, พฤติกรรมสุขภาพ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างชุมชนน้อย E-mail:

The Effectiveness of Health Behavior Modification for Patients with Noncommunicable Diseases with the Mechanism of the Yang Chum Noi District Quality of Life Development Committee, Sisaket Province

Somkuan Promakun ¹

Abstract

This quasi-experimental study aims to study the effectiveness of changing health behaviors in patients with noncommunicable diseases with the Mechanism of the Yang Chum Noi District Quality of Life Development Committee, Sisaket Province. Collect data, information, and knowledge about noncommunicable diseases and the transformation of health behaviors according to the 3 self-concepts using questionnaires from a sample of 191 people and a focus group discussion forum to exchange and learn knowledge with the 21 Yang Chum Noi District Quality of Life Development Committee to find the transformation of health behaviors for patients with noncommunicable diseases. and apply the acquired guidelines in the community for 1 month to monitor, evaluate, and compare knowledge about noncommunicable diseases and the transformation of health behaviors before and after participating in the behavior exchange process. We analyzed quantitative data using number, percentage, mean, and standard deviation; comparative analysis was performed using paired simple t-test statistics; and qualitative data analysis was performed with content analysis.

The results of this study found that before and after participating in the process, the sample group had an average knowledge score of 11.2 and 14.4, respectively. testing statistical differences, it was found that the average knowledge score before and after participating in the process. There was a statistically significant difference ($t=-20.100$, $p<0.05$) in terms of health behavior modification. It was found that the sample groups There were average scores for behavior modification before and after participating in the process 41.4 and 45.6, respectively. Testing for statistical differences, it was found that the average scores for behavior modification before and after participating in the process is a statistically significant difference ($t = -17.999$, $p<0.05$). Therefore, there should be holistic integration between government agencies and the private and public sectors. Including focusing on the participation of all sectors, Monitoring the health of patients with chronic diseases and high-risk groups in the community continuously to reduce the risk of complications reduce the rate of chronic disease, and be able to be self-sufficient in sustainable health.

Keywords: Chronic disease, Health behavior, District Health Board

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Yangchumnoi Public Health Center, Email:

บทนำ

จากการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่เป็นผลจากบริบททางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม และเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน ส่งผลให้คนไทยเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไม่พอเพียงท่ามกลางค่านิยม วัฒนธรรมและสังคมแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงและเป็นภัยคุกคามสุขภาพ เกิดการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 25 ล้านคน มีประชากรประมาณ 19 ล้านคนหรือร้อยละ 80 จะเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและยากจน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรวัยแรงงาน ซึ่งจะเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะหรือภาระทางสุขภาพ (Disability Adjusted Life Year: DALY) จากโรคเรื้อรัง 6 ใน 10 อันดับแรก (World Health Organization, 2021)

อำเภอยางชุมน้อย มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไปและมีกำลังในการซื้อสูง จากเดิมวิถีชีวิตเป็นระบบการเกษตร คือ ปลูกทุกอย่างที่กินได้ เปลี่ยนเป็นปลูกทุกอย่างที่ขายได้ นิยมรับประทานผลไม้ภายหลังรับประทานอาหาร หรือรับประทานผลไม้รสหวานในระหว่างมื้ออาหาร เช่น มะม่วงสุก มะขาม สับปะรด เป็นต้น ส่งผลให้แนวโน้มเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้น จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป จากเดิมจะเป็นการประกอบอาหารโดยใช้วัตถุดิบในพื้นที่หรือครัวเรือนประกอบอาหารรับประทานเองในครัวเรือน ก็เปลี่ยนมาเป็นการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน การกินอาหารจากตามสภาพท้องถิ่น เปลี่ยนมาซื้อหาอาหารตามร้านสะดวกซื้อหรือรถเร่ แผงลอย การรับประทานเกินความจำเป็นหรือมากกว่า 3 มื้อต่อวัน การใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปจากการทำงานกลางแจ้งต้องใช้แรงงาน เปลี่ยนเป็นเจ้าของกิจการหรือทำงานนั่งโต๊ะ การขาดการออกกำลังกาย

กาย การใช้ชีวิตประจำวันที่มีแต่ความเครียด เหล่านี้เป็นสาเหตุที่นำไปสู่โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยพบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันและเบาหวานร้อยละ 8.2 และ 4.6 ตามลำดับ (เสรี ราชโรจน์, 2537)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถลดปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งการขาดออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น จึงจำเป็นต้องบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่ชุมชนส่งเสริมให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย “การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2561 (เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางชุมน้อย, 2564) เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการดำเนินการบนพื้นฐานของ “การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทุกองค์ประกอบจากภาคประชาชน กับทุกภาคส่วนในภาครัฐ (ประชารัฐ)”

ขับเคลื่อนให้ระบบสุขภาพ มีคุณลักษณะของ “การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อ “สุขภาวะ (Well-being: อยู่กับปัจจุบันได้ดี)” ของประชาชนทุกคน ดังนั้น การกำหนดแนวทางร่วมกันด้วยกลไก พชอ. โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เครือข่ายและนำแนวทางดังกล่าวมาปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งการให้ความรู้ เพื่อส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมร่วมกันสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการจัดการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงให้สามารถดูแลตนเองได้ ช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และมีการพัฒนาระบบบริการด้วยระบบเครือข่ายให้ต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

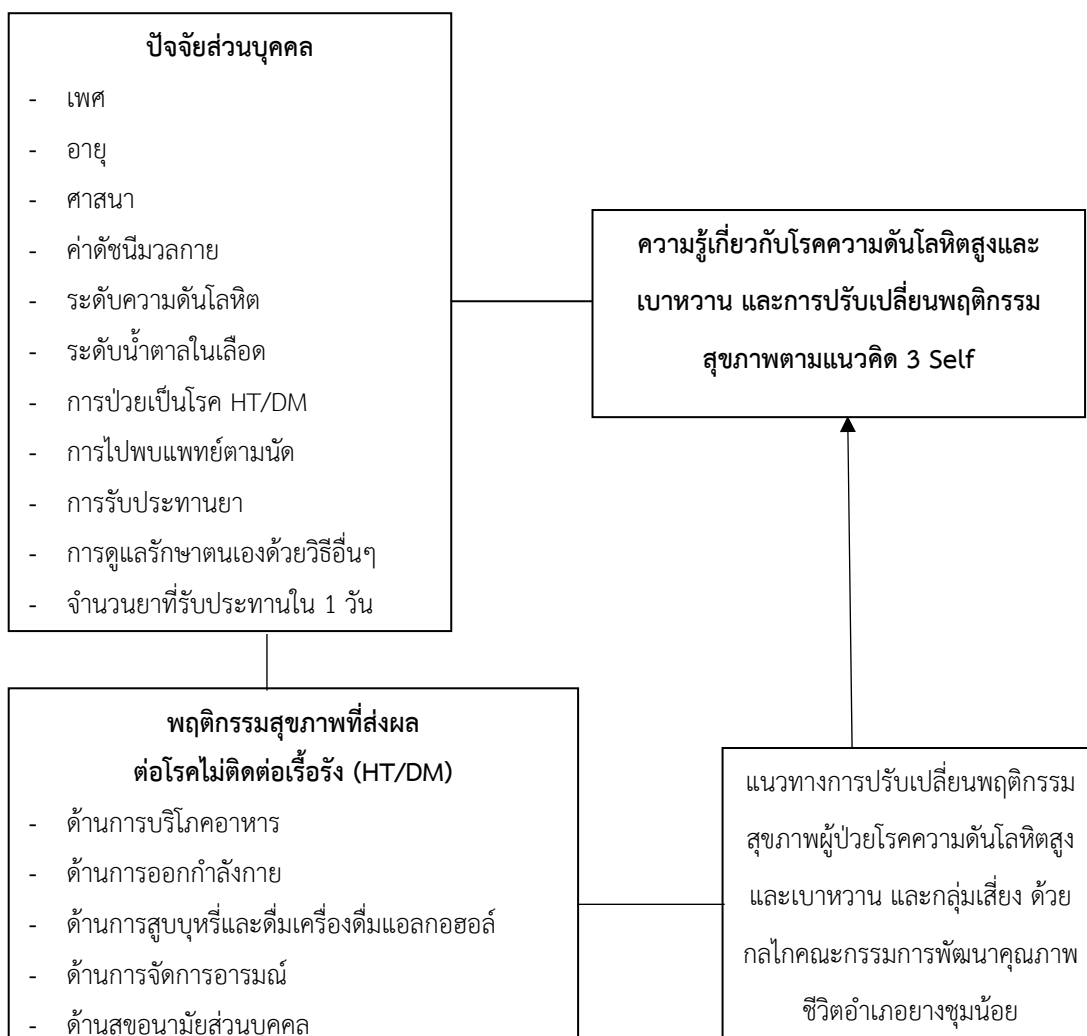
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถอธิบายถึงประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework of Study) แสดงได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตามทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นรับการรักษาโรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้นจำนวน 3,823 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน โดยคุณลักษณะของตัวอย่างเป็นดังนี้

- 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
 - 2) เป็นบุคคลที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ.2563
 - 3) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่มีความเสี่ยงระดับสูงมาก (Risk >30%) เมื่อคัดกรองและประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการศึกษา
 - 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย ที่ได้รับการแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 รวม 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาโครงการ เอกสาร ตำราต่างๆ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 3 Self ได้แก่

- 1) การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้

2) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ

3) การดูแลสุขภาพตนเอง โดยวัดระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งพิจารณาระดับความรู้และระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเกณฑ์การแบ่งระดับของเกณฑ์มาก ปานกลาง และน้อย(จินตนา พรหมลาย, 2541) ทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และตรวจสอบความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรู้ เท่ากับ 0.87 และแนวคำถามปลายเปิด เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสอบถามโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับการอบรมเป็นผู้ช่วยวิจัย ที่ผู้วิจัยได้อธิบายข้อคำถามและวิธีการสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 191 คน และจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย 21 คน เพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย และให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางที่ได้จากการสนทนากลุ่มและเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เมื่อครบ 1 เดือน ประเมินผลหลังดำเนินการ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ Paired samples t-test และวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPBH 2023-022 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา ประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ตามแนวทางที่ได้จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย โดยการจัดอบรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 3 Self สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งโซนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง (HT/DM) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ออกติดตามเชิงรุก สังเกตพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ในด้านต่างๆ ได้แก่ พัฒนาระบบนัดลดระยะเวลาการรอคอย เป็นต้น พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 โดยหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 92.1 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่าง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 โดยหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับมาก ร้อยละ 85.9

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ เท่ากับ 11.2 และ 14.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-20.100, p<0.05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ เท่ากับ 41.4 และ 45.6 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-17.999, p<0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=191)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	129	67.5
ชาย	62	32.5
อายุ		
27-36 ปี	6	3.1
37-46 ปี	16	8.4
47-56 ปี	68	35.6
57 ปีขึ้นไป	101	52.9
Mean (S.D)	57.1	(10.1)
Median (Min-Max)	58.0	(27-77)
ศาสนา		
พุทธ	180	94.2
คริสต์	11	5.8
ค่าดัชนีมวลกาย		
ต่ำ (<18.5 kg/m ²)	52	27.2
ปกติ (=18.5-23.4 kg/m ²)	42	22.0
อ้วน (≥23.5 kg/m ²)	97	50.8
ระดับความดันโลหิต		
ปกติ (<120/80 mmHg)	35	18.3
เสี่ยง (=120/80-139/89 mmHg)	126	66.0
ป่วย (≥140/90 mmHg)	30	15.7
ระดับน้ำตาลในเลือด		
ปกติ (<100mg/dl)	51	26.7
เสี่ยง (=100-125 mg/dl)	55	28.8
ป่วย (≥126 mg/dl)	85	44.5

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การไปพบแพทย์ตามนัด		
ทุกครั้ง	174	91.1
บางครั้ง	17	8.9
การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง		
ทุกครั้ง	162	84.8
บางครั้ง	26	13.6
ไม่เคย	3	1.6
การดูแลรักษาตนเองด้วยวิธีอื่นๆ		
ทุกครั้ง	40	20.9
บางครั้ง	94	49.2
ไม่เคย	57	29.8
จำนวนยาที่รับประทานใน 1 วัน (n=105)		
0-1 เม็ด	21	11.0
2-3 เม็ด	84	44.0
4 เม็ดขึ้นไป	86	45.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ (n=191)

ปัจจัย	Mean	S.D	t	p
ความรู้ฯ				
ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ	11.2	2.7	-20.100	.000
หลังเข้าร่วมกระบวนการฯ	14.4	1.2		
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ				
ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ	41.4	6.3	-17.999	.000
หลังเข้าร่วมกระบวนการฯ	45.6	3.9		

สรุป และอภิปรายผล

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.2) โดยส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องในประเด็น “อาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง” (ร้อยละ 89.5) ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง คือ “อาการบ่งชี้ของโรคความดันโลหิตสูง” (ร้อยละ 41.4) หลังการอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ฯ เพิ่มขึ้น ในประเด็น “อาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง” (ร้อยละ 96.9) ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างน้อย “คนยางขมน้อย ไม่ทอดทั้งกัน” ทั้งการให้ความรู้และการออกติดตามดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-20.100, p<0.05$) จะเห็นได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกระบวนการฯ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อาและคณะ, 2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ป่วยหลังทดลองรูปแบบฯ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ (มยุรี เทียงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ, 2562) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่าง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.7) โดยมีความมั่นใจว่า “สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของวิทยากรและบุคลากรการแพทย์ได้อย่างเคร่งครัด” (ร้อยละ 49.2) โดยพบว่า หลังเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในระดับมาก (ร้อยละ 85.9) ซึ่งมีความมั่นใจว่า “สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของวิทยากรและบุคลากรการแพทย์ได้อย่างเคร่งครัด” (ร้อยละ 79.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-17.999, p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ (พรพิมล พงษ์สุวรรณ, 2553) ศึกษาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับความดันโลหิต ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ครอบครัวยุคใหม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐบาล เอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการติดตามดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง ในชุมชนอย่างต่อเนื่องทั้งในการออกติดตามเชิงรุกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และเสริมสร้างทักษะในการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง สถานบริการและเครือข่าย
บริการสุขภาพทุกแห่ง ควรพิจารณานำแนวทางเหล่านี้เป็น
แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการปรับ
กิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและบริบทของ
แต่ละชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา และคณะ.(2560). การพัฒนา
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุม
ไม่ได้. วารสารกองการพยาบาล,
2560;44(2),141-158.
- มยุรี เทียงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ.(2562).
การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.
วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข,
2562;28(4),696-710.
- พรพิมล พงษ์สุวรรณ.(2553). การพัฒนาการดูแลโรค
เรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ
ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย.(2564).
สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2564 สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย. ศรีสะเกษ:
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย.
- สำนักนายกรัฐมนตรี.(2564). ระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรี ว่าด้วย “การพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. Retrieved เมษายน 20,
2564, from สำนักนายกรัฐมนตรี:
[https://multi.dopa.go.th/legal/
news/cate1/view43](https://multi.dopa.go.th/legal/news/cate1/view43). 2561.

เสรี ราชโรจน์. (2537).หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและ
ประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. เอกสารการ
สอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดและ
ประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3.
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช: นนทบุรี.

World Health Organization.(2021). The global
burden of disease 2021 update. Retrieved
April 3, 2021, from [http://www.who.int/
healthinfo/global_burden_disease/
GBD_report_2021_update_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2021_update_full.pdf).

การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรและการเพิ่มศักยภาพบุคลากร เพื่อรับมือภาวะวิกฤต การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

ธีรวัธ คำโสภา¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ บทบาทหน้าที่ และการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร และการเพิ่มศักยภาพบุคลากร ในการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งในช่วงก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรค ช่วงเกิดการแพร่ระบาด และช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลไพรบึง เป็นการศึกษาย้อนหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ระหว่างเดือนมกราคม – เดือนมิถุนายน 2566 ผ่านกระบวนการถอดบทเรียนการดำเนินงานโรคโควิด-19 ใช้กระบวนการศึกษาและพัฒนาโดยประยุกต์ใช้วงจรเดมมิง และจากเอกสารการถอดบทเรียน เอกสารรายงานการประชุม แบบนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ในช่วงก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลไพรบึงมีการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรตามกรอบโครงสร้างโรงพยาบาลชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุข อัตรากำลังบุคลากรมีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน งานป้องกันควบคุมโรคติดต่ออยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม ในช่วงเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 มีการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรในการรับมือภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยการเกลี่ยอัตรากำลังบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น จากงานกายภาพบำบัด งานทันตกรรม งานแพทย์แผนไทย กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม กลุ่มงานบริหารทั่วไป เพื่อให้บริการที่จุดตรวจคัดกรองด่านหน้า จุดตรวจโรค Fever and ARI Clinic และจุดรักษาพยาบาลใน Cohort ward และขอรับการสนับสนุนบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง ให้มาช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม 2 แห่ง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสำหรับโรคและภัยสุขภาพและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้ใช้กระบวนการอบรมให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติงาน การศึกษาดูงาน และการติดตามนิเทศงาน ผลการประเมินบุคลากรมีความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติงานและมีความพึงพอใจในรูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร การจัดอัตรากำลังบุคลากรช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการจัดอัตรากำลังตามโครงสร้างเดิม แต่มีนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในหน่วยงานคือ วิถีชีวิตใหม่ของบุคลากร (New normal) มีการใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ รับประทานป้องกันโรคโควิด-19 และมีความตระหนักในการเฝ้าระวังการติดเชื้อมากยิ่งขึ้น มีการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร, การเพิ่มศักยภาพบุคลากร, ภาวะวิกฤต

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ Email: Teerawutpb@gmail.com โทร. 096-0674245

**Personnel management and personnel potential enhancement to cope
with crisis situations Outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19)
Phrai Bueng Hospital Sisaket Province**

Teerawut kamsopa¹

Abstract

This qualitative study aims to study the situation, roles and duties, personnel management, and increasing personnel potential in dealing with the spread of COVID-19 disease, both before and after the outbreak of the disease. During the outbreak and after the outbreak of COVID-19 In Phrai Bueng Hospital. This is a retrospective study, data were collected from in-depth interviews with a sample of 10 people between January and June 2023 through the process of extracting lessons from COVID-19 operations. Use the study and development process by applying the Deming cycle, and from the lesson transcript meeting minutes document. Supervision form to follow up on work performance and personnel satisfaction assessment form, data were analyzed using content analysis, according to the qualitative research process.

The results found that before the COVID-19 outbreak, Phrai Bueng Hospital had personnel management according to the community hospital framework of the Ministry of Public Health. The staffing rate is sufficient to carry out the work. Communicable disease prevention and control work is under the responsibility of the Primary and Holistic Services Group. During the COVID-19 outbreak, there is personnel management in place to deal with the COVID-19 outbreak crisis. Even distributing personnel from various departments, such as Physical therapy, Dentistry, and Traditional Thai medicine. Pharmaceutical group, Primary and Holistic service group, and General Administration group to provide services at the frontline screening checkpoint, the fever and ARI Clinic checkpoint, and the medical treatment point in the Cohort Ward and request personnel support from the Phrai Bueng District Public Health Office to help task in 2 field hospitals. A committee has been appointed according to the Public Health Emergency Command System for diseases and health hazards and the Public Health Emergency Operations Center (EOC), Phrai Bueng District, In terms of personnel potential development, the process of training is used to provide knowledge. On-the-job training study tour and following up on work supervision. evaluation of knowledgeable personnel have skills in performing work and are satisfied with the management of personnel. In dealing with the COVID-19 epidemic crisis Personnel management after the COVID-19 outbreak It is an arrangement of personnel according to the original structure. But there are innovations that occur in the agency. The new way of life for personnel includes wearing masks, washing hands, and receiving the COVID-19 vaccine, and have greater awareness of infection surveillance. There is clear change management. Review problems that occur regularly.

Keywords: Personnel management ,Increasing personnel potential, crisis

¹Public health technician, Professional, Phrai Bueng Hospital, Sisaket Province, Email: Teerawutpb@gmail.com

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) นับเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่คุกคามความปลอดภัยของมนุษยชาติในศตวรรษนี้ เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อเป็นไปอย่างรวดเร็วทั่วทุกภูมิภาคของโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็น “การระบาดใหญ่” หรือ Pandemic สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 ยอดผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ทั่วโลกมีจำนวน 246,951,274 ราย คิดเป็น 3,163 รายต่อแสนประชากรหรือร้อยละ 3 ของประชากรโลก เสียชีวิต 5,004,855 ราย คิดเป็น 64 รายต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายอยู่ที่ร้อยละ 2.03 (กรมควบคุมโรค, 2564) ประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อ 13 มกราคม 2563 แพร่เชื้อจากตลาดกลางกุ้งซึ่งเป็นตลาดใหญ่ขายอาหารทะเล จังหวัดสมุทรสาคร ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าว (สัญชาติเมียนมาร์) ต่อมาเกิดการแพร่ระบาดเป็นหลายกลุ่มและเริ่มกระจายไปหลายจังหวัดทั่วประเทศ สถานการณ์การแพร่ระบาดระลอกใหม่มีความรุนแรงมากขึ้น พบผู้ติดเชื้อต่อวันมากกว่าหนึ่งพันคน เดือนธันวาคม 2564 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม 2,194,572 ราย และมีผู้เสียชีวิต 21,698 ราย วิกฤติการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตและชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในทุกด้าน ทั้งด้านการสาธารณสุข ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รัฐบาลจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (กรมควบคุมโรค, 2564) ได้มีการจัดตั้งศูนย์บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินในการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด-19 (ศอฉ.โควิด-19)

จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 12,509 ราย เสียชีวิตสะสมจำนวน 52 ราย รักษาหายสะสมจำนวน 10,939 ราย ยังรักษาอยู่ 1,518 ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค, 2563.) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ ได้กำหนดมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 และประกาศให้ประชาชนถือปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะเรื่องมาตรการทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ เว้นระยะห่างทางสังคม และเรื่องการจัดงานประเพณีทางสังคมหรือการจัดกิจกรรมที่มีการรวมคนจำนวนมากให้งดหรือชะลอการจัดงานประเพณีต่าง ๆ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ภายในจังหวัด โรงพยาบาลไพรบึง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีบุคลากรทั้งสิ้นรวมทุกวิชาชีพ ทุกสายงานจำนวน 170 คน บุคลากรในส่วนที่ให้บริการตรวจรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค มีจำนวน 102 คน และบุคลากรสายสนับสนุนการปฏิบัติงานจำนวน 68 คน รับผิดชอบประชากรอำเภอไพรบึง จำนวน 48,117 คน ในเขตพื้นที่ 6 ตำบล 80 หมู่บ้าน (กรมการปกครอง, 2564) และให้บริการผู้ป่วยจากพื้นที่อำเภอใกล้เคียง คือ อำเภอพยุห์ อำเภอขุขันธ์ อำเภอศรีรัตนัง อำเภอขุนหาญ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลไพรบึงด้วย โรงพยาบาลไพรบึงเริ่มมีผู้ป่วยโรคโควิด-19 เข้ารับบริการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยใน (Admit) ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 เป็นต้นมา การให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มาขอรับบริการมีจำนวนมากขึ้นทุกวัน บางวันมีผู้สงสัยว่าจะติดเชื้อโรคโควิด-19 มาขอรับบริการตรวจคัดกรอง

มากกว่าสามร้อยคน และมีผู้ป่วยที่ Admit ในโรงพยาบาลไพรบึง และในโรงพยาบาลสนาม ทั้ง 2 แห่ง เต็มทุกเตียงนอน ส่งผลให้โรงพยาบาลไพรบึงขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่จะให้บริการ ทั้งในส่วนของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยใน Ward และในโรงพยาบาลสนาม บุคลากรทุกสายงานต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น บุคลากรบางคนติดเชื้อโรคโควิด-19 จากการปฏิบัติงาน ให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ต้องนอนรักษาตัวเองเป็นระยะเวลานานถึง 2 สัปดาห์ และบางคนมีอาการแทรกซ้อนต้องพักรักษาต่ออีกนานเป็นเดือน ส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียดวิตกกังวลเหนื่อยล้าอ่อนเพลียและเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงานหนัก ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตนี้ จะต้องบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยและประชาชนที่มาขอรับบริการ ให้ดำเนินการไปได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ การแก้ไขปัญหาดังกล่าว แคลนบุคลากรในภาวะวิกฤตนี้ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีหลักการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการรับมือกับภาวะวิกฤต

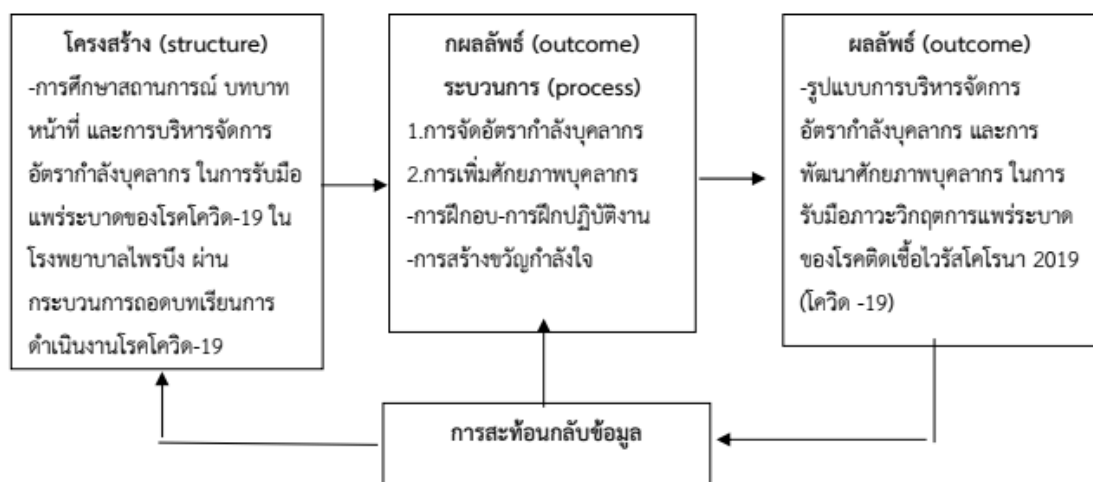
สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารบุคลากรในการรับมือกับภาวะวิกฤตด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร ก่อนเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร ในสถานการณ์ภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
3. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ในการรับมือภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

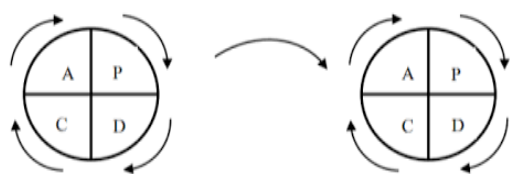
ใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้วิธีการศึกษาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ในระหว่างเดือนมกราคม – เดือนมิถุนายน 2566 โดยศึกษาสถานการณ์ บทบาทหน้าที่ และการบริหารจัดการอัตราากำลังบุคลากร ในการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลไพรบึง ผ่านกระบวนการถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโรคโควิด-19 และพัฒนาการดำเนินงานโดยกระบวนการ PDCA (Deming cycle) ดำเนินการศึกษา 3 ระยะ ทั้งก่อนเกิดสถานการณ์การระบาดของโรค ช่วงการระบาดของโรค และช่วงหลังการระบาดของโรค โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และรายงานการถอดบทเรียน



รูปภาพที่ 2 แผนภาพแสดงการทำงานตามวงจรเดมมิง
Deming Cycle

ที่มา: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น, 2552

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่วิจัย คือ บุคลากรโรงพยาบาลไพรบึง จำนวน 170 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาลไพรบึง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานผู้ป่วยใน หัวหน้างานโรคติดต่อ หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล รวม 10 คน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเจาะจง (Purposive

Sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากการเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรโดยตรง และเป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนกลวิธีการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลไพรบึง

ขั้นตอนการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ บทบาทหน้าที่ และการบริหารจัดการ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลไพรบึง ผ่านกระบวนการถอดบทเรียนการดำเนินงานโรคโควิด-19 ในด้าน 1) ด้านการเตรียมความพร้อมและการซ้อมแผน 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านสถานที่ 4) ด้านบริหารจัดการและการสั่งการ 5) ด้านการวางแผนและการประสานงาน 6) ด้านการสื่อสารความเสี่ยง 7) ด้านการปฏิบัติงาน ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยจนถึงสิ้นสุดการจำหน่ายผู้ป่วย และ 8) ด้านเครื่องมือสนับสนุนและงบประมาณ

2. การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร และการเพิ่มศักยภาพบุคลากร และการบริหารจัดการดำเนินงาน ผ่านกระบวนการ PDCA (Deming cycle) ในแต่ละระยะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลไพรบึง ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเดือน มีนาคม 2563

ระยะที่ 2 ในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยแบ่งเป็น

2.1 ช่วงเริ่มการระบาดของโรคโควิด-19 เดือน มีนาคม 2563

2.2 ช่วงเกิดการระบาดต่อเนื่องตั้งแต่ มิถุนายน 2563 เป็นต้นมา

2.3 ช่วงเกิดการระบาดรุนแรง (Peak) ในเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2564

ระยะที่ 3 ช่วงที่การระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มคลี่คลายลง และรัฐบาลประกาศเป็นโรคประจำถิ่น เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 เป็นต้นมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) แบบมีโครงสร้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulations) ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Triangulation) ซึ่งจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่มาต่าง ๆ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) วิธีการสืบค้นจากเอกสาร(Documentary) จากกรณีศึกษาโดยจะนำข้อมูลมาตรวจสอบซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้เชื่อมั่นได้ว่าข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและครอบคลุมต่อบริบทในการศึกษาครั้งนี้ (จุมพล หนิมพานิช. 2551)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงสร้างอัตราค่าลงบุคลากร ของโรงพยาบาลไพรบึง และบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานและผลกระทบโดยรวมจากโรคโควิด-19

2. สร้างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

3. จัดประชุมบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มตัวอย่าง) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และรวบรวมเอกสารรายงานการถอดบทเรียนผลการดำเนินงานบริหารจัดการอัตราค่าลงบุคลากร ทั้งในช่วงก่อนเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ระหว่างสถานการณ์ภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโควิด-19 และหลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 เพื่อรวบรวมข้อมูล

4. วางแผนการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย กำหนดวัน เวลา แจกกลุ่มเป้าหมายเพื่อทราบและทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) กลุ่มเป้าหมายจำนวน 10 คน

5. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาลไพรบึง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามขั้นตอนและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การรวบรวมข้อมูลให้รหัสข้อมูล การแยกแยะและจัดกลุ่มข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อหาแบบแผนและความหมาย และสรุปเนื้อหาที่เป็นสาระหลักในการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัย (สุภางค์ จันทวานิช. 2546) ผู้วิจัยนำเสนอเชิงข้อความพรรณนา โดยใช้ข้อความบรรยายอธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่ค้นพบ พรรณนาเล่าเรื่องเพื่อให้เห็นลักษณะและสภาพของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ให้การรับรองผ่านการพิจารณาเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH2022-086 ลงวันที่ 29 ธ.ค.2565

ผลการวิจัย

การศึกษาในระยะที่ 1 ช่วงก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 การศึกษาสถานการณ์บทบาทหน้าที่ และการบริหารจัดการอัตราค่าลงบุคลากรก่อนช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลไพรบึง มีการจัดอัตราบุคลากรตามกรอบโครงสร้างบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น 13 กลุ่มงาน ได้แก่ 1. กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 3. กลุ่มงานทันตกรรม 4. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค 5. กลุ่มงานการแพทย์ 6. กลุ่มงานโสตศอนาสิก 7. กลุ่มงานรังสีวิทยา 8. กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ 9. กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม 10. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

11. กลุ่มงานการพยาบาล ประกอบด้วย 11.1 งานบริการผู้ป่วยนอก 11.2 งานบริการผู้ป่วยฉุกเฉินและนิติเวช 11.3 งานบริการผู้ป่วยใน 11.4 งานห้องคลอด 11.5 งานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล 11.6 งานหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง 12. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 13. กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด มีบุคลากรทุกสายงานรวมกันจำนวน 170 คน ซึ่งในภาพรวมมีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงานสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยกเว้น งานรังสีวิทยาที่ขาดแคลนบุคลากรเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่ 2 คน เป็นลูกจ้าง พกส.ตำแหน่งพนักงานบริการ ส่วนนักรังสีวิทยาอยู่ระหว่างการส่งทุนศึกษาจะจบมาในปี 2568

การศึกษาในระยะที่ 2. ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

การศึกษาสถานการณ์ บทบาทหน้าที่ และการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรในการรับมือภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 ช่วงเริ่มต้นของการระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลไพรบึง ศึกษาโดยการถอดบทเรียนจากการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 รายแรกที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลไพรบึงในเดือนมีนาคม 2563

ผลการวิจัย ดังนี้ 1.ด้านการให้บริการในจุดตรวจด้านหน้า และในตึกผู้ป่วย Cohort ward

ปัญหาที่พบ 1.ด้านวัสดุอุปกรณ์ ชุด PPE (Personal Protective Equipment) หมดอายุ รองเท้าบูท มีขนาดเดียว แพทย์ใส่ไม่ได้ Face shield ไม่เพียงพอ รถ Refer ไม่ได้เตรียมอุปกรณ์ภายในเพื่อให้ง่ายต่อการทำความสะอาด ไม่มีถังสำหรับทิ้งชุด PPE ที่ใช้แล้วและในส่วนของอุปกรณ์ที่สามารถจะนำกลับมาทำความสะอาดได้

2. ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่ยังขาดทักษะในการสวมชุด PPE

3. ด้านสถานที่ ยังไม่มีสถานที่สำหรับถอดชุด PPE และชำระร่างกายหลังให้บริการเสร็จสิ้น ไม่มีสถานที่สำหรับการทำความสะอาดอุปกรณ์หลังการสัมผัสผู้ป่วยโควิด-19

4. ด้านบริหารจัดการและการสั่งการ สิ่งที่สามารถทำได้ คือ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ของอำเภอไพรบึงสามารถส่งข้อมูลให้ผู้บริหารได้รวดเร็ว แม่นยำ มีความสมบูรณ์ ส่งผลให้การประสานงานระหว่างทีมผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพรบึง โรงพยาบาลขุนหาญ โรงพยาบาลศรีสะเกษ และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team : SAT) ทำงานได้อย่างรวดเร็ว

- ปัญหาที่พบ คือ การประสานงานระดับหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน นอกเวลาราชการ ยังล่าช้า

5. ด้านการวางแผนและการประสานงาน หัวหน้างานในแต่ละระดับ ควรติดต่อได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ในกรณีมีเหตุฉุกเฉิน ควรมีการจัดเวรนิเทศงานของหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน

6. ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ในครั้งแรกที่มีการสื่อสาร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไพรบึงบางส่วนที่ยังไม่ได้อยู่ในงานบริการผู้ป่วยโรคโควิด-19 ยังไม่รู้จัก คำว่า PUI ในโรคโควิด-19 ควรมีการให้ความหมายของคำศัพท์ใหม่ ๆ เพื่อการสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน กรณีฉุกเฉินควรงดการสื่อสารทางไลน์กลุ่ม ให้ใช้โทรศัพท์เป็นช่องทางหลักในการสื่อสาร

7.ด้านการปฏิบัติงาน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนถึงสิ้นสุดการจำหน่ายผู้ป่วย

- ปัญหาที่พบ คือ ยังไม่มีแบบฟอร์มในการคัดกรองผู้ป่วย ควรเพิ่มจุดคัดกรองโรคในระบบทางเดินหายใจ นอกอาคารผู้ป่วยนอก ควรจัดเตรียมพื้นที่ในการเตรียมเปิด Cohort ward จัดหาพื้นที่ในการ

ให้เจ้าหน้าที่พัก และกักตัวหลังให้บริการผู้ป่วยโควิด-19 และให้แต่ละคลินิกจัดบริการแบบ one stop service -การแก้ไขปัญหา

จากการถอดบทเรียน พบว่าบุคลากรยังขาดทักษะในการสวมใส่ชุด PPE และขาดวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลไพรบึงจึงได้ดำเนินการแก้ไขปัญหา ดังนี้

1. จัดประชุมวิชาการเรื่องโรคโควิด-19 แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไพรบึงทุกคน (100%)

2. จัดฝึกปฏิบัติการสวมใส่อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองในขณะปฏิบัติงานแก่บุคลากร ทุกคน (100%)

3. จัดการซ้อมแผนรับมือสถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีบุคลากรเข้าร่วมซ้อมแผนรับสถานการณ์ครบทุกหน่วยงาน โดยแพทย์เป็นวิทยากรให้ความรู้ด้านวิชาการ มีการจัดเตรียมชุดปฏิบัติการเพื่อให้บริการโควิด-19 ในจุดสำคัญ เช่น ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน(ER) คลินิกผู้ป่วยนอก(OPD) ห้อง X-ray ห้องแยกโรค Negative pressure เป็นการซ้อมแผนเสมือนจริง มีการวางแผนจัดอัตรากำลังให้บริการที่จุดคัดกรองหน้าโรงพยาบาลไพรบึง

4.ด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้ดำเนินการจัดหาวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ เพื่อให้บริการทั้งในส่วน ofเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2.2 ระยะที่ 2 ช่วงที่มีการระบาดต่อเนื่อง

การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร และการเพิ่มศักยภาพบุคลากร และการบริหารจัดการเพื่อรับมือสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ในช่วงที่มีการระบาดต่อเนื่องและเริ่มรุนแรงขึ้น ศึกษาจากการถอดบทเรียนและพัฒนางานผ่านกระบวนการ PDCA ดังนี้

ในเดือน กรกฎาคม 2563 ได้มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 เข้ามารับบริการเพิ่มมากขึ้น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลไพรบึงได้ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์และดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านสถานที่ ได้จัดตั้งจุดคัดกรองด้านหน้า ที่หน้าอาคารผู้ป่วยนอก และจัดตั้งคลินิก Fever and ARI clinic ที่เป็นเอกเทศแยกออกจากอาคารผู้ป่วยนอก โดยไปใช้อาคารสหกรณ์เป็นที่ทำการ และให้เปิด Cohort ward เพื่อรองรับการ Admit ผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยให้ผู้ป่วยในโรคทั่วไปย้ายไปอยู่ที่อาคารแพทย์แผนไทย ทำการเปิด Cohort ward ครั้งแรกเปิดให้บริการ 41 เตียง

2. ด้านบุคลากร มีการแต่งตั้งและมอบหมายงานและจัดอัตรากำลังบุคลากรให้ประจำการในแต่ละจุดบริการ ดังนี้

2.1 จุดตรวจคัดกรองด้านหน้า ให้บริการตรวจคัดกรอง และตรวจการติดเชื้อ (Swab) มอบให้งานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) และงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ

2.2 คลินิกตรวจโรค Fever and ARI clinic ให้บริการตรวจโรคและจ่ายยารักษาพยาบาลในกรณีที่ไม่มีอาการรุนแรง หรือสั่ง Admit ผู้ป่วยในกรณีมีอาการรุนแรงต้องรักษาเป็นผู้ป่วยใน มอบให้งานผู้ป่วยนอก (OPD) และงานผู้ป่วยฉุกเฉิน (ER) เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ

2.3 Cohort ward ให้บริการรับผู้ป่วยโควิด-19 เข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน มอบให้งานผู้ป่วยในเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ

3. ด้านการพัฒนาบุคลากร ได้ดำเนินการดังนี้

3.1 ส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงาน การเปิดให้บริการ Cohort ward ที่โรงพยาบาลพยุห์ เพื่อศึกษารูปแบบและกลับมาเปิด Cohort ward ที่โรงพยาบาลไพรบึง

3.2 ทบทวนความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองของผู้ให้บริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

- ปัญหาที่พบ จากการถอดบทเรียนระยะที่ 2 พบว่า อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้บริการในแต่ละจุด

จุดตรวจคัดกรองด้านหน้า และจุดตรวจ Fever and ARI clinic มีอัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอที่จะให้บริการ

-การแก้ไขปัญหา

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพรบึง มอบนโยบายเกี่ยวกับการเกลี่ยอัตรากำลังบุคลากรในการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยให้มีการเกลี่ยอัตรากำลังจากหน่วยงานที่ไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด-19 มาช่วยปฏิบัติงาน ณ จุดบริการผู้ป่วยโรคโควิด-19 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลไพรบึงมีความเห็นชอบให้ปรับเกลี่ยอัตรากำลังบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ มาช่วยปฏิบัติงานโดยจัดเวรเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน 1 คน งานบริการฝากครรภ์ 1 คน งานห้องคลอด 1 คน งานห้องผ่าตัด 1 คน งานทันตกรรม 1 คน งานบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 คน และงานบริการผู้ป่วยนอก 1 คน งานควบคุมโรคติดต่อ 1 คน งานบริหารทั่วไป 1 คน รวม 10 คน โดยจัดเวรหมุนเวียนมาช่วยบริการ ณ จุดตรวจคัดกรองด้านหน้า

2. จัดอัตรากำลังบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ มาช่วยปฏิบัติงานที่จุด Fever and ARI clinic ดังนี้ งานบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน 1 คน งานบริการฝากครรภ์ 1 คน งานห้องคลอด 1 คน งานห้องผ่าตัด 1 คน งานทันตกรรม 1 คน งานบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 คน งานบริการผู้ป่วยนอก 1 คน งานเภสัชกรรม 2 คน งานควบคุมโรคติดต่อ 1 คน งานบริหารทั่วไป 1 คน งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 1 คน งานกายภาพบำบัด 1 คน งานแพทย์แผนไทย 1 คน รวม 14 คน โดยจัดเวรหมุนเวียนมาช่วยบริการ ณ จุดตรวจ ARI clinic โดยให้มีอัตราประจำจุดวันละไม่น้อยกว่าวันละ 7 คน

3. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสำหรับโรคและภัยสุขภาพและศูนย์ปฏิบัติการภาวะ

ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC) อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อดำเนินการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีการบูรณาการบุคลากรจากโรงพยาบาลไพรบึง จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ช่วยกันปฏิบัติหน้าที่ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพรบึงเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ ทั้งนี้ได้ดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งปกครองอำเภอไพรบึง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลตำบลไพรบึง เทศบาลตำบลสำโรงพลัน และ อบต.ทุกแห่ง) สถานีตำรวจภูธรไพรบึง และสถานการศึกษาทุกแห่ง เพื่อช่วยดำเนินการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

4. จัดอบรมทบทวนให้ความรู้เรื่องโควิด-19 และการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะให้บริการแก่บุคลากรทุกคนที่ออกปฏิบัติงาน

5. จัดให้ฝึกปฏิบัติการทำ Swab แก่บุคลากรที่ยังไม่มีทักษะให้สามารถดำเนินการจัดทำ Swab ได้อย่างถูกต้องวิธีวิธีการ และให้ช่วยบริการที่จุดตรวจคัดกรองด้านหน้า

2.3 ระยะที่ 3 ช่วงที่มีการระบาดรุนแรง (Peak) ในช่วงเดือน สิงหาคม – ตุลาคม 2564 อำเภอไพรบึง มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 เดินทางเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ให้บริการตรวจคัดกรองวันละสามร้อยกว่าคน มีผู้ป่วยที่นอนรักษาในตึก Cohort ward เต็มทุกเตียง 42 เตียง และยังมีผู้ป่วยที่นอนรออยู่ที่ศูนย์พักคอยการเข้ามา Admit ในโรงพยาบาลไพรบึงอีกเป็นจำนวนมาก คณะกรรมการ Emergency Operation Center (EOC) จึงได้ประชุมและมีมติให้เปิดโรงพยาบาลสนามจำนวน 2 แห่ง เพื่อรองรับการเข้านอนรักษาตัวของผู้ป่วยโรคโควิด-19 เป็นผู้ป่วยใน โดยทำการเปิดโรงพยาบาลสนามมหาวิทยาลัยไพรบึง ตั้งอยู่ที่วิทยาลัยเทคโนโลยีไพรบึง หมู่ที่ 15 ตำบลสำโรงพลัน จำนวน 51 เตียง และโรงพยาบาลสนามกฤษศิริวิทย ตั้งอยู่ที่โรงเรียนกฤษศิริวิทย ตำบลสำโรงพลัน จำนวนเตียง

60 เตียง รวมมีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน 153 เตียง จากการเปิดโรงพยาบาลสนามทั้ง 2 แห่ง ส่งผลให้โรงพยาบาล ไพรบึงขาดเจ้าหน้าที่พยาบาลที่จะไปประจำการให้บริการที่โรงพยาบาลสนาม จึงได้ขอรับการสนับสนุนบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง 4คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 7คน และเกลี้ยเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลไพรบึงเพิ่มเติมอีกจากกลุ่มงานการพยาบาล 4 คน บริการปฐมภูมิและองค์กรวม 2 คน จากกลุ่มงานเภสัชกรรม 2คน จากงานแพทย์แผนไทย 1คน และจากกลุ่มงานบริหารทั่วไป 4 คน รวม 24คน เพื่อปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม 2 แห่งๆละ 12คน โดยจัดเวรผลัดเปลี่ยนการขึ้นปฏิบัติงานเป็น 3 ผลัด ในช่วงนี้ เริ่มมีการเร่งรัดให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดไปมากกว่านี้และลดการแพร่ระบาดของโรคลง โดยโรงพยาบาลไพรบึง ได้จัดจุดให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งในโรงพยาบาลไพรบึง และนอกเขตโรงพยาบาลโดยจัดให้บริการที่หอประชุมอำเภอไพรบึง ส่งผลให้ต้องใช้อัตรากำลังบุคลากรเพิ่มมากขึ้นอีก โรงพยาบาลไพรบึง จึงได้จัดบุคลากรจากกลุ่มงานบริหารทั่วไป งานการเงินและบัญชี งานพัสดุ งานธุรการ งานทรัพยากรบุคคล งานซ่อมบำรุง งานยานพาหนะ และจากกลุ่มงานประกันสุขภาพ งานสารสนเทศ(IT) และพนักงานบริการทำความสะอาด พนักงานรักษาความปลอดภัย ให้ไปช่วยคัดกรอง ลงทะเบียน วัดสัญญาณชีพ และตรวจคัดกรอง Swab ณ จุดบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่หอประชุมอำเภอไพรบึง ด้วย

จากการถอดบทเรียนในระยะที่ 3 พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลไพรบึง จากหน่วยงานที่มีการเกลี้ยอัตรากำลังให้มาช่วยปฏิบัติงานงานบริการ ณ จุดตรวจคัดกรองด่านหน้า จุดตรวจโรค Fever and ARI clinic จุด Cohort ward และในโรงพยาบาลสนาม และจุดให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีความสามารถและมีทักษะในการให้บริการประชาชนที่มาใช้บริการ

ตรวจคัดกรองและรับการรักษาพยาบาลโรคโควิด-19 ได้เป็นอย่างดี โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการไม่มีการติดเชื้อโรคโควิด-19 เพิ่มอีกเลย และการเกลี้ยอัตรากำลังบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ ให้ไปช่วยปฏิบัติงานในจุดให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในแต่ละจุดนั้นก็ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของประจำของหน่วยงานเดิม หน่วยงานที่ถูกเกลี้ยเจ้าหน้าที่ให้ไปช่วยจุดให้บริการโรคโควิด-19 ยังคงสามารถปฏิบัติงานประจำได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนเดิม

การศึกษาในระยะที่ 3 ช่วงหลังเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มคลี่คลายลง อัตราการติดเชื้อ อัตราการป่วย และอัตราการตาย เริ่มลดลง ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้ครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้มีภูมิคุ้มกันโรคได้ในระดับหนึ่ง รัฐบาลไทยได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 สถานการณ์เริ่มคลี่คลายประชาชนเริ่มเดินทางและประกอบอาชีพของตนเองทั้ง ธุรกิจการค้า การท่องเที่ยวเริ่มฟื้นตัวขึ้น การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรของโรงพยาบาลไพรบึง ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ให้เจ้าหน้าที่กลับเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ประจำหน่วยงานของตนเอง ตามโครงสร้างของโรงพยาบาลไพรบึง แต่วัตถุกรรมที่เกิดขึ้นในหน่วยงานคือคือ วิถีชีวิตใหม่ของบุคลากร (New normal) มีการใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ไปรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และมีความตระหนักในการเฝ้าระวังการติดเชื้อมากยิ่งขึ้น มีการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการรับมือภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (โควิด-19) ของโรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรับมือภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลไพรบึง แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1.ระยะก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 2.ระยะเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งแบ่งเป็น 2.1)ระยะเริ่มการระบาดของโรคโควิด-19 2.2) ระยะเกิดการระบาดต่อเนื่อง 2.3) ระยะเกิดการระบาดรุนแรง 3. ระยะหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

1.ระยะก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลไพรบึงมีการจัดอัตรากำลังบุคลากรตามโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข แบ่งงานตามภารกิจออกเป็น 13 กลุ่มงาน ประกอบด้วย 1. กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 3.กลุ่มงานทันตกรรม 4. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค 5. กลุ่มงานการแพทย์ 6. กลุ่มงานโชนศาสตร์ 7. กลุ่มงานรังสีวิทยา 8. กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ 9. กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม 10. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 11. กลุ่มงานการพยาบาล ประกอบด้วย 11.1 งานบริการผู้ป่วยนอก 11.2 งานบริการผู้ป่วยฉุกเฉินและนิติเวช 11.3 งานบริการผู้ป่วยใน 11.4 งานห้องคลอด 11.5 งานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล 11.6 งานหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง 12. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 13.กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด มีบุคลากรทุกสายงานรวมกันจำนวน 170 คน ซึ่งในภาพรวมมีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงานสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยกเว้น งานรังสีวิทยาที่ขาดแคลนบุคลากรเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่ 2คน เป็นลูกจ้าง พกส.ตำแหน่งพนักงานบริการ ส่วนนักรังสีวิทยาอยู่ระหว่างการส่งทุนให้ศึกษาจะจบมาในปี 2568

2. ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19: ซึ่งมี 3 ระยะคือ ช่วงเริ่มการระบาด ได้มีการถอดบทเรียนจากผู้ป่วยรายแรกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลไพรบึง ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหา ด้านบุคลากร โดยจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และฝึกทักษะในการสวมใส่ชุด PPE และซ้อมแผนรับสถานการณ์โรคโควิด-19 และเร่งจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ยังขาดแคลนในการให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด-19 ต่อมาได้เริ่มมีการระบาดต่อเนื่องซึ่งเป็นระยะที่ 2 ได้มีการส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงานรูปแบบการเปิด Cohort ward ที่โรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ แล้วกลับมาเปิด Cohort ward ที่โรงพยาบาลไพรบึง จำนวน 42 เตียง มีการจัดตั้งจุดบริการตรวจคัดกรองด้านหน้า และจัดตรวจ Fever and ARI clinic มีปัญหาเรื่องอัตรากำลังบุคลากรที่จุดตรวจด้านหน้า และจุดตรวจ Fever and ARI clinic ไม่เพียงพอ จึงได้เกลี้ยอัตรากำลังบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ มาช่วยปฏิบัติงาน จากงานบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน งานบริการฝากครรภ์ งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานทันตกรรม งานบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานบริการผู้ป่วยนอก งานเภสัชกรรม กลุ่มงานบริหารทั่วไป งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทย และแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสำหรับโรคและภัยสุขภาพและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC) อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

ในระยะที่ 3 ที่มีการระบาดรุนแรง ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม 2 แห่ง จำนวน 111เตียง อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้บริการไม่เพียงพอจึงได้ขอรับการสนับสนุนบุคลากรจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ในอำเภอไพรบึง มาช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม และในช่วงนี้มีการรณรงค์เร่งฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โรงพยาบาลไพรบึง ได้ตั้งจุด

ให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชนทั้งในโรงพยาบาลและนอกเขตโรงพยาบาลคือ ที่หอประชุมอำเภอไพรบึง บุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จึงได้จัดบุคลากรจากกลุ่มงานบริหารทั่วไป งานประกันสุขภาพ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานแพทย์แผนไทย ไปช่วยให้บริการที่จุดฉีดวัคซีนดังกล่าว ในการเกลี่ยอัตรากำลังบุคลากรเพื่อให้ไปช่วยบริการผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในแต่ละจุดนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำของหน่วยงานเดิม หน่วยงานที่ถูกเกลี่ยเจ้าหน้าที่ให้ไปช่วยจุดให้บริการโรคโควิด-19 ยังคงสามารถปฏิบัติงานประจำได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนเดิม

3. ช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มคลี่คลายลง อัตราการติดเชื้อ อัตราการป่วย และอัตราตาย เริ่มลดลง ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้ครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้มีภูมิคุ้มกันโรคได้ในระดับหนึ่ง รัฐบาลไทยได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 สถานการณ์เริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ โรงพยาบาลไพรบึง จึงได้ให้เจ้าหน้าที่ที่ไปช่วยงาน ณ จุดบริการโรคโควิด-19 กลับไปปฏิบัติงานตามหน่วยงานเดิม

กิจกรรมที่ใช้ในการพัฒนาบุคลากร ใช้การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 การฝึกปฏิบัติในการสวมใส่อุปกรณ์ การฝึกปฏิบัติการทำ Swab การศึกษาดูงานการเปิด Cohort ward จากโรงพยาบาลพุก การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน การให้คำปรึกษาแนะนำในการระหว่างปฏิบัติงาน

ผลการประเมินความพึงพอใจ ของบุคลากร โรงพยาบาลไพรบึง ในการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร เพื่อรับมือภาวะวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 โดยประเมินความพึงพอใจจากเจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนที่ถูกเกลี่ยให้ไปช่วยบริการ ณ จุดบริการโรคโควิด-19 และเจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำการปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิมรวม 124 คน พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจระดับมากที่สุดคือ ด้านยินดีและเต็มใจในการ

ให้บริการตามที่ได้รับมอบหมาย และการได้รับคำปรึกษาจากทีมประสานงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ(IC) งานสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT) ในด้านมีความพึงพอใจน้อยที่สุดได้แก่ ด้านเพียงพอและความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือในการปฏิบัติงาน และด้านการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงาน

-ปัญหาในการปฏิบัติงาน

มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 จากการปฏิบัติงานจำนวน 4 คน ประกอบด้วย พยาบาลติดจากการทำคลอด 1 คน พยาบาลให้บริการในคลินิก Fever and ARI 1 คน เจ้าหน้าที่ให้บริการที่จุดตรวจ Swab 2 คน จากการทบทวนปัจจัยที่ทำให้เจ้าหน้าที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สวมใส่อุปกรณ์ในการป้องกันไม่ถูกต้องในขณะที่ให้บริการผู้ป่วยโควิด-19 และมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำจุดให้บริการ Swab ปฏิบัติงานประจำตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ มีเพียงชุดเดียว เวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ

-การแก้ไขปัญหา

1.หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน ได้ออกนิเทศกำกับติดตามการสวมใส่อุปกรณ์ชุดป้องกันตัวเองของเจ้าหน้าที่ตามภาระงานให้ได้ครบ 100% ในขณะให้บริการผู้ป่วยโควิด-19

2. ได้จัดฝึกอบรมเพิ่มศักยภาพให้เจ้าหน้าที่บริเวณจุดให้บริการตรวจ Swab โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจำนวน 2 ชุด และจัดเวลาพักผ่อนเหมือนกับเจ้าหน้าที่ให้บริการใน Cohort ward ปฏิบัติงานติดต่อกันไม่เกิน 14 วันแล้วให้พัก 3-5 วัน และให้ตรวจคัดกรองเชื้อโรคโควิด-19 ก่อนและหลังปฏิบัติงานที่มีการหมั่นเวียนเจ้าหน้าที่ในแต่ละผลัด

สรุป การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร และการเพิ่มศักยภาพบุคลากรเพื่อรับมือภาวะวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลไพรบึง ในขณะที่มีการระบาดรุนแรง ได้มีการปรับเปลี่ยนอัตรากำลังบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ ภายใน

โรงพยาบาล ให้มาช่วยปฏิบัติงานตามจุดบริการที่ขาดแคลนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และขอรับการสนับสนุนบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ให้มาช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีการบริหารจัดการสมัยใหม่ (Modern management concept) และทฤษฎีแนวคิดเชิงระบบของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) โดยบุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.จากผลการวิจัย ควรมีการจัดทำแผนการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากร เพื่อรองรับสถานการณ์ภาวะวิกฤตฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ให้ชัดเจน และให้มีการซ้อมแผนรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นประจำ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ และมีทักษะในการปฏิบัติงานได้อย่างหลากหลาย ในการรับมือเมื่อเกิดสถานการณ์ภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ซึ่งบุคลากรแต่ละคน ควรจะมีความรู้ความสามารถในหลายๆด้าน เพื่อให้การบริหารจัดการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน มีประสิทธิภาพและตอบสนองได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์

2. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรวิจัยการประเมินสมรรถนะการสื่อสาร (Communication : CM) ของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานภาวะวิกฤต และรูปแบบการพัฒนาการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และปรับตัวเมื่อเกิดภาวะวิกฤตทางการแพทย์และการสาธารณสุขหรือภาวะวิกฤตด้านอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้บริหารโรงพยาบาลไพรบึง หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน และบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาแนะนำ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่สนับสนุนช่วยเหลือให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564) โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) สถานการณ์ในประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563) แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด19. ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/gother/gother02.pdf>.
- จุมพล หนิมพานิช. (2551) การวิจัยเชิงคุณภาพในทางรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงศธร พิทักษ์กำพล. (2540) การบริหารงานบุคคลและการพัฒนาบุคลากรและเทคนิคการบริหารบุคคล.เอกสารการสอนภาควิชาการบริหารการศึกษา : คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏเชียงราย.
- ไพโรจน์ ภัทรนรากุล. (2547) กลยุทธ์การจัดการและการปรับตัวขององค์กรในสภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค. (2563) รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situationno179-300663.pdf>.

สุรางค์ จันทวานิช. (2546). วิธีการเก็บข้อมูลในการ
วิจัยเชิงคุณภาพ. คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อ
งานพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 4 : สถาบันวิจัยและ
พัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Herbane. B. (2010) Small business research-
time for a crisis-based view.
International Small Business Journal,
28(1). 43-64, 2010.

Petre. J.Eng. (2020) Novel Coronavirus (COVID-
19). World Health Organization.
World Health Organization &
International Council of Nurse.
(2009). ICN framework of disaster
nursing competencies.
Geneva: Western pacific region.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประสิทธิ์ ชมชื่น¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 203 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่าง 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 30 สิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบพหุคูณโดยใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression และการประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยจิตเวช 4.89 เท่า (AOR=4.89, 95%CI=1.27-18.78) ผู้สูงอายุที่ได้รับปัจจัยทางจิตวิทยาที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับปัจจัยทางจิตวิทยาที่ไม่ดี 0.94 เท่า (AOR=0.06, 95%CI=0.02-0.15) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี 0.76 เท่า (AOR=0.24, 95%CI=0.10-0.59) และผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี 9.54 เท่า (AOR=9.54, 95%CI=3.41-26.6) จากผลการวิจัยการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว

คำสำคัญ: ปัจจัย ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail : pchomchuen@hotmail.co.th

Predicting Factors of Depression among the Elderly in Phayu Subdistrict, Phayu District, Sisaket Province

Prasit Chomchuen¹

Abstract

This analytical cross-sectional research aimed to study the predicting factors of depression among the elderly in Phayu subdistrict, Phayu district, Sisaket province, involving 203 people. Data were collected between July 1, 2023, and August 31, 2023, using a questionnaire created by the researcher. Descriptive statistics were employed to analyze the data, presenting frequency, percentage, mean, standard deviation, median, 25th, and 75th percentiles. Inferential statistics, including multiple logistic regression analysis and estimation of the adjusted odds ratio with a 95% confidence interval, were utilized to examine the predicting factors of depression among the elderly in Phayu subdistrict, Phayu district, Sisaket province. The significance level was set at 0.05. The findings revealed that elderly people living in families with psychiatric patients are 4.89 times more likely to experience depression than those living in families without psychiatric patients (AOR=4.89, 95% CI=1.27-18.78). Additionally, elderly individuals with good psychological well-being are 0.94 times less likely to experience depression compared to those with poor psychological well-being (AOR=0.06, 95% CI=0.02-0.15). Furthermore, elderly people who engage in healthy behaviors are 0.76 times less likely to experience depression than those with poor health habits (AOR=0.24, 95% CI=0.10-0.59). Lastly, elderly individuals who have difficulty performing daily activities are 9.54 times more likely to experience depression than those who can perform daily activities well (AOR=9.54, 95% CI=3.41-26.6). Based on the research results, it is crucial to focus on these factors for the prevention of depression among the elderly in Phayu subdistrict, Phayu district, Sisaket province.

Keyword: Factor, Depression, Elderly

¹Phayu Subdistrict Health Promoting Hospital, Phayu District, Sisaket Province. Email: pchomchuen@hotmail.co.th

บทนำ

ประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) คาดการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัว โดยมีจำนวนกว่า 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก และ ปี ค.ศ. 2100 ผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีร้อยละ 30 ของประชากรโลก (United Nations, 2018) อาจเพิ่มเป็น 8,000 ล้านคน ในปี พุทธศักราช 2568 และอาจถึง 9,352 ล้านคน ในปี พุทธศักราช 2593 ซึ่งจะเกิน 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด (ไพโรจน์ วงศ์วิวัฒน์, 2561) ปี 2563 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุกว่า 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 15.28) และในอีก 10 ปีข้างหน้า (2573) จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว (Wongpoom, Sukying, & Udomsubpayakul, 2011) เมื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุเด็ก การเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางกาย จิต วิถีชีวิต ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่แฝงอยู่ในตัว และจะถูกกระตุ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิต (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า แต่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ (Srisaenpang, 2018) องค์การอนามัยโลกพบสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก (World Health Organization [WHO], 2017)

การสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วิธีการดำเนินชีวิต การพลัดพราก

การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง เกิดการปรับตัวในการดำรงชีวิตหลายอย่าง การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อมีความเสื่อมทางร่างกายจะเกิดการเจ็บป่วย เกิดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นภาระในการจัดการระบบสุขภาพและสังคมในทั่วโลก (National Institute on Ageing, National Institute of Health, 2011) การคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติ โครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 และประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสมบูรณ์ และจากศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโลกที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization, 2015) ด้านความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลงจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และในทางกลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้ามลดลงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น (Beck AT, 1967) จากการศึกษาของ Kelley Orth et. Al. (2009) และคณะได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำก็จะมีเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง องค์การอนามัยโลกได้อธิบายผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงที่สุดอาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2018) เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Live with Disability: YLD) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ทางด้านการ

สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) และภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่งในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและประเทศที่มีรายได้สูง คิดเป็นร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับ ประเทศไทย ปัญหาภาวะซึมเศร่ายังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญ ก่อความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิง และอันดับที่ 9 ในเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 1 และจำนวนปีที่สูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นสาเหตุการสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 2 ในเพศชาย ผู้สูงอายุไทยพบภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับที่ 10 ในเพศชายและอันดับที่ 5 ในเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีมากและหลากหลาย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพและวิถีชีวิต ความเชื่อและทัศนคติ ความเครียด เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิหมา ธรรมเจริญ และคณะ, 2564) เพศ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2564) ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เช่น อายุ สถานะภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การทะเลาะเบาะแว้ง ความพึงพอใจเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้าวัดเพื่อร่วมกิจกรรมทางศาสนา (พิทยุต์ม์ คงพ่วง และคณะ, 2564) ปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (ฐิติรัตน์ ช่างทอง และคณะ, 2564) ความหวาดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถานภาพ

สมรส โรคประจำตัว และความผาสุกทางใจ เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (พรทิพย์ แก้วสว่าง, 2564)

สถานการณ์ผู้สูงอายุของตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น 3,918 คน มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2566 จำนวน 956 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 ของประชากรทั้งหมด พบผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก โดยมีผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ส่วนมากจะมาจากปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียด ร้อยละ 10.2 วัดกังวลเรื่องการอยู่อาศัยร้อยละ 34.0 มีภาวะเบื่อหน่ายร้อยละ 42.5 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.8 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยุห์, 2565) จากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและครอบครัว การเป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ รวมถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบการยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้รู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและนำไปใช้การวางแผนป้องกันและแก้ไข ปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะทาง

ร.ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
ครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย
ป่วย ผิดแลเหล่หลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวช

ตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

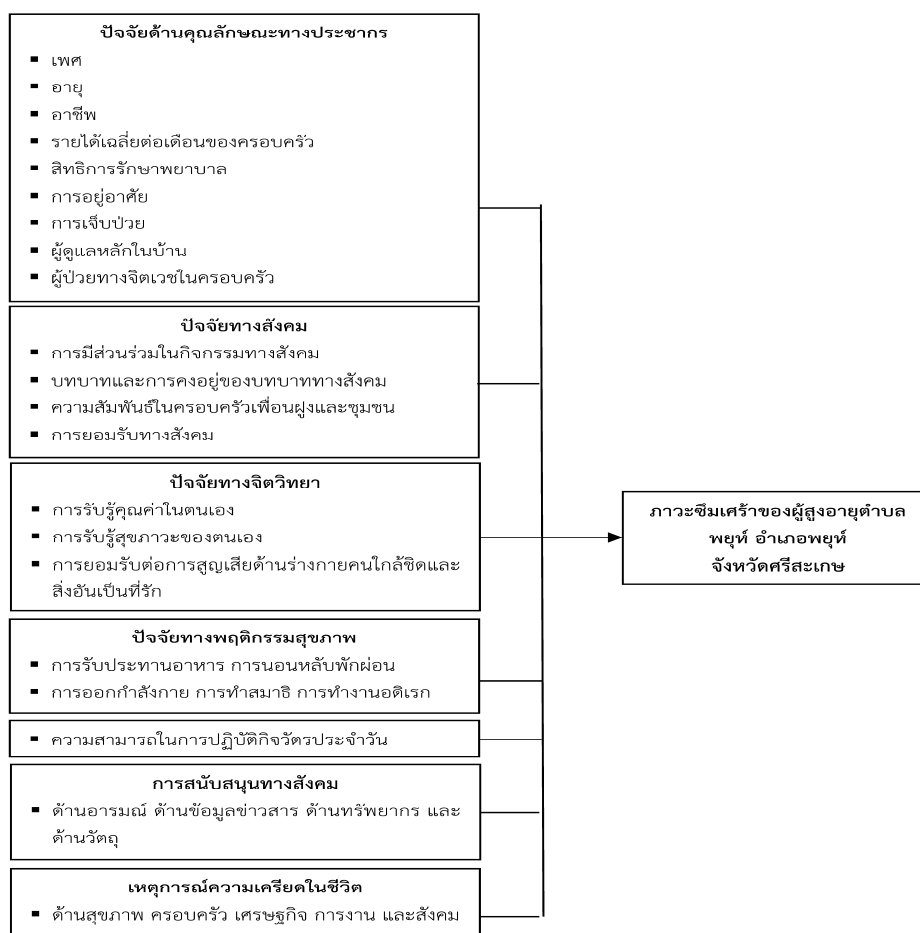
2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทาง

ก. ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



รูปที่ 1 กรอบแนวความคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 956 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ มี 2 กลุ่ม ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 30 สิงหาคม 2566 จำนวน 956 คน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เพื่อใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง สามารถกำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่สร้างจากสูตรของ Cohen (1997) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการใช้โปรแกรม G*Power ดังนี้

3.2.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Hsieh, Bloch, & Larsen, 1998) มีรายละเอียดดังนี้

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

จากการศึกษาของปิติคุณ เสดะปุระ และคณะ (2565) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 ดังนี้

P_0 = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.4431

P_1 = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปี มีภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.7480

B = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป เท่ากับ 0.3983

P = สัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษาคำนวณจาก

$$[(1-B)*P_0] + (B*P_1) = 0.5617$$

α = ระดับนัยสำคัญ กำหนด 0.05

$Z_{1-\alpha}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน มีค่า เท่ากับ 1.96

β = อำนาจการทดสอบ กำหนด 0.20

$Z_{1-\beta}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 0.84

แทนค่าลงในสูตรได้

$$n = \frac{0.5617(1-0.5617)(1.96+0.84)^2}{[0.3983(1-0.3983)(0.4431-0.7480)^2]}$$

$$n = 194.28 \approx 195 \text{ คน}$$

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายตัว จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ Multiple logistic regression) (Hsieh, et al, 1998) ดังนี้

$$n p = \frac{n_1}{1 - \rho^2_{1,2,3,\dots,p}}$$

$n p$ = ขนาดตัวอย่างที่ปรับด้วย ρ

n_1 = ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ได้จากการคำนวณ

$\rho_{1,2,3,\dots,p}$ = Multiple correlation

coefficients หรือ ค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุ ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่เหลือ

ρ	np (ปรับขนาดตัวอย่าง)
0.1	197
0.2	203
0.3	214
0.4	232
0.5	260
0.6	305
0.7	382
0.8	542
0.9	1026

ผู้วิจัยเลือก $\rho = 0.2$ ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วเท่ากับ 203 คน คณะผู้วิจัยเก็บตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุแต่ละตำบลได้ตัวอย่างจำนวน 203 คน

2.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 1) เป็นผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 2) ไม่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและมีภาวะอื่นแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าหรือไม่สามารถสื่อสารได้ 3) ยินดีร่วมโครงการวิจัย

2.2.3 เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) เกิดการเจ็บป่วยในช่วงของการเก็บข้อมูล เช่น ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงจนไม่สามารถร่วมโครงการได้

2.2.4 ระยะเวลาการเก็บข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยทำการเก็บตัวอย่างระหว่าง 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 30 สิงหาคม 2566 โดยเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางจิตวิทยา จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 8 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) จำนวน 30 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด คือ ผู้สูงอายุตำบลพยุห์

สวัสดี อำเภอยุทธ์ จังหวัดศรีสะเกษ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้านปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา และด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยการวิเคราะห์หาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นแล้วได้ค่าความเชื่อมั่นด้านปัจจัยทางสังคม เท่ากับ 0.84 ปัจจัยทางจิตวิทยา เท่ากับ 0.86 ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.87 ด้านการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.87 ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 0.81 และด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เท่ากับ 0.83 ตามลำดับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics)

2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์รายตัวแปร (Univariate Analysis) โดยทำการวิเคราะห์ Binary logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ของ Crud Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เพื่อคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนาย

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายของตัวแปรต้นต่าง ๆ กับตัวแปรตามโดยทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนหลายตัวแปร multiple logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-105 ลงวันที่ 9 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.5 มีอายุเฉลี่ย 67.38 ปี (S.D.=6.04 ปี) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.4 มีมัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 4,000 บาท (P25=3,800 บาท: P75=5,000 บาท) อาศัยอยู่กับอยู่กับบุตร ร้อยละ 98.9 ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ลูกดูแล ร้อยละ 37.2 และในครอบครัวไม่มีผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 96.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.2 มีอายุเฉลี่ย 65.93 ปี (S.D.=6.04 ปี) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.4 มีมัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 4,500 บาท (P25=600 บาท : P75=10,000 บาท) อาศัยอยู่กับอยู่กับบุตร ร้อยละ 91.7 มี ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ลูกดูแล ร้อยละ 54.1 และในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 72.5 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอยุทธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอยุทธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยจิตเวช 4.89 เท่า (AOR=4.89, 95%CI=1.27-18.78) ผู้สูงอายุที่ได้รับปัจจัยทางจิตวิทยาที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับปัจจัยทางจิตวิทยาที่ไม่ดี 0.94 เท่า (AOR=0.06, 95%CI=0.02-0.15) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีมีโอกาสเกิดภาวะ

ซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ประจําวันได้ดี 9.54 เท่า (AOR=9.54, 95%CI=3.41-0.76 เท่า (AOR=0.24, 95%CI=0.10-0.59) และ 26.6) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจําวันได้น้อยมีโอกาส ความสัมพันธ์ รายละเอียดตามตารางที่ 1 เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติกิจวัตร

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		OR _{Crude} (95 %CI)	OR _{adj} (95 %CI)	P-value
	ไม่ซึมเศร้า(%)	ซึมเศร้า(%)			
เพศ					
หญิง	39	39	1.51(0.56-4.06)	1.69(0.73-3.90)	0.219
ชาย	70	55			
อายุ (ปี)					
≤ 65 ปี	63	53	1.58(0.61-4.10)	1.71(0.73-4.02)	0.216
> 65 ปีขึ้นไป	46	41			
อาชีพ					
เกษตรกร	85	52	1.38(0.50-3.76)	1.36(0.50-3.70)	0.544
อาชีพอื่น	24	42			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว					
≤ 4,000 บาท	55	52	0.98(0.40-2.37)	0.98(0.40-2.37)	0.972
> 4,000 บาท	54	42			
การอยู่อาศัย					
คนอื่น	41	21	0.31(0.09-1.02)	0.29(0.10-0.86)	0.027
ญาติ	68	73			
ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง					
มีผู้ดูแล	78	65	0.68(0.25-1.85)	0.679(0.25-1.79)	0.435
ช่วยเหลือตัวเองได้	31	29			
ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่					
มี	79	91	3.46(0.85-14.07)	4.89(1.27-18.78)	0.021
ไม่มี	30	3			
ปัจจัยทางสังคม					
ไม่ดี	103	87	0.23(0.04-1.20)	0.20(0.04-1.03)	0.211
ดี	6	7			

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		OR _{Crude} (95 %CI)	OR _{adj} (95 %CI)	P-value
	ไม่ซึมเศร้า(%)	ซึมเศร้า(%)			
ปัจจัยทางจิตวิทยา					
ดี	93	29	0.05(0.02-1.68)	0.06(0.02-0.15)	<0.001
ไม่ดี	16	65			
พฤติกรรมสุขภาพ					
ดี	56	12	0.20(0.07-0.57)	0.24(0.10-0.59)	0.002
ไม่ดี	53	82			
การสนับสนุนทางสังคม					
น้อย	5	2	2.29(0.25-20.53)	2.21(0.25-20.40)	0.245
มาก	104	92			
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
ทำได้น้อย	11	23	17.31(4.65-64.50)	9.54(3.41-26.6)	<0.001
ทำได้ดี	98	71			
ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา					
น้อย	90	63	0.82(0.24-2.84)	0.82(0.24-2.84)	0.758
มาก	19	31			

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ อาจ เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่มีผู้ป่วย จิตเวชจะมีความแตกต่างจากครอบครัวปกติ อาจมี ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ของครอบครัวมีน้อย มีกฎระเบียบมากกว่าครอบครัว อื่น ๆ และอาจมีความเครียดในการอยู่ร่วมกัน ในครอบครัวมากกว่าปกติส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์ (2561) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการ ซึมเศร้าร้อยละ 4.3 ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้แก่

การมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะ ซึมเศร้า 40.6 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่คิดว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการ เป็นโรคเบาหวาน (95% CI 8.0-203.7) การมีโรค ความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 0.8 เท่า (95% CI 0.3-0.9) และผู้มีประวัติคนในครอบครัว มีภาวะเป็นโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 5.6 เท่า (95%CI 1.1-28.6) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีผล ต่อภาวะซึมเศร้า 0.5 เท่า (95% CI 1.1-2.8) ระดับ Diastolic Blood Pressure ที่สูงเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 1.8เท่า(95% CI1.0-1.2)ความวิตกกังวลเรื่องเงินมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 0.5 เท่า (95% CI 0.1-1.5) และ ระดับ HbA1C มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 2.7 เท่า (95% CI 1.0-1.3) และ WHO European Region (2016) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ด้านจิตสังคม และ ด้านสังคม เช่น

ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ผู้ที่ยากจน ถูกคุกคาม การแยกตัวจากสังคม ตัดยา มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคจิต เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และโรคเรื้อรัง ซึ่งแต่ละปัจจัยมีผลต่อด้านจิตใจ และยังมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นยังต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และความยืดหยุ่น

ปัจจัยทางจิตวิทยาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัด ศรีสะเกษเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความอ่อนไหวง่าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเริ่มลดลงจากการที่คนในสังคมชุมชนให้ความสำคัญน้อยลง ตลอดจนผู้สูงอายุหลายคนยังไม่สามารถปรับตัวเพื่อรองรับการเข้าสู่ผู้สูงอายุยังไม่ได้ มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ความรู้สึกเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบจิตใจก็จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบส่งผลให้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ WHO European Region (2016) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ด้านจิตสังคม และ ด้านสังคม เช่น ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ผู้ที่ยากจน ถูกคุกคาม การแยกตัวจากสังคม ตัดยา มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคจิต เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และโรคเรื้อรัง ซึ่งแต่ละปัจจัยมีผลต่อด้านจิตใจ และยังมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นยังต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และความยืดหยุ่น ลาวัลย์ พิกุล (2557) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง การเห็นอำนาจตนเอง การเห็นความสามารถของตนเอง และการเห็นคุณค่าความดีของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และธนา คลองงาม (2564) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ คือ ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียด ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านอายุ และ ปัจจัยทางสังคม

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัด ศรีสะเกษเนื่องจากสุขภาพเป็นปัจจัยหลักของความสุขในผู้สูงอายุและของทุกคน เมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุคือความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มีความยากลำบากมากขึ้น เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้มีความเปลี่ยนแปลงไป การรับประทานอาหารไม่อร่อยเท่าเดิม ออกกำลังกายได้น้อยลง เดินทางได้ในระยะทางที่ไม่ไกลนัก กิจกรรมต่างเริ่มลดลงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของวิชาการณ คันทะมูล และคณะ (2559) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ บทบาททางสังคม การรับรู้สภาวะสุขภาพของตน พฤติกรรมสุขภาพ เพศระดับการศึกษา และ อาชีพ มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 67 และสุรเดชช ษะเดช (2562) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัด ศรีสะเกษ คือ พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยทางจิตวิทยา

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัด ศรีสะเกษเนื่องจากการช่วยเหลือตัวเอง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นเป็นเรื่องจำเป็น การดำเนินชีวิตหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหากไม่สามารถทำด้วยตัวเองต้องรอคนอื่นมาให้ความช่วยเหลือ เช่น การเข้าห้องน้ำ การหยิบจับสิ่งของ การเดิน การรับประทานอาหาร หากไม่สามารถทำด้วยตนเองแล้วย่อมเกิดความเครียดที่ส่งผลต่อภาวะ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ (2564) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ เพศ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พิทยุตม์ คงพ่วง และคณะ (2564) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุและสถานภาพสมรส การมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต การเจ็บป่วยมีโรคประจำ ความสามารถในการเดินทางได้ด้วยตนเอง ความสามารถในการเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 พรทิพย์ แก้วสว่าง (2564) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด คือ ความว่าเหว รองลงมา คือ เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และความผาสุกทางใจ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) จากผลการวิจัย พบว่า การอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยทางจิตวิทยา พฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์ควรให้ความสำคัญกับครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยจิตเวช การให้คุณค่าการรับรู้สภาวะของตนเอง การยอมรับต่อการสูญเสียด้านร่างกายคนใกล้ชิดและสิ่งอันเป็นที่รัก ตลอดจนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2) ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ดีและการมีพฤติกรรมสุขภาพดีเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้เกิดปัจจัยดังกล่าวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ แนวคิด ทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบเพื่อให้ได้รูปแบบที่เป็นแนวทางการป้องกันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีประสิทธิผล

2) สร้างโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ป้องกันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

- ฐิติรัตน์ ช่างทอง และ เกษตรชัย และทีม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565.
- ธนา คลองงาม. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 เดือน มกราคม ถึง เมษายน 2564.
- ปิตุคุณ เสตะปุระ และ ญัฐธฤต ไชยสงคราม. (2565). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564.

- วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 3
กันยายน-ธันวาคม 2565.
- พรทิพย์ แก้วสว่าง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน
อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสาร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ปีที่ 19 เล่มที่
1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2564.
- พิทยุทธ์ คงพ่วง พิมพ์พรรณ อำพันธ์ทอง วชิร เพ็ช
รวงษ์ และ สุนันทรา ขำนวนทอง. (2564). ปัจจัย
ด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วน
ตำบลวังลึก อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี.
วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ ปี
ที่ 6 ฉบับที่ 11 (พฤศจิกายน 2564).
- ไพโรจน์ วงศ์วิวัฒน์. (2561). สังคมผู้สูงอายุ: เราจะ
เตรียมรับมือกันอย่างไร. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่
10 มีนาคม 2564), แหล่งสืบค้น
[http://www.bangkokbank.com/download/
EX_Aging_Society_TH.pdf](http://www.bangkokbank.com/download/EX_Aging_Society_TH.pdf)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยุห์. (2565).
สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2565.
- ลาวัลย์ พิภู. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็น
คุณค่าตนเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิชัย เอกพลกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชน
ไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ฉบับ "สุขภาพ
เด็ก พ.ศ. 2551-52, นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิ
โก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2551.
- วิชากรณ์ คันทะมูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์.
(2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการ
เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน.
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ปีที่
10 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน – ธันวาคม
2559.
- วิมา ธรรมเจริญ นิตินัย เจริญงาม ญาดาภา โชติ
ติลก และ นิตยา ทองหนูน้อย. (2564). ปัจจัยที่
สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอท่า
ใหม่ จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยรำไพพรรณี ปีที่
15 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564.
- สุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์. (2561). ความชุกของภาวะ
ซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในโรงพยาบาลละหาน
ทราย อำเภอละหานทราย. วารสารการแพทย์
โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ ที่ 33
ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2561
- สุรเดช ขวเดช. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน
จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และ
สาธารณสุข วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการ
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ปีที่ 2
ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2562.
- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ ญัฐปภัสน์ นวลสีทอง ฒลวรรณ
สวัสดิ์สิงห์ และ ฐาติมา เพชรน้อย. (2564). ปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
ชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสาร
พยาบาล, ปีที่ 70 ฉบับที่ 4, 20-27, 2564.
- Beck AT. Depression: Clinic, experimental and
theoretical aspects. New York: Hoeber
Medical Division; 1967.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G.
(1997). Cognitive therapy of depression.
New York: The Guilford Press.
- Cohen, H.G., Staley, F.A. and Willis J. H. 1989.
Teaching Science As A Decision Making
Process. 2" ed. Iowa : Kendall/ Hunt
Publishing Company.

- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17, 1623-1634.
- Kelley Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J. Schmitt M. Low self-esteem is a psucho. 2009; 118(3): 472-8.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management (clinical guideline 103) . Published July 2010. Accessed at www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf on 3 May 2011.
- Srisaenpang P. (2018) . Depression in older persons: Comprehensive nursing. *Nursing Science and Health*, 41(1), 129-140.
- United Nations. (2018) . World population prospects the 2017 revision volume I: Comprehensive tables. Retrieved from [http:// www.un.org/ en/ development/ desa /population](http://www.un.org/en/development/desa/population)
- Wongpoom, T. , Sukying C. , & Udomsubpayakul, U. (2011). Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. *Psychiatr Assoc Thailand*, 56(2), 103-116.
- World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from [http:// www.who.int/topict/depression/en](http://www.who.int/topict/depression/en); 2015.
- World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from [http:// www.whe. int/topict/depression/en](http://www.whe.int/topict/depression/en); 2018.
- World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from [http:// ww.whe.int/topict/depression/en](http://www.whe.int/topict/depression/en); 2017.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2016). Core health indicators in the WHO European Region 2016: special focus: 2030 Agenda for Sustainable Development. World Health Organization. Regional Office for Europe. [https://iris.who.int/handle/10665/ 370567](https://iris.who.int/handle/10665/370567)

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

รังสรรค์ ศรีคราม¹, สุนทรทิพย์ บัวแดง²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน - กันยายน 2566 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 110 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินรูปแบบได้แก่ ประชาชนในเขตตำบลคู อำเภอกันทรารมย์ จำนวน 90 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 2 วนรอบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบอุปนัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย ค่าสถิติ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ คือ UN3CRA Model ประกอบด้วย 1) Unity district Health Team: มีกลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็ง เชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อกับทุกหน่วยงานในระดับอำเภอ 2) Network: การสร้างความร่วมมือของภาคีหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนในระดับพื้นที่ 3) Communication: การสื่อสารที่ชัดเจน มีชุดข้อมูลที่ประชาชนเข้าถึงได้ ถูกต้องทันต่อสถานการณ์ 4) Community Participation: ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ การวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล 5) Customer Focus: การกำหนดกิจกรรมที่ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่งผลให้ขนาดของปัญหาลดลง 6) Resource Sharing and Human Development : การแบ่งปันทรัพยากร ทั้ง คน เงิน วัสดุ และพัฒนานคนในองค์กรให้มีสมรรถนะในการแก้ไขปัญหาด้านอุบัติเหตุการจราจรที่มีประสิทธิภาพ 7) Appreciation : การชื่นชมคนในองค์กรเมื่อปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข สร้างคุณค่าคนจากการปฏิบัติงานและเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างสม่ำเสมอในการประชุมทุกเดือน เปิดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์คนเก่ง คนดีและคนมีจิตอาสาพัฒนางาน ผลการประเมินรูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและคะแนนด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุในกลุ่มประชาชนได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : รูปแบบ, การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: rangsansrisa@gmail.com

²อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

Model of development of a road traffic prevention and control model by using the mechanism of the District health Board Kantararom District, Sisaket Province

Rungsan Sricram¹, Sukhontip Buadang²

Abstracts

The purpose of this participatory action research is to develop a model for road traffic prevention and control through a participatory process through the District Health Board (DHS), Kanthararom District. Sisaket Province Conducted during June - September 2023. Co-researchers include: Those who developed the model include: District Health Board, performed 4 steps: planning, practice, observation, and reflection on the results of 2 cycles. Inductive qualitative data analysis. quantitative data analysis by using frequency, percentage, standard deviation and mean, pair t-test.

The results of the study found that the model for preventing injuries from road traffic using the mechanism of the District Health Board(DHS) Kanrarom District, Sisaket Province was the UN3CRA Model consisting of 1) Unity district Health Team: A comprehensive committee mechanism exists at the district level. seamlessly connected to all district-level departments. 2) Network: Encouraging collaboration amongst all branches of government. Public and private In the neighborhood Communication: straightforward interaction Public access to a dataset is available. Accurate and current with the context 4) Community Involvement: The community is involved from the start of the information-gathering process. Make use of data for operations, planning, analysis, and evaluation. 5) Customer Focus: Planning actions that cater to the target audience's needs. Contribute to modifying desirable behavior causing the size of the issue has be reduced. 6) Resource Sharing and Human Development: Developing people inside the organization to be able to successfully address the issues associated with traffic accidents. Resources include people money and resources. 7) Appreciation: When such issues are overcome, show gratitude to the organization's members. Build people's worth based on their output, and consistently boost their motivation at monthly meetings. Create a forum where talented individuals can share their experiences. Good people and those with a spirit of service participate in creating the work. The results of the form evaluation found that the average score in knowledge Perception of the severity of the accident Social support for road accident injury prevention and participation in driving the operation of the District Health Board in preventing road traffic after the experiment were higher. Before the experiment and accident risk behavior scores after the experiment decreased at a statistical significance of 0.05. Therefore, the developed model can be used to prevent and control road traffic among the public according to the set goals.

Keywords: Model, Road traffic prevention and control, District Health Board, Community participation

บทนำ

อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้พิการ และผู้เสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูล Global Status on Road Safety 2015 ขององค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับ 2 ของโลกโดยมีอัตราการตาย 36.2 ต่อแสนประชากร (WHO, 2015) และจากข้อมูลบูรณาการ 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลาง ฯ) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ 23,000 – 24,000 คน หรือชั่วโมงละ 3 คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคน และนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิกัดอีกปีละกว่า 7,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 2 แสนล้านบาทต่อปี (WHO, 2015) ซึ่งจากแนวโน้มของปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ยังคงทรงตัวไม่ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ประกอบด้วยจำนวนยานพาหนะและการสัญจรเพิ่มขึ้น ตามการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดทั้งทางด้านกำลังคน และการใช้เทคโนโลยีการ ดำเนินการในระดับพื้นที่ระดับชุมชน และบุคคล ประชาชน และชุมชนยังไม่ตระหนัก โดยเฉพาะด้านกลไกการดำเนินงานในระดับพื้นที่การจัดการปัญหาในระดับอำเภอจึงถือว่ามีความเหมาะสมในการดำเนินงานที่สามารถเข้าถึงระดับชุมชนและท้องถิ่น ผ่านกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปอ.อำเภอ) และเชื่อมโยงการทำงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปอ.ท้องถิ่น) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (ปัญญา จันทรพาณิชย์, 2558) แต่การดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เขตสุขภาพที่ 10 พบสภาพปัญหาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับปัญหาของประเทศ โดยจังหวัดศรีสะเกษ ถูกจัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสีแดง พบสภาพปัญหาจากการดำเนินงานขาดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการ/อนุกรม

การศปอ. อำเภอ./ศปอ.อปท. อย่างเป็นทางการหรือตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานหรือคณะกรรมการจากหน่วยงานต่างๆ ในทุกระดับ(ศูนย์อำนวยการปลอดภัยทางถนน, 2565)

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอกันทรารมย์ พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนน เท่ากับ 283 (12), 259 (9), 109 (11) ราย ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนน ปี พ.ศ. 2566 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2565) พบว่าจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนนของอำเภอกันทรารมย์ มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน (ศูนย์อำนวยการปลอดภัยทางถนน, 2566) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในปัจจุบัน พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ด้านบุคคล พบว่า ประชาชนยังขาดความตระหนักในความปลอดภัย โดยพิจารณาได้จาก อัตราการสวมหมวกนิรภัยที่ยังน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังเพิ่มขึ้น การขับรถเร็ว การดื่มแล้วขับ ด้านการบังคับใช้กฎหมายพบว่า การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี และ ด้านกลไกการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ซึ่งแบ่งเป็น ในด้านบุคลากรยังต้องเพิ่มทักษะการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสำหรับนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงรากของปัญหาด้านนโยบายและกลไกการทำงาน (กรมควบคุมโรค, 2566) ซึ่งสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษในปี 2566 พบว่าประเภทของยานพาหนะที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตมากที่สุดคือรถจักรยานยนต์รองลงมาคือรถกระบะ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ ยังพบผู้เสียชีวิตค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย อาจจะด้วยบริบทของอำเภอและปัจจัยอื่นๆที่เอื้อให้เกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงนำไปสู่การเสียชีวิตมากขึ้น นอกจากนี้ การดำเนินงานแก้ไขและป้องกันปัญหาอุบัติเหตุ

ทางถนนของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอพบสภาพปัญหาการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม การบูรณาการแผนการดำเนินงานแก้ไขและป้องกันปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของสปอ.อำเภอ ประกอบกับการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ค่อนข้างน้อย ตลอดจนผู้รับผิดชอบหลักของอำเภอเปลี่ยนแปลงค่อนข้างบ่อยทำให้การประสานงานและการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง (ข้อมูลบริหารจัดการด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์.2566) จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจแนวทางการดำเนินงาน พชอ. เป็นกลไกหลักในสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ โดยกำหนดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นเป้าหมายในการขับเคลื่อนการทำงานของคณะกรรมการ พชอ. โดยมีการทำงานควบคู่กันระหว่างสปอ.อำเภอควบคู่ไปด้วย ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินการลดอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อติดตามและประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไก

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory action research :PAR) Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1995) ตามกรอบแนวคิดของ เคมมิสและ แมกแท็กกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1990) ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 2 วนรอบ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมาร่างเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาในประชากรกลุ่มเล็กแล้วนำประเด็นปัญหาที่พบมาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานจนรูปแบบมีความเที่ยงตรง สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาและนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาประกาศใช้ในพื้นที่ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย(Participants) ประกอบด้วย 2 กลุ่มดังต่อไปนี้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1.กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 110 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาแบบเจาะจง ได้แก่

1.1.กลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ(พชอ.)ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ(สปอ.อำเภอ) ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น(สปอ.ท้องถิ่น) ผู้นำชุมชน อสม.และประชาชนที่ใช้รถใช้ถนนในเขตตำบลคู อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ(พชอ.) หรือปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (สปอ.อำเภอ)หรือปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (สปอ.ท้องถิ่น) แพทย์หรือผู้รับผิดชอบ

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากโรงพยาบาลกันทรารมย์ บุคลากรสาธารณสุขจากศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันทรารมย์และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ และตัวแทนจากองค์กรเอกชน

(2) ตัวแทนผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์

(3) ตัวแทนประชาชนในแต่ละหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลคูน้ำอำเภอกันทรารมย์

(4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

2.กลุ่มตัวอย่างในการใช้ประเมินรูปแบบ ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคูน้ำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยสุ่มแบบง่ายจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จิรวัดกุล, 2557) (simple random sampling) จำนวน 90 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือน มิถุนายน – กันยายน 2566

ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะเวลาก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาบริบท สถานการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุจากฐานข้อมูล Health Data Centerและเก็บข้อมูลแนวทางการดำเนินการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุจากการประชุมกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุของอำเภอกันทรารมย์

1.2 จัดประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคืนข้อมูลและชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน จากนั้นสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอกันทรารมย์ โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดในการเก็บข้อมูล ร่วมสรุปข้อมูลจากแบบสอบถาม และวางแผนจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ องค์ความรู้ การสร้างการมีส่วนร่วมและ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุให้แก่ประชาชนในเขตตำบลคูน้ำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. ระยะออกแบบและพัฒนารูปแบบ

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 จัดเวทีระดมความคิดกับคณะกรรมการชุมชน แกนนำ ชุมชน ตัวแทนชุมชน โดยใช้เครื่องมือ 5 ขึ้น เพื่อศึกษาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกันทรารมย์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์ และจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนของพื้นที่ด้านบุคคลสถานะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเลือกประเด็นที่สำคัญมาวิเคราะห์ด้วย แผนภูมิต้นไม้ เพื่อหา รากของปัญหา และกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา และสร้าง บันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม – แรงต้าน พร้อมค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) การใช้เทคนิค

การประชุมกลุ่มย่อย (Focus group discussion) กระบวนการเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (Technology Of Participation :TOP) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องเป็นฐานคิดในการกำหนดกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาโดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ดังนี้ (1) การศึกษาศักยภาพและกระบวนการพัฒนาของการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนให้สามารถร่วมกันแก้ปัญหาและทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนและต่อรองเพื่อการแก้ไขปัญหา และ (3) การศึกษาการจัดการปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนอย่างยั่งยืนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบพหุภาคี และได้ร่างแนวทางการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกันและออกแบบกิจกรรมในการพัฒนาทีมที่เข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบ

ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 อบรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการขับเคลื่อนชุมชนในการป้องกันปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน กิจกรรมที่ 2 ชุมชนร่วมวางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนในพื้นที่ ด้วยการจัดเวทีระดมความคิดและการอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการสำรวจและเฝ้าระวังจุดเสี่ยงและแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชน

ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation)

การติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุขร่วมสรุปบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews)

ร่วมประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ โดยการประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ใช้รถ ใช้ถนนในเขตอำเภอกันทรารมย์

2) ประเมินกระบวนการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

1. จัดประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานต่อชุมชนเป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบให้ภาควิชาเครือข่ายในชุมชนรับทราบ เพื่อรับรู้คุณค่าของการดำเนินงานร่วมกันเป็นการกระตุ้นให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน

2. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อให้ภาควิชาเครือข่ายในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่มีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงาน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา

3. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุป

และถอดบทเรียน สะท้อนผลการดำเนินงาน ในทุกขั้นตอนและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงต่อไป

3. ระยะหลังดำเนินการ

หลังการดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ครบ 1 วงรอบ ผู้วิจัยและภาควิชาเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องร่วมสรุปผลการพัฒนารูปแบบและสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อรักษาจุดแข็ง และวางแผนนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ซ้ำเพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาควิชาเครือข่ายในชุมชนประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุของประชาชน จำนวน 8 ข้อ

นอกจากนี้ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการศึกษาเอกสาร การสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งข้อมูลจากการสรุปบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) และการถอดบทเรียน

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชาชนผู้ใช้รถ ใช้ถนนในเขตตำบลคู อำเภอกันทรารมย์ จำนวน 90 คน แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะข้อมูลทางประชากร เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากรของประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ถนนและแนวทางป้องกันอุบัติเหตุ คำถามเป็นแบบถูกผิด มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 4 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน วิเคราะห์แผนชุมชน ด้านการจัดการทุน ด้านกิจกรรมสร้างสุขภาพ ด้านการประเมินผล จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้กลุ่ม ตัวอย่างเลือกตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟารายด้าน เท่ากับ 0.76, 0.78, 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากเก็บข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ เรียบเรียงเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติดังนี้ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยของข้อมูล ค่าสถิติ Paired t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-104 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามความมุ่งหมายของการวิจัยดังนี้

1. ด้านบริบท อำเภอกันทรารมย์ เป็น 1 ใน 22 อำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ อยู่ห่างทิศตะวันออกของอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ บนถนนสายอุบลศรีสะเกษ ห่างจากอำเภอเมืองระยะทาง 26 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมด 664.21 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครอง เป็น 16 ตำบล 75 หมู่บ้าน 27,934 หลังคาเรือนประชากร ชาย 49,326 คน หญิง 49,996 คน รวมทั้งหมด 99,322 คนโดยมีตำบลตูม เป็นพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของส่วนราชการในระดับอำเภอและที่ตั้งของเทศบาลตำบลกันทรารมย์และพื้นที่ตั้งของของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ สภาพทางสังคมประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป จึงทำให้วิถีชีวิตของคนในสังคมเป็นวิถีกึ่งเมืองกึ่งชนบทและมีถนนสายหลักคือเส้น 226 ที่เชื่อมต่อการคมนาคม จากจังหวัดอุบลราชธานีไปสู่จังหวัดศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์และเชื่อมต่อไปถึงจังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม และจังหวัดในภาคอีสานตอนบนและภาคกลาง ด้วยเส้นทางการคมนาคมที่สำคัญหลายเส้นทาง ส่งผลทำให้ปริมาณของรถและผู้เดินทางมีปริมาณที่สูง

จึงทำให้ปัญหาด้านอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

2.ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและการดำเนินงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกันทรารมย์

2.1.สภาพปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ จากสถิติผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดศรีสะเกษ พบจากสถิติผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน เท่ากับ 22 ต่อแสนประชากร (เป้าหมายไม่เกิน 19.5 ต่อแสนประชากร) ซึ่งระดับความรุนแรงอยู่ในเขตพื้นที่สีแดงและเป็น 1 ใน 5 ของสาเหตุและในเขตอำเภอกันทรารมย์ พบว่ามีการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนในปี พ.ศ. 2566 พบการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 232 ครั้ง พบว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวน 17 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บจำนวน 247 ราย และเนื่องจากตำบลดุน อำเภอกันทรารมย์ เป็นตำบลมีถนนเส้น 226 ตัดผ่านทำให้มีการจราจรหนาแน่นจึงพบจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากที่สุด จำนวน 3 รายและพบผู้บาดเจ็บจำนวน 52 รายและในช่วงเทศกาลที่ผ่านมาระหว่างวันที่ 11-17 เมษายน 2566พบมีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรของอำเภอกันทรารมย์สูงเป็นอันดับที่ 4 ของจังหวัดศรีสะเกษ ส่งผลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้กำหนดให้ปัญหาการเสียชีวิตและการบาดเจ็บทางถนน เป็น 1 ในปัญหาหลักที่เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอกันทรารมย์และมีความจำเป็นจะต้องสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วนของอำเภอในการดำเนินการแก้ไขปัญหาความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญคือการสร้างความตระหนักและพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชนและประชาชนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

2.การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ โดยอำเภอกันทรารมย์มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไข

ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมาโดยในปี 2565 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้กำหนดประเด็นในการจัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขับเคลื่อนด้วย 5 ร 5ป 3 ร ประกอบด้วย 5 ร. ได้แก่โครงการตามพระราชดำริ และโครงการเนื่องมาจากพระราชดำริ “เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย ขยายการเรียนรู้ 5 ป.ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัยและปลอดภัยผู้ด้อยโอกาส และ 3 ร.ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ โดยประเด็นปลอดภัย จะประกอบไปด้วย ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย ซึ่งประเด็นปลอดภัยจากอุบัติเหตุ เป็นปัญหาที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้มีการดำเนินกิจกรรมมาตั้งแต่ปี 2565 ซึ่งผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถดำเนินกิจกรรมได้บางประเด็นเท่านั้นสืบเนื่องจาก (1) ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จึงทำให้งบประมาณลงไปดำเนินการแก้ไขปัญหในการควบคุมป้องกันโรคจำนวนมากเกิดการขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานในประเด็นอื่นๆ(2)การรับรู้ในเรื่องบทบาทหน้าที่การทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอยังมีน้อย เนื่องจากคณะกรรมการมาจากหน่วยงานที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ยังไม่เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมกันอย่างจริงจัง และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มาจากภาคเอกชน ยังขาดความรู้และความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรม (3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม (5) ขาดการประชุมติดตามผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นปัญหาเรื่องอุบัติเหตุจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

3. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

3.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 110 คน ประกอบด้วย เพศหญิงร้อยละ 36.0 เพศชายร้อยละ 64.0 อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 56.0 อายุเฉลี่ย 48.4 (SD=5.60) ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสูงสุดร้อยละ 44.0 ระยะเวลาปฏิบัติงานในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 40

3.2 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบจากแบบสัมภาษณ์ และคำถามปลายเปิดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คนแบ่งเป็น เพศชายร้อยละ 32.2 เพศหญิงร้อยละ 67.8 อายุเฉลี่ย 67.83 ปี (SD=5.13) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 90.0 สถานภาพในสังคมหรือตำแหน่งในหมู่บ้าน/ตำบลและในหน่วยงานราชการ สถานภาพสม./พรส./อพปร ร้อยละ 31.1 เป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 25.6 เป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 25.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเดือนละ 9375.56 บาท (SD= 15104.85) เคยเป็นคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุในชุมชนร้อยละ 41.1 ประสบการณ์ในการการป้องกันและลดอุบัติเหตุในชุมชนระยะเวลาเฉลี่ย 3.12 ปี (SD=1.50) เคยประสบอุบัติเหตุร้อยละ 83 และแยกประเภทของพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุแบ่งเป็นรถจักรยาน ร้อยละ 40.0 รถยนต์ร้อยละ 23.3 และรถจักรยานยนต์ร้อยละ 18.9 ตามลำดับ

4. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่

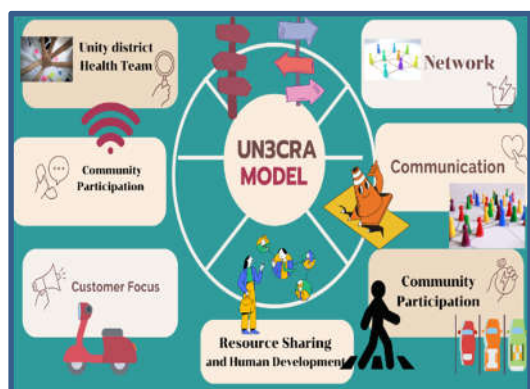
1 สร้างกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุในระดับอำเภอโดยประชุมพัฒนาทักษะให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงาน กิจกรรมที่ 2 จัดเวทีระดมความคิดกับคณะกรรมการชุมชน แกนนำ ชุมชนตัวแทนชุมชน เพื่อศึกษาศักยภาพของชุมชนตำบลค้นหาปัญหา วิเคราะห์ และจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน กิจกรรมที่ 3 การวิเคราะห์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุบนท้องถนนของพื้นที่ ด้านบุคคลสถานะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเลือกประเด็นที่สำคัญมาวิเคราะห์ด้วย แผนภูมิต้นไม้ เพื่อหารากของปัญหา และกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน พร้อมค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 อบรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บและ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการขับเคลื่อนชุมชนในการป้องกันปัญหาการ บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนแก่ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กิจกรรมที่ 2 ชุมชนร่วมวางแผนการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนในพื้นที่ด้วยการจัดเวทีระดมความคิดและการอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการสำรวจและเฝ้าระวังจุดเสี่ยงและแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชน กิจกรรมที่ 4 การจัดทำข้อตกลงภายในหน่วยงานภาคเอกชนในการจัดระเบียบการวางผังการจราจรและการปฏิบัติตามข้อกำหนดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การกำหนดช่องทางเดินรถทางเดียว การจัดทำป้ายแจ้งจุดเสี่ยงทุกจุด การสวมหมวกนิรภัยในโรงเรียนและหน่วยราชการ 100 % กิจกรรมที่ 5 การสร้างโมเดลในหน่วยงานที่ปฏิบัติได้ดีและการเสริมคุณค่า กิจกรรมที่ 6 การสร้างช่องทางการสื่อสารให้

ประชาชนเข้าถึงและการใช้สื่อออนไลน์ในการให้ความรู้ และการป้องกันในพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ควรกระทำ ดำเนินงานตามมาตรการด้านชุมชน การชื่นชมเสริมพลัง ให้กำลังใจในการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนผล (Reflection) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 จัดเวทีนำเสนอผลการศึกษาและรับฟังข้อเสนอแนะทั้งในส่วนรูปแบบการมีส่วนร่วมและผลของการจัดกิจกรรมการขับเคลื่อนแก่ชุมชนและภาคีการพัฒนาต่างๆกิจกรรมที่ 2 ดำเนินงานโดยใช้กลยุทธ์ “คืนข้อมูลสู่ชุมชน” การประชุมติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือนเพื่อนำเสนอสถิติข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิต จุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง พาหะเสี่ยง เวลาเสี่ยง ฯลฯ ให้กับที่ประชุม

5.รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/อำเภอ/กน.ท.ร.ม.ย. จ.หวัดศรีสะเกษ ได้แก่ การประชุมกลุ่ม การสะท้อนปัญหา การออกแบบกิจกรรมร่วมกันของผู้เข้าร่วมการวิจัย จนได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/อำเภอ/กน.ท.ร.ม.ย. จ.หวัดศรีสะเกษ คือ UN3CRA Model ประกอบด้วย 1) Unity district Health Team: มีกลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็ง เชื่อมโยงไร้รอยต่อเข้าใจบทบาทและกระตุ้นให้เกิดเวทีประชาคมเพื่อระดมความคิดรวมทั้งการนำเสนอข้อมูลให้ภาคีรับทราบในเวทีประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอเพื่อให้ภาคีทุกภาคส่วนได้ร่วมวิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตลอดจนร่วมออกแบบกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาด้านอุบัติเหตุในบริบทต่างๆที่ภาคีสามารถร่วมมือกันได้ 2) Network:การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคีในระดับพื้นที่และภาคีหน่วยงานในการดำเนินงาน แก้ปัญหาปัญหาด้านอุบัติเหตุจากนั้นด้วยความร่วมมือของกลุ่มจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในการจัดทำป้ายกำหนดจุดเสี่ยงการเฝ้าระวังในด้านชุมชนเมาไม่ขับ

ให้เข้มแข็ง 3) Communication: การสื่อสาร การส่งต่อข้อมูลระหว่างรพ.กน.ท.ร.ม.ย. และ รพ.สต.ทุกแห่ง เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการและการสื่อสารข้อมูลถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มที่ประสบอุบัติเหตุและผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งการสื่อสารผ่าน App. Line และโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา 4) Community Participation: การมีส่วนร่วม การจัดกิจกรรมภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม ตั้งแต่ขั้นตอน การวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล เช่น การเฝ้าระวัง ด้านครอบครัว ด้านชุมชน การป้องกัน เมาไม่ขับ ห้ามขับรถเร็ว การสวมใส่หมวกนิรภัย การกำหนดจุดเสี่ยงในชุมชน การให้แสงไฟส่องสว่าง ตลอดจนเยี่ยมชุมชน การเยี่ยมบ้านผู้ที่ประสบอุบัติเหตุที่มีภาวะเจ็บป่วยและการสูญเสียทรัพย์สินโดยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานทั้งชุมชน อปท.สถานศึกษาและสถานบริการทุกแห่ง 5) Customer Focus:การแก้ไขปัญหาที่ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทำให้ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุลดลง เช่นใครคือกลุ่มเป้าหมายในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ การรณรงค์สวมหมวกนิรภัยในโรงเรียน การขับรถเร็วและสัมพันธ์กับกลุ่มวัยใดบ้าง ซึ่งการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ตรงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถูกต้องจะช่วยลดขนาดของปัญหาและประชาชนกลุ่มนั้นก็ได้รับประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) Resource Sharing and Human Development : การแบ่งปันทรัพยากร ทั้ง คน เงิน วัสดุ/อุปกรณ์เพื่อตอบโจทย์การแก้ปัญหา ดังกล่าวนั้นอย่างไรและมีการพัฒนาองค์ความรู้วิชาการให้แก่บุคลากรและภาคีเครือข่ายทั้งชุมชน 7) Appreciation : การชื่นชมเมื่อปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข เกิดการพัฒนาคนและเกิดคุณค่าทั้งในหน่วยงานและชุมชน การมีเวทีเชิดชูผลงานและการให้รางวัล ดังนั้นผู้วิจัยได้สรุปรูปแบบการป้องกันและ

ควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามภาพประกอบดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ “UN3CRA Model”

3. ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของด้านความรู้ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 7.22 คะแนน (95%CI=6.78-7.66) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น 12.32คะแนน (95%CI=11.36-13.28) ผลต่างค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 13.42 คะแนน (95% CI=12.43-14.41) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการคิด วางแผน ตัดสินใจเพิ่มขึ้น 5.74คะแนน (95%CI=5.29-6.19) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการจัดการด้านงบประมาณเพิ่มขึ้น 4.97คะแนน (95%CI=4.51-5.42) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 2.98 คะแนน (95%CI=2.74-3.22) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลเพิ่มขึ้น 6.72 คะแนน (95%CI=6.42-7.02)ส่วนผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุลดลง 14.13คะแนน (95%CI=-13.63--14.63) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ก่อนและหลังการทดลอง (n=90)

รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ก่อนการพัฒนา (n=90) Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา (n=90) Mean(S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้	6.14(2.19)	13.37(8.14)	7.22	6.78-7.66	32.50	<0.001**
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	32.83(2.29)	18.70(1.15)	-14.13	-13.63--14.63	56.10	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ	29.77(4.79)	42.09 (3.28)	12.32	11.36-13.28	25.48	<0.001**

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกัน	28.87(2.17)	37.30(4.29)	13.42	12.43-14.41	26.93	<0.001**
การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพขอ.						
ด้านการคิด วางแผน ตัดสินใจ	10.43(1.97)	16.18(1.11)	5.74	5.29-6.19	25.48	<0.001**
ด้านการจัดการงบประมาณ	11.26(1.74)	16.23(1.04)	4.97	4.51-5.42	21.77	<0.001**
ด้านกิจกรรมสุขภาพ	5.45(1.05)	8.43(0.56)	2.98	2.74-3.22	24.75	<0.001**
ด้านการประเมินผล	14.25(1.20)	20.98(1.09)	6.72	6.42-7.02	44.35	<0.001**
p-value= 0.001						

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของอำเภอกันทรารมย์ในประเด็นการเกิดอุบัติเหตุ แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในประเด็นอุบัติเหตุพบว่า สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุและพบจำนวนผู้เสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ของจังหวัดศรีสะเกษในต้นปีงบประมาณ 2566 ซึ่งการวิเคราะห์สาเหตุร่วมกับทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาศิเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชนและตัวแทนของประชาชนในเขตตำบลคูน้ำ อำเภอกันทรารมย์ซึ่งเป็นพื้นที่ของเขตเมือง และพบอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงสุดในระดับอำเภอพบว่า ปัญหาด้านกายภาพเนื่องจากเส้นทางคมนาคมของอำเภอกันทรารมย์เป็นเขตเชื่อมต่อระหว่างอำเภอเป็นเส้นทางสายหลัก จึงมีรถสัญจรผ่านจำนวนมาก รวมทั้งเป็นถนนกว้าง 4 ช่องทางวิ่งซึ่งรถที่สัญจรผ่านไปมาจะใช้ความเร็วรถสูง ในด้านระบบการป้องกันและควบคุมกำกับในการดำเนินการเรื่องการลดการเกิดอุบัติเหตุยังไม่มี ความชัดเจน การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ยังไม่เป็นเนื้อเดียวกัน ภาระตกอยู่กับเจ้าหน้าที่ตำรวจและบุคลากรสาธารณสุข มาตรการควบคุมและลงโทษผู้กระทำความผิดยังนำมาใช้น้อย

เช่น การสวมหมวกนิรภัยในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตตำบลคูน้ำ ซึ่งเป็นพื้นที่ตั้งของอำเภอและมีการจราจรหนาแน่น ยังไม่เข้มงวดฯ ภาศิเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ รวมถึงการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ยังพบส่วนขาดเนื่องจากคณะกรรมการส่วนหนึ่งมาจากภาคเอกชนยังไม่ทราบบทบาทที่ชัดเจนว่าต้องทำ ในเรื่องอะไรบ้างและที่สำคัญประชาชนส่วนมากยังขาดความรู้ การรับรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงไม่ตระหนักถึงความรุนแรงหรือผลกระทบที่เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ โดยผู้วิจัย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ประชุม ระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้และคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชนเพื่อหาข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นและนำเอาเพื่อนำมาพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 โดยผู้วิจัยได้วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุตามขั้นตอนได้แก่(1) การประชุมกลุ่มระดมสมองในการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพและสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้มีส่วนได้ส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่คัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบ โดยการอบรมปฏิบัติการในการสร้างองค์ความรู้และพัฒนาทักษะ การปฏิบัติที่ถูกต้อง (2) การสร้างทีมและกลไกในระดับผู้นำให้เข้มแข็งโดยกำหนดบทบาท

ที่ชัดเจน การร่วมปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุ เป็นทีมรวมถึงการออกแบบติดตามประเมินผล ที่นำมาใช้ได้จริง (3) การสร้างมาตรการทางสังคมโดยทีม คณะกรรมการพัฒนาชีวิตระดับอำเภอผู้นำชุมชน ตัวแทนของประชาชน ตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมเขียนกฎ กติกาในการบังคับใช้เพิ่มเติมจาก กฎหมายที่มีอยู่ เช่น การทำด้านชุมชนในการควบคุม กลุ่มที่เมาแล้วขับ การปรับเงินเข้าชุมชน การบำเพ็ญ ประโยชน์ในกรณีที่ทำผิดกฎ กติกา (4) การสร้างความสัมพันธ์ของคนครอบครัวในการสร้างด้าน ครอบครัวเพื่อป้องกันสมาชิกเมาแล้วขับ (5)การสร้าง กระแสของคนดีที่ไม่เคยปฏิบัติผิดกฎจราจร การวาง มาตรการของโรงเรียนในการขับขี่ปลอดภัยและการคาด เข็มขัดนิรภัยของผู้ปกครองที่มาส่งลูก หลาน (6)การใช้ สื่อ ช่องทางออนไลน์ในการคืนข้อมูลด้านอุบัติเหตุ การให้สุศึกษาและการป้องปรามการกระทำความผิด ของประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน ในพื้นที่ (7) การติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ประสบอุบัติเหตุของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จนได้รูปแบบรูปแบบการ ป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ กันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ UN3CRA Model ส่วน การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ระดับคะแนน ของความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ แรง สนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของ กลุ่มตัวอย่าง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุลดลงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ สูงขึ้น จนเกิดกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมติดตาม ประเมินผล ร่วมรับประโยชน์และร่วมขยายผลของการ ปฏิบัติดี ปฏิบัติถูกต้องไปสู่ประชาชนกลุ่มที่อยู่ใกล้เคียง

กัน รวมถึงการที่ภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วน ร่วมในกิจกรรมทำให้เกิดการดำเนินงาน ในการป้องกัน และควบคุมการเกิดอุบัติเหตุเป็นระบบมากขึ้น ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงจาก อุบัติเหตุเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดอุบัติเหตุของประชาชนลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลองชัย สิทธิวังและคณะ (2564)การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอ นำร่อง จังหวัดน่านโดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น ตามกระบวนการวางแผนแบบ Logical Model ประกอบด้วย 1) สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพและ แผนที่จุดเสี่ยงการบาดเจ็บทางถนน 2) แผนภูมิต้นไม้ ปัญหา 3) บันไดผลลัพธ์ 4) การวิเคราะห์แรงเสริมแรง ด้าน และ 5) การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ ซึ่งการ วิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1) การประเมินต้นน้ำ คือ มีการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและนำมาสู่การกำหนด มาตรการ หรือการจัดทำแผนงานโครงการ/นโยบาย สาธารณะที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา โดยใช้ เครื่องมือการวางแผนแบบ Logical Model 2) การ ประเมินกลางน้ำ คือ บทบาท/กลไกการทำงานของ คณะกรรมการ พขอ.ในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในการจัดการความปลอดภัยทางถนน จำนวน จุดเสี่ยงการบาดเจ็บทางถนนที่ได้รับการแก้ไขและการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การขับขี่ปลอดภัยตาม 10 ข้อหาหลัก หรือ “10 รสขม” ที่เป็นประเด็นปัญหาของ แต่ละพื้นที่ และ 3) การประเมินปลายน้ำ คือ การ ประเมินข้อมูลจากการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการ บาดเจ็บทางถนนต่อแสนประชากร เปรียบเทียบก่อน กับหลังดำเนินโครงการ และผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพหลัง ดำเนินโครงการ ได้แก่ จำนวนภาคีเครือข่ายที่เข้ามามี ส่วนร่วมและรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ผลการวิจัยพบว่า คณะทำงานในพื้นที่วิจัยมีการใช้ เครื่องมือ 5 ชิ้นและการวางแผนแบบ Logical Model ในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกอำเภอ โดย

มีนายอำเภอเป็นประธานคณะทำงานและกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีประสิทธิภาพในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนภาคีเครือข่ายและการพัฒนาความปลอดภัยทางถนน คือ 1) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลง 2) สามารถลดจำนวนครั้งการบาดเจ็บทางถนน 3) สามารถลดจุดเสี่ยงการบาดเจ็บทางถนนลงได้ด้วยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย และ 4) เกิดรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสามารถผลักดันให้เกิดการแก้ไขจุดเสี่ยงทางถนน มาตรการทางสังคม การเผยแพร่สาธารณะ และการจัดการเชิงกลไกของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องผ่านการสั่งการและการประสานงานของภาคราชการ ซึ่งเป็นการจัดการกับปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ยังมีข้อจำกัด คือ ยังไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลได้อย่างยั่งยืน ซึ่งรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ได้เน้นการพัฒนากลไกการทำงานของภาคประชาชนในชุมชนหมู่บ้าน ในลักษณะของชุมชนนำร่องขับเคลื่อนหรือตำบล ขับเคลื่อนปลอดภัยด้วยกลวิธี ด้านครอบครัว หรือด้านชุมชน ซึ่งสามารถแก้ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ ได้สอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ ราชบัณฑิต (2565) ที่ได้ศึกษาการดำเนินงานรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนฯ มี 4 โครงการ ได้แก่ 1) จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอบ้านไผ่ 2) การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยแก้ไขจุดเสี่ยง 3) การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต และ 4) สรุปผลและถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานพบว่า

สถานการณ์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระหว่างปี 2564 เทียบกับปีงบประมาณ 2563 และปีงบประมาณ 2564 มีแนวโน้มลดลง การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอ บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.30$, S.D = 0.62) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ กันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรประสานความร่วมมือและเชื่อมกลไกการทำงานให้เกิดการขับเคลื่อน มีการพัฒนาบุคลากรให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน ตลอดจนสร้างความร่วมมือมองเป้าหมายร่วมกันคือ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

2. ควรพัฒนาระบบบูรณาการฐานข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสู่การใช้ประโยชน์ โดยสามารถเชื่อมโยงการประมวลผลและนำเสนอข้อมูลผ่าน Data Visualization

3. ควรพัฒนาบุคลากรด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย รวมถึงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อและจัดการข้อมูลจากแหล่งต่างๆเพื่อนำมาช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย สืบค้นวันที่ 23 พฤษภาคม 2566. <https://dpddcmoph.go.th/new/>
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:

- สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดตี้ไซน์.
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
สุข.(2566). การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน
(RTI) (Road Traffic Injury (RTI)).กรมควบคุม
โรคกระทรวงสาธารณสุข. [https://ddc.moph.
go.th/disease_ detail.php?d=73](https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=73).
- ฉลองชัย สิทธิวัง, Chalongchai Sitthiwang, นิยม
สุนทร, Niyom Sunthorn, กรภัทร ชันไชย,
Khoraphat Kanchai, ชาญชัย มหาวาน,
Chanchai Mahawan, นิคม อุทุมพร, Nikom
Utoomporn, เกษร ไชยวุฒิ, Kesorn
Chaivud, กันจน เตชนันท์ and Kanchon
Techanan.(2564).การพัฒนาความปลอดภัย
ทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการ
มีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6
อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน. <a href=
"http://hdl.handle.net/11228/5397">
<http://hdl.handle.net/11228/5397>.
- ปัญญ์ จันทรพาณิชย์.(2558).การนำเสนอผลการ
ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บ
ทางถนน ระดับอำเภอและท้องถิ่น.สำนัก
ควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี 2558.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์.(2565).
รายงานการเกิดอุบัติเหตุปีงบประมาณ 2566.
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์. สืบค้น
ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566;
[https://ssokanthararom.com/
index.php/component/users/](https://ssokanthararom.com/index.php/component/users/)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,รายงานการเกิด
อุบัติเหตุในสถานการณ์ช่วงสงกรานต์ ปีงบ
ประมาณ 2566.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ. สืบค้นในวันที่ 20 เมษายน 2566;
[http://www.ssko.moph.go.th/ kpi.php](http://www.ssko.moph.go.th/kpi.php)
- ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บป้องกันการ
บาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
(2565).สถิติอุบัติเหตุทางถนน.สืบค้นในวันที่ 3
กุมภาพันธ์ 2566; [https://ddc.moph.go.th/
dip/news.php?news=37380&deptcode=](https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=37380&deptcode=)
ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ(ThaiRISC).(2566) รายงานแสดง
สถิติการเกิดอุบัติเหตุแยกตามขนาดเครื่องยนต์
รถจักรยานยนต์..สืบค้น ณ วันที่ 24 พฤษภาคม
2566; [https://app.powerbi.com/
view?
r=eyJrljoiY2RhNjgxNTQtZWQzZS00Mj
ExLWFiNjUtNjMzZTJlNGUzMGE1liwid
1iOTVhLTgzMWQ0ZTQ5MmE5NyIsIm
MiOiJEWfQ%3D%3D](https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiY2RhNjgxNTQtZWQzZS00MjExLWFiNjUtNjMzZTJlNGUzMGE1liwid1iOTVhLTgzMWQ0ZTQ5MmE5NyIsImMiOiJEWfQ%3D%3D).
- ศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและ
บรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย การบูร
ณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 3
ฐาน. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ค.2566].เข้าถึงได้
จาก: [http://rti.ddc.moph.go.th/RTD DI/
Mo dules /Report/Report11.aspx10](http://rti.ddc.moph.go.th/RTD DI/Mo dules /Report/Report11.aspx10).
- อรุณ จิรวรรณ นกุล.(2557).สถิติในงานวิจัยเลือกใช้กลุ่ม
ตัวอย่างให้เหมาะสม..บริษัทวิทยพัฒนา กรุงเทพมหานคร.
- อำนาจ ราชบัณฑิต (2565) รูปแบบการป้องกันการ
บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยกระบวนการมี
ส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน
ระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัด
ขอนแก่น.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 7 จังหวัดขอนแก่นปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (2022):
กันยายน – ธันวาคมหน้า98-110.
- Kemmis S, McTaggart R. The Action Research
Planner. Australia: Deakin University Press;
1988.6.
- Streubert, H., & Carpenter, D.(1999). Qualitative
Research in Nursing: Advancing the
Humanistic Perspective (2nd ed.).
Philadelphia, PA: Lippincott Williams.

ผลของการให้ยาวิตามินรวมและนมกล่องต่อน้ำหนักตัวและส่วนสูงของเด็กชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ โรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

ธนสันตชัย พรหมบุตร¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Group) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้ยาวิตามินรวมและนมกล่อง ยูเอชทีต่อน้ำหนักตัวและส่วนสูงของเด็กชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ โรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เด็กนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ จำนวน 57 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนมกราคม 2566 ถึงเดือน มิถุนายน 2566 การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้มี จำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 50.12 มีอายุอยู่ในช่วง 6-7 ปี ร้อยละ 43.86 ผู้บันทึกการรับประทานวิตามินรวมและดื่มนมกล่องยูเอชที เป็นมารดา ร้อยละ 66.67 สรุป หลังการรับประทานวิตามินรวมและดื่มนมกล่องยูเอชที กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว และส่วนสูงเพิ่มมากขึ้นกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในนมกล่องยูเอชทีหรือนมวัวนมวัว ประกอบด้วย น้ำ โปรตีนเคซีน (Casein) และเวย์ (Whey) ที่เป็น Branched-chain amino acid-BCAA ได้แก่ กรดอะมิโนวาเลอีน (Valine) กรดอะมิโนลิวซีน (Leucine) กรดอะมิโนไอโซลิวซีน (Isoleucine) น้ำตาลโมเลกุลคู่-แลคโตส (Lactose) วิตามินและเกลือแร่ ไขมันหลากหลายชนิดทั้งกรดไขมันชนิดอิ่มตัวและกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว อาทิ ไตรกลีเซอไรด์ กรดไขมันโอเมกา 3 โอเมกา 6 โอเมกา 9 รวมถึงกรดไขมันเชิงซ้อนช่วยเสริมสร้างเซลล์สมองในการสร้างไมอีลินชีท (Myelin sheath) อย่าง Milk fat globule membrane-MFGM ที่เป็นเซลล์ส่วนห่อหุ้มไขมันในนม นอกจากนี้ยังมีวิตามินและแร่ธาตุมากมาย อาทิ แคลเซียม แมกนีเซียม สังกะสี ซิลิเนียม วิตามินอี วิตามินเอ โฟเลต ไรโบฟลาวิน (riboflavin) และวิตามินบี 12 ในปริมาณสูง สารต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกาย โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีนมีผลช่วยพัฒนาการตอบสนองภูมิคุ้มกันในระยะแรกให้ผลต่อการป้องกันส่วน non-immunological เช่น แลคโตเฟอริน (lactoferrin) ทำให้นมเป็นแหล่งอาหารที่อุดมด้วยสารอาหารสำคัญต่อร่างกาย และในวิตามินรวมวิตามินรวมประกอบด้วยวิตามินเอ (vitamin A) วิตามินเอ วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 วิตามินดี วิตามินซี นิโคตินาไมด์ (nicotinamide) หรือวิตามินบี 3 ซึ่งเป็นกลุ่มวิตามินที่จำเป็นและเสริมสร้างการเจริญเติบโตให้กับร่างกาย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเจริญเติบโตได้ตามเกณฑ์ เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ยาวิตามินรวม, ภาวะโภชนาการต่ำ

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโนนคูณ E-mail :nukeing44@hotmail.com

Effects of Multivitamin Medication and UHT-Milk on the Body Weight and Height of Children in Grades 1-6 with Malnutrition in Schools in the Mueang Chan District Area of Sisaket Province

Thanasuntachai Promboot¹

Abstract

This research was a quasi-experimental study and aims to study the effects of multivitamin medication and UHT-milk on the body weight and height of children in grades 1-6 who have low nutritional condition in schools in Mueang Chan district, Sisaket Province. The sample consisted of 57 students in grades 1-6 with malnutritional, selected purposively. Conducted study from January 2023 to June 2023. The pretest and posttest data were collected using a questionnaire and were analyzed using frequency, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that the sample had mean difference of body weight and height and increased more than before the experiment with statistical significance at the 0.05 level due to the sample received more nutrients necessary for body growth, that carton milk contained casein protein and branched-chain amino acids, acid-BCAA, various types of fat, both saturated fatty acids and unsaturated fatty acids such as triglycerides, Omega 3, Omega 6, Omega 9, complex fatty acids, calcium, magnesium, zinc, selenium, vitamin E, vitamin A, folate, riboflavin, and vitamin B12, these substances affect physical growth and development. Multivitamins contain vitamin A, vitamin B1, vitamin B2, vitamin D, vitamin C, nicotinamide, or vitamin B3, which is a group of essential vitamins and promotes growth in the body. As a result, the sample had grown according to the more criteria.

Keywords: Multivitamin, low nutritional

¹Medical Doctor, Professional Level, Nonkhun hospital. E-mail :nukeing44@hotmail.com

บทนำ

ภาวะโภชนาการ เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดีและเป็นปัจจัยสำคัญในการบ่งชี้ภาวะ สุขภาพของประชากรวัยเด็ก และมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างการเจริญเติบโตและส่งเสริม พัฒนาการในทุกๆด้านของเด็กและมีผลต่อภูมิคุ้มกันต้านทานโรคและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางโครงสร้าง ร่างกาย โดยเฉพาะสมองและระบบประสาทที่มีผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา ในปัจจุบันพบว่าปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กโดยเฉพาะภาวะโภชนาการต่ำเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีอุบัติการณ์ของการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาที่สำคัญในหลายๆ ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยเด็กที่ขาดสารอาหาร มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยบ่อย ส่งผลให้การเจริญเติบโต หยุดชะงักทำให้เกิดภาวะเตี้ย รวมทั้งพัฒนาการล่าช้า ลดทอนการเรียนรู้ในวัยเด็ก และพัฒนาการทางด้านสมอง (จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมลล์, สมเกียรติยศ วรเดช, 2561) หากเด็กมีการขาดสารอาหารเรื้อรังจนมี ภาวะเตี้ยขั้นรุนแรงจะส่งผลให้มีระดับสติปัญญาในช่วงวัยเรียนต่ำกว่าเด็กที่ไม่มีภาวะเตี้ย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และโอกาสที่ดีในอนาคต (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2557) ในขณะที่เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูเป็นอย่างดี และ ได้รับอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม จะมีร่างกาย แข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่าย มีพัฒนาการสมวัย มีการเจริญ เติบโตดี และรูปร่างสมส่วน

สถานการณ์เด็ก ป.1-ป.6 ของจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ปี 2564 จำนวน 1,025 ราย คิดเป็นอัตราเท่ากับ 12.20 ต่อพันประชากรเด็ก ป.1-ป.6 พ.ศ. 2565 จำนวน 1,108 ราย คิดเป็นอัตราเท่ากับ 13.19

ต่อพันประชากรเด็ก ป.1-ป.6 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) อำเภอเมืองจันทร์ เด็ก ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ปี 2564 จำนวน 34 ราย คิดเป็นอัตราเท่ากับ 18.89 ต่อพันประชากรเด็ก ป.1-ป.6 พ.ศ. 2565 จำนวน 57 รายคิดเป็นอัตราเท่ากับ 31.67 ต่อพันประชากรเด็ก ป.1-ป.6 (โรงพยาบาลโนนคูณ, 2565) จะเห็นได้ว่าอัตราเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำ เพิ่มขึ้นทุกระดับ

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้วิตามินรวมและนมกล่องต่อน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ โรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มา เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคภาวะโภชนาการต่ำ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลของการให้วิตามินรวมและนมกล่องต่อน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ โรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Group) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้วิตามินรวมและนมกล่องต่อน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ โรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากร ได้แก่ เด็กอายุ ประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1,800 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กอายุ ประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีน้ำหนัก และส่วนสูง ทั้งสองตัววัดตกเกณฑ์ จำนวน 57 คน โดยใช้สูตรดังนี้ (จิรนนท์ วีรกุล, 2559)

1. อัตราการเพิ่มความยาว อายุ 2-12 ปี = ความสูง (เซนติเมตร) = [อายุ(ปี)X6]+77

2. อัตราการเพิ่มน้ำหนัก อายุ 7-12 ปี = น้ำหนัก (กิโลกรัม) อายุ(ปี)X7-5/2

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลการรับประทาน วิตามินรวม (MTV) และการดื่มนมกล่องยูเอชที แก่เด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลเด็กนักเรียน

ชื่อ-สกุล อายุ ชั้น โรงเรียน น้ำหนัก ส่วนสูง

2.2 ข้อมูลผู้บันทึก

ชื่อ-สกุล อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก บิดา มารดา อสม. อื่นๆ(ระบุ).....

2. แผนกกิจกรรมการให้ความรู้เรื่อง ประโยชน์ของการรับประทานวิตามินรวม (MTV) และการดื่มนมกล่องยูเอชทีแก่เด็กที่มี ภาวะโภชนาการต่ำ จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ห่างกันทุก 1 เดือน

ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม 2566 ถึงเดือน มิถุนายน 2566

ขั้นตอนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการศึกษาองค์ความรู้ เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน แนวทางการ ประเมินภาวะโภชนาการนักเรียน ระดับประถมศึกษาปีที่ 1- 6 โดยใช้หลักเกณฑ์ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข การจัดการภาวะโภชนาการ ในนักเรียนระดับประถมศึกษา ปีที่ 1- 6

2. ประสานงานกับโรงเรียนเป้าหมาย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ส่งหนังสือขอเชิญผู้อำนวยการแต่ละโรงเรียน ที่มีเด็ก ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ เพื่อรับ ฟังการชี้แจงวัตถุประสงค์ ของโครงการวิจัย

3. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะ โภชนาการของนักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วม โครงการ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะ โภชนาการต่ำของนักเรียนในโรงเรียนเป้าหมาย

4. ให้ผู้ดูแลเด็กบันทึกการรับประทาน วิตามินรวมและนมกล่องยูเอชที โดยวิตามิน รวมรับประทานวันละ 1 เม็ดและนมกล่อง ยูเอชทีดื่มวันละ 1 กล่อง

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ ทำการศึกษา

6. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล การดำเนินงาน

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ ข้อมูล ด้วยเครื่อ คอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย
น้ำหนัก ส่วนสูง ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ
ทดสอบ t ไม่เป็นอิสระ (Paired t - test)

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยได้ดำเนินการ โดยการชี้แจง ถึง
วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม
โครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอน
ตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูล
ของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและ
ใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอ
ข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับ
ความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วม
โครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสาร

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการศึกษา
ดำเนินการหลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรอง
โครงการวิจัย เลขที่ SPPH 2023- ลงวันที่ 29
ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มี
จำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ
50.12 มีอายุอยู่ในช่วง 6-7 ปี ร้อยละ 43.86
ผู้บันทึกการรับประทานวิตามินรวมและดีมนม
กล่องเป็นมารดา ร้อยละ 66.67 รายละเอียด
ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ผู้บันทึกการรับประทานวิตามินรวม
และดีมนมกล่อง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	28	49.12
ชาย	29	50.88
อายุ		
7-8	10	17.54
9-10	25	43.86
11-12	22	38.60
ผู้บันทึกการรับประทานวิตามิน รวมและดีมนมกล่อง		
บิดา	10	17.54
มารดา	38	66.67
อสม.	9	15.79

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่าง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง

หลังการรับประทานวิตามินรวมและดีمنมกล่อง กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการ
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการรับประทาน
วิตามินรวมและดีمنมกล่อง (n = 57)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	SD	Mean difference of d	95% CI	p
น้ำหนักตัวก่อนรับประทาน วิตามินรวมและดีمنมกล่อง	57	20.29	3.89			
น้ำหนักตัวหลังรับประทาน วิตามินรวมและดีمنมกล่อง	57	21.38	3.99	1.09	0.86 ถึง 1.32	< 0.0001

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่าง ค่าเฉลี่ยส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่าง

หลังการรับประทานวิตามินรวมและ
ดีمنมกล่อง กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ย
ส่วนสูง เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการรับประทาน
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการรับประทานวิตามิน
รวมและดีمنมกล่อง (n = 57)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	SD	Mean difference of d	95% CI	p
ส่วนสูงหลังรับประทาน วิตามินรวมและดีمنมกล่อง	57	1.21	9.15			
ส่วนสูงก่อนรับประทาน วิตามินรวมและดีمنมกล่อง	57	1.20	9.45	1.09	0.74 ถึง 2.16	< 0.0001

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการศึกษาผลของการ
ให้ยาวิตามินรวมและดีมนมกล่องต่อน้ำหนักตัว
และส่วนสูงของเด็กชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะ
โภชนาการต่ำ โรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมือง

จันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยขอเสนอ
การอภิปรายผล ดังนี้

หลังการรับประทานวิตามินรวมและ
ดีมนมกล่อง กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ย
น้ำหนักตัว และส่วนสูงเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อน
การรับประทานวิตามินรวมและดีมนมกล่อง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในนมกล่องหรือนมวัว ประกอบด้วยน้ำ โปรตีนเคซีน (Casein) และเวย์ (Whey) ที่เป็น Branched-chain amino acid-BCAA ได้แก่ กรดอะมิโนวาลีน (Valine) กรดอะมิโนลิวซีน (Leucine) กรดอะมิโนไอโซลิวซีน (Isoleucine) น้ำตาลโมเลกุลคู่แลคโตส (Lactose) วิตามินและเกลือแร่ ไขมันหลากหลายชนิดทั้งกรดไขมันชนิดอิ่มตัวและกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว อาทิ ไตรกลีเซอไรด์ กรดไขมันโอเมก้า 3 โอเมก้า 6 โอเมก้า 9 รวมถึงกรดไขมันเชิงซ้อนช่วยเสริมสร้างเซลล์สมองในการสร้างไมอีลินชีท (Myelin sheath) อย่าง Milk fat globule membrane-MFGM ที่เป็นเซลล์ส่วนห่อหุ้มไขมันในนม นอกจากนี้ยังมีวิตามินและแร่ธาตุมากมาย อาทิ แคลเซียม แมกนีเซียม สังกะสี ซีลีเนียม วิตามินอี วิตามินเอ โฟเลต ไรโบฟลาวิน (riboflavin) และวิตามินบี 12 ในปริมาณสูง สารต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกาย โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีนมีผลช่วยพัฒนาการตอบสนองภูมิคุ้มกันในระยะแรกให้ผลต่อการป้องกันส่วน non-immunological เช่น แลคโตเฟอริน (lactoferrin) ทำให้นมเป็นแหล่งอาหารที่อุดมด้วยสารอาหารสำคัญต่อร่างกาย และในวิตามินรวมวิตามินรวม ประกอบด้วยวิตามินเอ (vitamin A) วิตามินอี วิตามินบี1 วิตามินบี 2 วิตามินดี วิตามินซี นิโคตินาไมด์ (nicotinamide) หรือวิตามินบี 3 ซึ่งเป็นกลุ่มวิตามินที่จำเป็นและเสริมสร้างการเจริญเติบโตให้กับร่างกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของชลธิดา เณรบำรุง (2561) ได้ศึกษาคูณสมบัติ

ของนมวัวและความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มนมที่มีผลต่อสุขภาพ จากฐานข้อมูลออนไลน์ที่มีมาตรฐานรองรับ ระหว่างปี 2000 ถึงมกราคม 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นฐานข้อมูลออนไลน์ที่มีมาตรฐาน จำนวน 526 การศึกษา การศึกษาพบว่า นมวัวเป็นหนึ่งในอาหารที่มักได้รับการแนะนำจากคู่มือโภชนาการทั่วโลกมีปริมาณการบริโภคนมวัวสูงมากและมีแนวโน้มการบริโภคมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากเป็นแหล่งอาหารสำคัญระดับ Macronutrient และ Micronutrient ให้ผลหลักในเรื่องกระดูกสันหลังต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบฮอร์โมนและเชื้อจุลินทรีย์ในร่างกายจากสารสำคัญ ได้แก่ โปรตีนที่เปลี่ยนเป็นสารไบโอแอคทีฟ เปปไทด์ (Bioactive peptide) กรดไขมันโอลิโกแซคคาไรด์ (oligosaccharide) น้ำตาลแลคโตส (Lactose) และจุลินทรีย์ การเลือกดื่มนมที่สอดคล้องกับความต้องการหรือสุขภาพตนเองให้ประโยชน์สูงสุดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของการให้ยาวิตามินรวมและนมกล่องต่อน้ำหนักตัวและส่วนสูงของเด็กชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ โรงเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัด ศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

การให้ยาวิตามินรวมและนมกล่องแก่เด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์สามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข ในการดำเนินงานด้านการป้องกันเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำ เพื่อให้

เด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตได้ตามเกณฑ์

เอกสารอ้างอิง

จิรนนท์ วีรกุล. (2559). การเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติของเด็กวัยต่างๆ.

[ออนไลน์] ได้จาก

[http://www.med.nu.ac.th/hris/](http://www.med.nu.ac.th/hris/attachments/article/898/16%20Story%2022.pdf)

attachments/article/898/16%

20Story%2022.pdf สืบค้นเมื่อ

11 มิถุนายน 2564.

จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุญญพัฒน์ ไชยมลล์, สมเกียรติยศ วรเดช. (2561). ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี: กาบทบทวนวรรณกรรม.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 5(1), 329-342.

ชลธิดา เณรบำรุง.(2561). การศึกษาคุณสมบัติของนมวัวและความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มที่มีผลต่อสุขภาพกาย จากฐานข้อมูลออนไลน์ที่มีมาตรฐานรับรองระหว่างปี 2000 ถึงมกราคม 2019. หลักสูตรวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการชะลอ วัยและฟื้นฟูสุขภาพ. วิทยาลัยการแพทย์ บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

นิตยา ไทยาภิรมย์. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (2553). การพยาบาลเด็ก เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 7). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข.

พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

มยุรี นภาพรรณสกุล. (2547). การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติทางด้านโภชนาการ. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: ขานเมืองการพิมพ์.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). ความหมายของเด็กวัยเรียน. [ออนไลน์] ได้จาก www.royin.go.th/dictionary/. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2564.

โรงพยาบาลเมืองจันทร์. (2565). สรุปรายงานประจำปี 2565. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.

ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2557). พัฒนาการเด็กและโภชนาการในเด็กที่คาดหวัง: ข้อเสนอแนะบทบาทศูนย์อนามัย เพื่อการพัฒนาการเด็กไทย. [ออนไลน์] ได้จาก [http://doh.hpc.go.th/ata/mch/LaddaChildDev2508](http://doh.hpc.go.th/ata/mch/LaddaChildDev25082014.pdf)

2014.pdf. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2564.

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (2555).ตำราการพยาบาลเด็กเล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ .(2565). สรุปรายงานประจำปี 2565.ม.ป.ท.:ม.ป.พ.

สกุณา บุญนรากร. (2552). การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย (พิมพ์ครั้งที่2). สงขลา:เหมการพิมพ์.

สำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือ แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการคลินิกสุขภาพเด็กดี.[ออนไลน์] ได้จาก ใน www.anamai.moph.go.th. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2564.

สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหาร
และยา. (2559). องค์ความรู้ด้านอาหาร
และ โภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย.
นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข.
สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้. (2551).
อาหารและโภชนาการ. คณะทำงาน
วิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยว
การแพทย์และสาธารณสุข. [ออนไลน์]
ได้จาก[http://www. Hsmi2.psu.ac.th/
upload/forum/food and
nutrition.pdf](http://www.Hsmi2.psu.ac.th/upload/forum/food and nutrition.pdf).
สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2564.

การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนนโยบาย

เขตสุขภาพที่ 10

ธนิกานต์ สังข์โสภณ¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อทบทวนและวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 10 2) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 และ 3) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์และภาคีเครือข่าย ในพื้นที่จังหวัดเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 404 คน ดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย การทบทวนและวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์ การสร้างแผนยุทธศาสตร์และการประเมินผลการมีส่วนร่วม ในระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 รวม 12 เดือน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อม การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอย่างง่าย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 55.0 มีอายุระหว่าง 46 – 55 ปีมากที่สุด ร้อยละ 39.6 รองลงมา มีอายุ 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.7 เป็นกลุ่มเป้าหมายจากโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากที่สุด ร้อยละ 36.1 รองลงมา รองลงมาเป็นกลุ่มเป้าหมายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 32.9 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในหน่วยงานของจังหวัดศรีสะเกษ มากที่สุด ร้อยละ 36.6 รองลงมาปฏิบัติงานในหน่วยงานของจังหวัดยโสธร ร้อยละ 22.3 การประเมินผลความเห็นด้านทัศนคติต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ พบว่า เห็นด้วยในประเด็นพันธกิจมากที่สุด ร้อยละ 99.9 รองลงมาเป็นประเด็นเป้าประสงค์เท่ากันกับค่านิยมองค์กร ร้อยละ 99.0 การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ พบว่า ด้านการประเมินผล มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.3 รองลงมาเป็นด้านการตัดสินใจ มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.1 และด้านการวางแผนมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3.8 อยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ : ยุทธศาสตร์, แผน, การมีส่วนร่วม

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข E-mail: koongthanikan@gmail.com

The Executives' Participation in Strategic Planning of the Policy's 10th Health Region driven

Thanikan Sungkasopon¹

Abstracts

This study is a participatory action research model with the objectives of 1) to review and analyze the 10th Health District Strategic Plan, 2) to study the level of participation in the implementation of the 10th Health District Strategic Plan, and 3) to analyze the relationship between individual factors and executive involvement in the preparation of the 10th Health District Strategic Plan. 404 persons in charge of strategic plans and network partners in the 10th Health District province conducted the study in 3 phases. Creating a strategic plan and evaluating engagement Between October 2021 and September 2022, a total of 12 months, data was collected with questionnaires, environmental factor analysis, group discussions, and simple statistical data were analyzed: number, percentage, average, and standard deviation.

This study found that the majority of women were 55.0% aged between 46 and 55 years. 39.6% were aged 56 and over. 25.7% of the target group was from community hospitals/sub-district health promotion hospitals. 36.1 percent, followed by the target group from provincial health offices/district health offices. 32.9% of respondents worked in departments in Sisaket province. 36.6 percent, followed by Yasothon province. 22.3% Assessment of attitude towards the preparation of strategic plans I found that I agree with the mission the most. 99.9 percent, followed by the same objective issues as corporate gym fees. 99.0% participation in strategic planning It was found that the assessment There is a high level of participation. The average is 4.3, followed by decision-making. There is a high level of participation. The average is 4.1 and the planning side has a minimum average of 3.8 is moderate.

Keywords: Strategy, Plan, Participation

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Health Administration Division , Ministry of Public Health

E-mail: koongthanikan@gmail.com

บทนำ

ทั่วโลกมีการดำเนินการจัดทำแผนและยุทธศาสตร์ด้านต่างๆ ที่แตกต่างกัน เช่น การเมือง ความมั่นคง เศรษฐกิจ การศึกษา สาธารณสุข เป็นต้น เป้าหมายเพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของคนในประเทศที่เหมาะสมและมีความเป็นอยู่ที่ดี เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน กำหนดวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะยาวถึง 13 ปี ชื่อว่า Healthy China 2030 (ค.ศ. 2017-2030) (Tan X และคณะ, 2017) ประเทศญี่ปุ่นวางยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข มีระยะยาว 20 ปี ชื่อว่า Japan 2035 Leading the World through Health (Ministry of Health, 2015) ซึ่งประเทศต่างๆ วางแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกและวิถีการดำรงชีวิตของคนในประเทศ

การวางแผนกลยุทธ์ หรือ Strategic Planning ใช้กันแพร่หลายโดยเฉพาะทางด้านสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และการใช้ชีวิตประจำวัน(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี, 2558) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, 2560) มาตรา 65 กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติ เป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว โดยให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ และต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2560 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) โดยกำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อรับผิดชอบในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ชาติกำหนดวิธีการการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ชาติ ในการติดตาม การตรวจสอบ และการประเมินผล รวมทั้งกำหนดมาตรการส่งเสริมและ

สนับสนุนให้ประชาชนทุกภาคส่วนดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติเพื่อให้เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2560

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) (คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, 2561)เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อความสุขของคนไทยทุกคนโดยมีวิสัยทัศน์ประเทศ คือ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

ด้านสาธารณสุข กำหนดวิสัยทัศน์ในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2559-2579 คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยกำหนดแผนเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 คือการปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ 4 เป็น 1 ใน 3 ของเอเชียรวมไปถึงเป้าหมาย ยุทธศาสตร์และวางแผนในระยะยาวในด้านสาธารณสุข อันประกอบด้วย 16 แผนงาน 48 โครงการ โดยแผนในปี 2579 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน เพื่อวางแผนป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่อาจเกิดความรุนแรงขึ้น ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรอันมาจากความรู้สึกลัว วิตกกังวลและความไม่แน่นอนของการเกิดโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและโรคนี้อยู่กึ่งกลาง(Ghebreyesus, 2020) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13(พ.ศ. 2566 – 2570) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) เขตสุขภาพที่ 10 ตระหนักถึงภาวะ

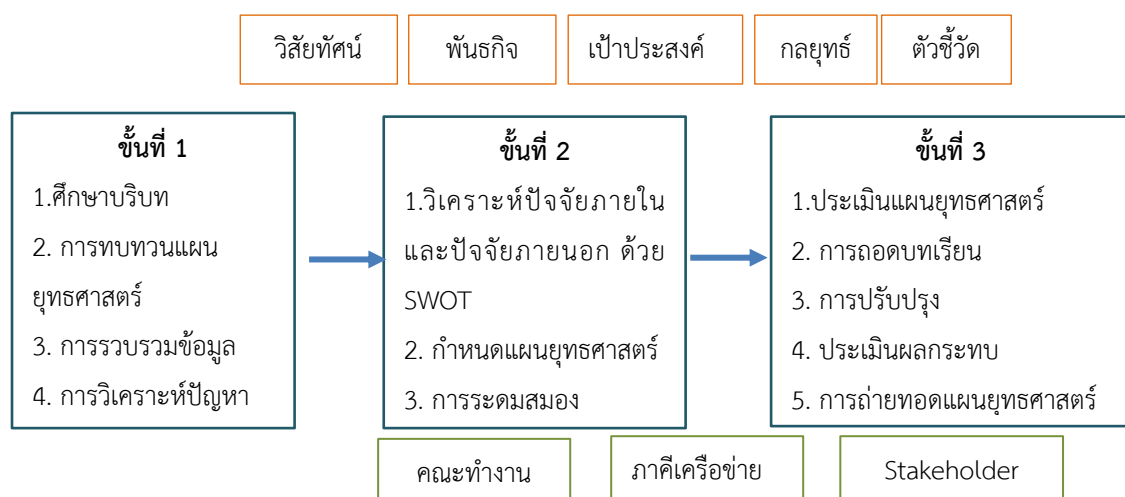
สถานการณ์ สภาพปัญหาและข้อจำกัดในการบริหารจัดการในหลายด้าน เพื่อสนองนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และสนองนโยบายของรัฐบาลและนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงานในระยะ 5 ปี เพื่อทบทวนแผนและยุทธศาสตร์ที่ผ่านมา เพื่อวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ในระยะดำเนินการข้างหน้า ให้สอดคล้อง ตรงประเด็น เพิ่มประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมาย ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มเป้าหมาย และทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง การจัดทำแผนปฏิบัติราชการ และแผนปฏิบัติราชการประจำปี ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา นโยบายของกระทรวงและแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง เขตสุขภาพที่ 10 ผู้วิจัยจึงได้ร่างการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566 – 2570 เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติงานของหน่วยงานและคณะกรรมการขับเคลื่อนงานตามภารกิจในเขตสุขภาพที่ 10 ด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2570 เป้าหมายเพื่อวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี นโยบายของรัฐบาล นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การปฏิรูปด้าน

สาธารณสุข มุ่งเน้นการพัฒนาความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้าน คือ 1.การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ 2. ระบบบริการเป็นเลิศ 3. บุคลากรเป็นเลิศ และ 4. ระบบบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล เพื่อสร้างรูปแบบและระบบการถ่ายทอดและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งหน่วยงานต่างๆ มีส่วนสำคัญในการประสานการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ และเป็นเครื่องมือ ที่จะช่วยแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ผ่านกระบวนการ รวมทั้งใช้เป็นกรอบ ในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่บรรลุเป้าหมายตามโครงการ และเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 10 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อทบทวนและวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 10
- 2) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10
- 3) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนนโยบายเขตสุขภาพที่ 10 มุ่งสัมฤทธิ์ผลในการจัดทำแผน การวางกรอบนโยบาย และความคาดหวัง ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2565 รวม 12 เดือน โดยมีลำดับขั้นตอนการศึกษา ตามแผนและขั้นตอนการศึกษา

พื้นที่และขอบเขตการศึกษาวิจัย

ดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างศึกษา จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวม 404 ท่าน ของประชากรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารในระดับกระทรวงสาธารณสุขของเขตตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 4 ท่าน 2) ผู้บริหารระดับจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าศูนย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด จำนวน 65 ท่าน 3) ผู้บริหารศูนย์วิชาการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 6 ท่าน 4) ผู้อำนวยการศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 14 ท่าน 5) ผู้บริหารในระดับอำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ จำนวน 210 ท่าน 6) ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 9 ท่าน 7) ภาควิชา

ได้แก่ ผู้บริหารของสำนักงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ ผู้บริหารของสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด ผู้บริหารสำนักงานเกษตรจังหวัด จำนวน 15 ท่าน 8) ผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน และผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอรวม 81 ท่าน

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนและวิเคราะห์แผน

ยุทธศาสตร์

ศึกษาบริบท ปัญหาและทบทวนแผนยุทธศาสตร์ในพื้นที่จังหวัดเขตสุขภาพที่ 10 โดยศึกษาบริบทการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาการดำเนินงาน การสนทนากลุ่ม (Focus Group) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 สร้างยุทธศาสตร์

สร้างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาขับเคลื่อนนโยบายในเขตสุขภาพที่ 10 โดยดำเนินการตามขั้นตอนและกระบวนการตามลำดับ 1) แต่งตั้งคณะทำงานยกร่างแผนยุทธศาสตร์ 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อทบทวนสภาพองค์กร 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานเพื่อศึกษาปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอกของการดำเนินงาน 5) ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาจับคู่ Tows Matrix 6) จัดทำยกร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตสุขภาพที่ 10 7) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายในระบบสุขภาพเขตสุขภาพที่ 10 8) ประชุมชี้แจงร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 10

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการมีส่วนร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์

ประเมินผลการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนนโยบายเขตสุขภาพที่ 10 ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้บริหาร คณะทำงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อถอดบทเรียนและหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการนำนโยบายขับเคลื่อนงานประเมินการมีส่วนร่วมและการบูรณาการการทำงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ แบ่งตามขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูลแบบรายงาน แบบสอบถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group) แบบสัมภาษณ์ไม่เป็นทางการ

ขั้นตอนที่ 2 ประกอบด้วย แบบทบทวนองค์กร แบบวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

ขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วย แบบการถอดบทเรียน แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 การประเมินยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย การประเมินความสอดคล้อง (Consistency) ขององค์ประกอบยุทธศาสตร์ การพัฒนาและดำเนินการประเมินความเหมาะสม (Propriety) ความเป็นไปได้ (Feasibility) และความเป็นประโยชน์ (Utility) ของวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัด และมาตรการ /แนวทางในการพัฒนาของยุทธศาสตร์การพัฒนาขับเคลื่อนนโยบายในเขตสุขภาพที่ 10 กำหนดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) และแบบปลายเปิด (Open-ended Form ตอนที่ 2 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนา เป็นคำถามแบบปลายเปิด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือวิจัยและหาคุณภาพของแบบสอบถาม ตามลำดับ โดย

ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทสภาพ และปัญหาการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 10

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม ด้านความสอดคล้อง ความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนความครอบคลุม และความครบถ้วนของรายการที่ถามในสิ่งที่ต้องการวัด ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา โดยใช้สูตร IOC และได้เลือกข้อรายการที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป ซึ่งได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือระหว่าง 0.60 – 0.80 นำเครื่องมือไปทดลองใช้และหาความเชื่อมั่น 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่มด้วยตนเอง ตามวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และผู้ช่วยนักวิจัยจัดบันทึกข้อมูล บันทึกภาพ บันทึกเทป การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบแนวคำถามและเตรียมการ

การวิเคราะห์ SWOT กระบวนการและการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายในและปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก เพื่อดำเนินการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength) จุดอ่อน (Weakness) โอกาส (Opportunity) และอุปสรรค (Threat) เพื่อให้การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมปัจจัยภายใน และสภาพแวดล้อมปัจจัยภายนอก ดำเนินการครอบคลุมครบถ้วนทุกด้าน เพื่อนำไปใช้พัฒนาการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 10 การสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ตามกระบวนการวิเคราะห์ SWOT และยกร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาขับเคลื่อนนโยบายในเขตสุขภาพที่ 10 จากการใช้เทคนิค SWOT

Matrix จัดทำยุทธศาสตร์โดยใช้เทคนิค SWOT Matrix วิเคราะห์ SWOT จัดทำกลยุทธ์ใช้เทคนิค SWOT Matrix จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ มานำเสนอเป็น ร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาขับเคลื่อนนโยบายในเขต สุขภาพที่ 10 ผู้เข้าร่วมประชุมนำข้อมูลผลการวิเคราะห์ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ในการดำเนินงาน ขับเคลื่อนนโยบายในเขตสุขภาพที่ 10 ที่สรุปได้ มา จัดทำยุทธศาสตร์โดยใช้เทคนิค SWOT Matrix หรือ Tows Matrix สรุปผลการจัดทำยุทธศาสตร์

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของยุทธศาสตร์ โดยการหาค่าเฉลี่ย(Mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลอย่างง่ายโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวนความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

3.วิเคราะห์สภาพแวดล้อมปัจจัยภายใน วิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการ SWOT Analysis Internal Factors, 7'S Model และวิเคราะห์สภาพ แวดล้อมปัจจัยภายนอกโดยใช้เทคนิคการ SWOT Analysis External Factors, PEST-Model ของการ ดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิต ตามกระบวนการ วิเคราะห์ SWOT

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่มีความ เสี่ยงเลย หรือมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่า ความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน (Minimal Risk) เช่น การ เสียเวลา ความไม่สะดวก การไม่สบาย การสูญเสีย รายได้ เป็นต้น ผู้วิจัยได้ยื่นแบบคำขอจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ และได้รับเอกสารยืนยันการยกเว้นการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณา รับรองอนุมัติในการทำวิจัย จากคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ผู้ ศึกษาได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดขั้นตอน การศึกษา ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ยินยอมทุก ราย ซึ่งแจ้งแก่ผู้ยินยอมตนในการวิจัย ซึ่งเป็นผู้ช่วยใน การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทราบถึงวิธีการ และตอบ ข้อคำถามต่างๆ ถึงประโยชน์ และสิ่งที่จะเกิดขึ้นขณะ ทำการวิจัย โดยผู้ยินยอมตนมีสิทธิบอกยกเลิกการเข้า ร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด คำตอบ ของผู้ยินยอมตนทุกราย ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การ นำเสนอผลในลักษณะภาพรวม และขอรับรองว่าจะไม่มี ผลใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ตัวผู้เข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูล ได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 ถึงนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดทุกจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกแห่ง เพื่อ ชี้แจงเหตุผลและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดย ชี้แจงตามแบบสอบถาม

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนและวิเคราะห์แผน ยุทธศาสตร์

เขตสุขภาพที่ 10 ครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัด โยธธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ได้วางกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อ เป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติงาน โดยมีค่านิยมของ องค์กร (Core Value) คือ องค์กรแห่งการเรียนรู้ บริการด้วยหัวใจ ยึดธรรมาภิบาลและคุณธรรม มีการ บริหารจัดการตาม Chief Officer : C ทั้งหมด 9 C และมีโครงการ (Project Manager : PM) 9 PM ตาม นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 ประเด็นสำคัญ Agenda, Function และ Area Base ของเขตสุขภาพ โดยมุ่งหวังว่าจะเป็นแนวทางการดำเนินงานให้ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ สามารถดำเนินงานได้ อย่างเป็นเอกภาพ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตาม นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และให้พี่น้อง

ประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 10 ได้รับบริการที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ แบบไร้รอยต่ออย่างยั่งยืนต่อไป

โดยวิสัยทัศน์กำหนดไว้เมื่อปี พ.ศ. 2555 ว่า "เป็นเขตสุขภาพชั้นนำ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชน สุขภาพดี" มีพันธกิจ 5 ด้าน 1) เทคโนโลยี รวมทั้ง กลุ่มเป้าหมายและวิธีดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค 2) พัฒนาระบบ บริการ 3) พัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ 4) พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยระบบธรรมาภิบาล 5) ส่งเสริม การมีส่วนร่วมและพัฒนากิจการเครือข่าย มีเป้าประสงค์ 1) ประชาชนสุขภาพดี เพื่อ (1) อัตราการเสียชีวิตและ อัตราการเกิดโรคลดลง และ (2) ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ที่สำคัญบรรลุเป้าหมาย 2) เจ้าหน้าที่ที่มีความสุข มีเป้าประสงค์เพื่อให้บุคลากรได้รับการสรรหา บรรจุ การพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีสมรรถนะและ มีความสุขในการทำงาน และ 3) ระบบสุขภาพยั่งยืน เพื่อให้มีระบบสุขภาพเป็นหนึ่งเดียว องค์กรร่วมไร้รอยต่อ สร้างความเป็นธรรม และความมั่นคงทางสุขภาพ และ มีประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ประเด็น 1) การพัฒนาระบบ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค ที่เป็นเลิศ 2) การพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ 3) การ พัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ 4) การ

พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาลที่เป็นเลิศ 5) การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และพัฒนากิจการเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป

ผู้ร่วมศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 55.0 ชาย ร้อยละ 45.0 เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 46 – 55 ปีมากที่สุด ร้อยละ 39.6 รองลงมา มีอายุ 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.7 อายุ 36 – 45 ปี ร้อยละ 22.5 อายุระหว่าง 25-35 ปี ร้อยละ 11.9 และน้อยสุดอายุต่ำกว่า 25 ปีลงมา ร้อยละ 0.3 เป็นกลุ่มเป้าหมายจาก โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากที่สุด ร้อยละ 36.1 รองลงมา เป็นกลุ่มเป้าหมายจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 32.9 กลุ่มเป้าหมายจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 8.4 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในหน่วยงานของจังหวัดศรีสะเกษ มากที่สุด ร้อยละ 36.6 รองลงมาปฏิบัติงานในหน่วยงานของ จังหวัดยโสธร ร้อยละ 22.3 อุบลราชธานี ร้อยละ 17.6 อำนาจเจริญ ร้อยละ 11.1 มุกดาหาร ร้อยละ 10.9 และจากหน่วยงานส่วนกลาง ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมายในการประเมินแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 (ตอบแบบสอบถาม n=404)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	182	45.0
หญิง	222	55.0
2. กลุ่มอายุ		
ต่ำกว่า 25 ปี	1	0.3
25 - 35 ปี	48	11.9
36 – 45 ปี	91	22.5
46 – 55 ปี	160	39.6
56 ปีขึ้นไป	104	25.7

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
3. กลุ่มเป้าหมาย		
สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ	133	32.9
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	34	8.4
โรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต.	146	36.1
ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 10	21	5.2
มหาวิทยาลัย/วิทยาลัย/โรงเรียน/ศูนย์เด็กฯ	1	0.2
ส่วนราชการในจังหวัด	13	3.2
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/อบจ./อบต./เทศบาล	1	0.2
องค์กรอิสระ/NGOs/สื่อมวลชน/เครือข่ายสุขภาพ	2	0.5
รพ.เอกชน / ผู้ประกอบการคลินิก ร้านยา	2	0.5
บริษัท/นิติบุคคล/รัฐวิสาหกิจ	0	0
บุคลากรทางการแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข	27	6.7
บุคลากรทางการแพทย์นอกกระทรวง	1	0.2
ประชาชน/ผู้ป่วย/ผู้พิการ/ญาติ	4	1
อสม./นักบวช	0	0
อื่นๆ.....	19	4.9
4. จังหวัดปฏิบัติงาน		
อุบลราชธานี	71	17.6
ศรีสะเกษ	148	36.6
ยโสธร	90	22.3
อำนาจเจริญ	45	11.1
มุกดาหาร	44	10.9
ส่วนกลาง/อื่นๆ.....	6	1.5

สร้างแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10

เริ่มต้นด้วยการนำข้อมูลนำเข้าสำคัญจากการทบทวนแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 มาวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายใน ได้แก่ จุดแข็งและจุดอ่อน และการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ โอกาส และอุปสรรค วิเคราะห์โดยกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 30 กลุ่ม ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง สถาบันการศึกษา/โรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประชาชนกลุ่มป่วย กลุ่ม

เปราะบาง/ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส/ผู้ต้องขัง/ยาเสพติด/ผู้ป่วยจิตเวช ส่วนราชการระดับจังหวัด ฝ่ายปกครอง/ความมั่นคง/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ประชาชนกลุ่มสุขภาพดี ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการให้บริการอาสาศักดิ์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสถานพยาบาล/ร้านยา/คลินิก(เอกชน) ญาติผู้ป่วย/ญาติผู้มารับบริการ ผู้ประกอบการ/ผู้รับเหมา/ร้านอาหาร/ตลาดสด ส่วนท้องถิ่น(อปท./อบต./อบจ./เทศบาล/) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิชาการ

กขป./เครือข่ายสมัชชา/สถาบันพัฒนา/องค์กรชุมชน
วัด/ศาสนสถาน/พระสงฆ์/นักบวช ประกันสังคม หน่วย
บริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (เรือนจำ รพ.
สังกัดมหาดไทย /กลาโหม / มหาวิทยาลัย) สื่อมวลชน
หน่วยบริการด้านสุขภาพ ชายแดน/เพื่อนบ้าน/ประเทศ
เพื่อนบ้าน NGOs หน่วยบริการในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข หน่วยบริการในสังกัด อปท. บุคลากร
สาธารณสุขในสังกัด และบริษัทประกันชีวิต โดยให้มี

ส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวกับ
แผนยุทธศาสตร์ โดยใช้หลักการและวิธีการวิเคราะห์
ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายใน วิเคราะห์ปัจจัย
สภาพแวดล้อมภายนอก นำผลการวิเคราะห์มาจับคู่
ด้วยเครื่องมือ Tows Matric หาความสัมพันธ์
สอดคล้อง จัดกลุ่ม จัดหมวดหมู่ นำมาจัดลำดับปัญหา
ลำดับความสำคัญก่อนหลัง



ความคาดหวัง พบว่ามีความคาดหวังกับ
หน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพ มากสุด
รองลงมาคาดหวังให้เกิดประโยชน์กับประชาชนกลุ่ม
เสี่ยง สถาบันการศึกษา/โรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
ตามลำดับ เนื่องจากแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10
จะเกี่ยวเนื่องและสนองตอบกลุ่มเป้าหมาย

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อม
ภายใน การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก
พบว่า มีหลายปัจจัยที่ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์และ
พันธกิจ และมีบางปัจจัยหรือบางประเด็นที่ยัง
ไม่สอดคล้องหรือตอบสนองต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจ
จึงได้ระดมความคิดเห็นด้วยการประชุมกลุ่มย่อย
การอภิปราย การแลกเปลี่ยน และสกัดให้ตกผลึก

ร่วมกัน จึงกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์
ประเด็นยุทธศาสตร์ ค่านิยมและตัวชี้วัดของเขตสุขภาพ
ที่ 10 ให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ตลอดจนคาดการณ์
ให้เหมาะสมและเป็นพลวัต

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 10

ประเด็นยุทธศาสตร์ ค่านิยมและตัวชี้วัดของ
เขตสุขภาพที่ 10 ให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ตลอดจน
คาดการณ์ให้เหมาะสมและเป็นพลวัต โดยได้ผ่าน
กระบวนการ ขั้นตอนและผ่านกระบวนการตรวจสอบ
ถ่วงถ่วงและผ่านกระบวนการสอบถามความคิดเห็น
จากผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 10 นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดทุกจังหวัด ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ทุกจังหวัด ผู้บริหารของศูนย์วิชาการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ภาควิชาเวชศาสตร์และผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นฉันทามติร่วมกัน ว่าเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เป็นแกนกลางการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การสร้างแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10

การทบทวนแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 โดยการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายใน ได้แก่ จุดแข็งและจุดอ่อน และการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ โอกาส และอุปสรรค วิเคราะห์โดยกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 30 กลุ่ม ซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่มีตกหล่นหรือละเลยในกลุ่มใดๆ ทั้งนี้ เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 เป็นแผนที่สนองตอบทุกกลุ่ม ทุกวัย ทุกพื้นที่ ซึ่งความคาดหวังของการให้ความเห็นให้ความคาดหวังกับหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพ มากสุด

การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อม

ภายใน การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก มีหลายปัจจัยที่ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจ และมีบางปัจจัยหรือบางประเด็นที่ยังไม่สอดคล้องหรือตอบสนองวิสัยทัศน์และพันธกิจ จึงได้ระดมความคิดเห็นด้วยการประชุมกลุ่มย่อย การอภิปราย การแลกเปลี่ยน และสกัดให้ตกผลึกร่วมกัน จึงกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ประเด็นยุทธศาสตร์ ค่านิยมและตัวชี้วัดของเขตสุขภาพที่ 10 ให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ตลอดจนคาดการณ์ให้เหมาะสมและเป็นพลวัต

การประเมินผลการมีส่วนร่วม

ประเมินผลความคิดเห็นต่อแผนยุทธศาสตร์

รายด้าน

ซึ่งได้ผ่านกระบวนการสอบถามความคิดเห็นจากผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 10 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้บริหารของศูนย์วิชาการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ภาควิชาเวชศาสตร์และผู้ป่วยฉุกเฉิน สรุปผลความคิดเห็น ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินผลด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 (n=404)

ประเด็นประเมินผล	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. วิสัยทัศน์	391	96.8	13	3.2
2. พันธกิจ	400	99.9	4	.7
3. เป้าประสงค์	399	99.0	5	1.0
4. ประเด็นยุทธศาสตร์	391	97.0	12	3.0
5. ค่านิยมองค์กร	391	98.3	7	1.7
6. ค่านิยมองค์กร	399	99.0	5	1.0

การมีส่วนร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์
ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566 - 2570 เขตสุขภาพที่ 10 ได้ประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อเห็นถึงความตรง 3 การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566 - 2570 เขตสุขภาพที่ 10 (n=404)

การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านการตัดสินใจ	4.1	1.06	มาก
ด้านการวางแผน	3.8	1.62	ปานกลาง
ด้านการประเมินผล	4.3	0.99	มาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) แผนยุทธศาสตร์เป็นแผนที่ได้จากการระดมสมองของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและภาคเครือข่าย เพื่อตอบสนองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายคือประชาชน จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐที่จะสนองตอบความคาดหวังและให้ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและตามความเหมาะสมของบริบทนั้นๆ

2) แผนยุทธศาสตร์ควรทบทวนทั้งระบบเป็นระยะหรือในช่วงระยะเวลา เพื่อทันสมัยทันเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านนโยบาย คณะผู้บริหารและบริบท

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เป็นบทบาทภารกิจหน้าที่ที่ควรดำเนินการร่วมกันอย่างจริงจัง

2) ในระยะเริ่มนำแผนยุทธศาสตร์แปลงสู่การปฏิบัติควรมีการกำกับ ติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การเตรียมกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

เหมาะสมและผ่านการเห็นชอบ อย่างมีนัยสำคัญเพื่อให้ได้แผนยุทธศาสตร์ที่จะสามารถขับเคลื่อนและมีประสิทธิภาพสูงสุดในทุกด้าน ผลสรุปดังตาราง 3

เป็นความท้าทายของผู้ศึกษาวิจัย เนื่องจากต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และมีเวลาเพียงพอในการจัดกิจกรรมกลุ่ม และควรได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในทุกกระบวนการ ทุกขั้นตอน

2) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควรมีระยะเวลาของแผนยุทธศาสตร์ทั้งระยะสั้นและระยะยาวควบคู่ที่พร้อมๆกัน เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงและเหมาะสมในบริบทต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1(พ.ศ. 2561 – 2580). กรุงเทพฯ.
คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561. Economic Policy, 29(1), 173-186.
จตุรงค์ ปานใหม่. (2564). การพัฒนาระบบการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัด นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา, ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2564).

- ฉวีวรรณ สัตยธรรมและคณะ. (2557). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ณัชภัทร พานิช และคณะ. (2559). ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน จังหวัดน่าน. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ, ปีที่ 8 (2016): ฉบับพิเศษ ตุลาคม - ธันวาคม 2558.
- ประชัย ศรีจามร. (2549). การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการปลูกป่าภาครัฐ ตำบลป่าน้อยออดอนชัย อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย, ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ปราณี พระโรจน์. (2563). การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์, 13(2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2563)), p186-195.
- ปาริชาติ พุทไธสง. (2563). การประเมินผลแผนสุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 (2020): กรกฎาคม - ธันวาคม 2563.
- ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. (2558). รายงานวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายที่มหอมครอบครัว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 1-7.
- ภาวนา อำนวยตระกูล. (2566). ระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, ปีที่ 7 ฉบับที่ 13 (2023): ตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, (2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนที่ 40 ก, 6 เมษายน 2560.
- วณิจ จงจิตร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. 11(1), 45-64.
- วัฒนา พัฒนพงศ์. (2547). การบริหารเชิงกลยุทธ์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: วีเอส.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สมชาย ภคภาสน์วิวัฒน์. (2551). กลยุทธ์การแข่งขันของธุรกิจ. กรุงเทพฯ: มติชน.
- สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ. (2548). อบต. ในอุดมคติ. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. (2558). การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการเดินวิ่งและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน.
- สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2551). การทบทวนข้อมูลเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สุภาพร พิศาลบุตร. (2545). การวิเคราะห์งาน การประเมินผลงาน. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือสถาบันราชภัฏสวนดุสิต.

อุสาคี พงศ์จิระวงศ์ และคณะ. (2555). กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแบบมุ่งผลลัพธ์: กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3794>.

Edwards, F. E. (2001). Advanced Focus Group Research. Sage: United State of America.

Ghebreyesus, T. A. J. W. p. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. 19(2), 129.

Goodstein et al. (1993). Applied strategic planning: A comprehensive guide. New York: McGraw-Hill.

Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2564). ประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทย. <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23307#>.

Ministry of Health. (2015). The Japan Vision: Health Care 3035. Japan 2035 -leading the world through health. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare.

Tan X และคณะ. (2017). Healthy China 2030: a vision for health care. Value Health Reg Issues. https://www.ispor.org/docs/Default source/publications/newsletter/commentary_health care_china_2030.pdf?sfvrsn=3b155d92_0.

World Health Organization. (2022). Institute of Health Metrics and Evaluation : Global Health Data Exchange (GHDx). Retrieved 14 May 2022 from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

World Health Organization. (2022). Mental health. Retried from https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1.

World Health Organization. (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva.

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม

อรอุมา รัตนบุรณย์¹, อารยา ฉัตรธนะพานิช²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือ มีทั้งหมด 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 51 คน คือ นายแพทย์โรงพยาบาลเชียงยืน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงยืน/ตัวแทนเทศบาลตำบลเชียงยืน เกษัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร พยาบาลวิชาชีพ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 3 คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแทนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 19 หมู่บ้าน โดยแบ่งเป็นหมู่บ้านละ 2 คน จำนวนกลุ่มละ 38 คน การวิจัยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตตำบลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 20 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลัง ใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม คือ 1) ความรู้ (Knowledge) 2) ทักษะ (Attitude) 3) การให้คุณค่าแก่ตัวเอง (Value) 4) การตระหนักรู้ (Self-awareness) และ 5) ความพึงพอใจ (Satisfaction) ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ดูแลหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทักษะในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการดูแลมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากผลการวิจัยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : รูปแบบ, การดูแล, โรคหลอดเลือดสมอง

^{1, 2}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม Email: ae_onauma@hotmail.com

Stroke Care Model in Chiang Yuen Subdistrict, Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province

Onauma Rattanaburom¹, Araya Chattanapanich²

Abstracts

This Action research aimed to study the development of Stroke Care Model in Chiang Yuen Subdistrict, Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province. The sample was divided into 3 phases: Phase 1 and Phase 2 involved 51 participants, including doctors from Chiang Yuen Hospital, representatives from the Chiang Yuen Sub-district Administrative Organization/ Chiang Yuen Sub-district Municipality, pharmacists, physiotherapists, nutritionists, professional nurses, local health volunteers, and caregivers for stroke patients, phase 3 consisted of caregivers and representatives of stroke patients from 19 villages, with two individuals per village, totaling 38 participants. The research applied the action research principles of Kemmis and McTaggart, comprising Planning (P), Action (A), Observation (O), and Reflection (R). The study was conducted at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province, over a period of 20 weeks. Data was analyzed by collection, categorization, content analysis, and comparison of average scores before and after using the paired t-test statistics. The findings revealed that the stroke care model in Chiang Yuen Subdistrict, Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province includes 1) Knowledge, 2) Attitude, 3) Value, 4) Self-awareness, and 5) Satisfaction. The trial results showed that after the experiment, the caregiver sample group had significant statistical differences at the 0.05 level in their knowledge and attitude scores toward patient care, self-awareness in patient care, and the stroke patients showed differences in daily activity assessment scores and patient satisfaction. The developed model enhances the potential for caring for stroke patients in Chiang Yuen sub-district, Chiang Yuen district, Maha Sarakham province, achieving the set goals.

Keywords: Model, Care, Stroke

^{1,2}Registered Nurse Professional Level, Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province,

Email: ae_onauma@hotmail.com

บทนำ

จากการรายงานโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ องค์การอัมพาตโลก รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี และในแต่ละปี มีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน ทั้งนี้ องค์การอัมพาตโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2558 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน (WHO, 1988) ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลก รายงานพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี โดยเฉลี่ยทุก 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก ในประเทศไทยพบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจรและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับ 2 ในเพศหญิง รองจากโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year: DALY) อันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง จึงเป็นโรคที่มีความสำคัญยิ่งโรคหนึ่งของประชากรไทย (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) อาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดหรือแตก รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ได้เร็ว โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือดที่จำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) ภายในเวลา 270 นาที (door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง (American Heart association, 2014) เมื่อสมองขาดการได้รับเลือดในเวลาสั้น ๆ ส่งผลให้สมองหยุดการทำงานและเซลล์สมองมีความเสี่ยงในการตาย ซึ่งสามารถนำไปสู่อาการปากเบี้ยว, การพูดที่ไม่ชัดเจน, และการเคลื่อนไหวที่ขาหรือแขนบนด้านใดด้านหนึ่ง กลายเป็นอ่อนแรง หรือแม้กระทั่งไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย โรคที่เกี่ยวข้องกับสภาวะนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ โรคที่เกิดจากการตีบหรือการตันของหลอดเลือด (Ischemic stroke) และโรคจากการแตกของหลอดเลือดสมอง (Hemorrhagic stroke) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2554) ตามข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ระหว่างปี 2562-2564 มีผู้ป่วยจำนวน 534,588 ราย หรือประมาณ 645 คนต่อประชากรแสนคน อีกทั้งยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคนี้นี้ยังคงเพิ่มขึ้น ในช่วงเวลาเดียวกัน มีอัตราการเสียชีวิต 52.97, 52.80 และ 55.53 คนต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากสถิติการรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเขียงยืนปี 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 112 คน เป็นตำบลเขียงยืนรายใหม่ 19 คน เสียชีวิต 7 คน และพิการ 4 คน ปี 2564 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 174 คน เป็นตำบลเขียงยืนรายใหม่ 22 คน เสียชีวิต 6 คน และพิการ 4 คน ปี 2565 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 165 คน เป็นตำบลเขียงยืนรายใหม่ 32 คน เสียชีวิต 13 คน และพิการ 2 คน และปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 160 คน เป็นตำบลเขียงยืนรายใหม่ 24 คน เสียชีวิต 1 คน และพิการ 1 คน และโดยตำบลเขียงยืนประกอบด้วย 19 หมู่บ้าน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 219 คน (โรงพยาบาลเขียงยืน, 2566) โดยจากการสัมภาษณ์

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ไม่มีความรู้ ไม่มั่นใจ และวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแล และเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยการดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ซึ่งมีพลังและความสามารถในการริเริ่มที่จะใช้วิธีการที่เหมาะสมอย่างจริงจัง มีเป้าหมายเพื่อควบคุมและปรับปรุงปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อการทำงานที่และพัฒนาการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสุขภาวะ บุคคลถูกคาดหวังให้มีสิทธิและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง และดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ต้องการความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเป้าหมายและการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง และความรู้เฉพาะเกี่ยวกับตนเอง ภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เพื่อเข้าใจความต้องการและความบกพร่องในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2.3 เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบล เชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ตามรูป1



รูป 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ

McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 20 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม และ 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 กลุ่มตัวอย่าง มีทั้งหมด 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 51 คน คือ นายแพทย์โรงพยาบาลเชียงยืน 1 คน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนเชียงยืน 1 คน ตัวแทนเทศบาลตำบลเชียงยืน 1 คน เกษตรกร 2 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน โภชนากร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 19 คน และตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 19 คน ระยะที่ 3 คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแทนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 19 หมู่บ้าน โดยแบ่งเป็นหมู่บ้านละ 2 คน ได้จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 38 คน และตัวแทนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 38 คน

2.2.2 เกณฑ์การเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก สำหรับ ผู้ดูแล 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) อาศัยอยู่ในตำบลเชียงยืน วันที่ 1 มีนาคม 2566 3) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 3) ยินดีร่วมโครงการวิจัย และสำหรับผู้ป่วย 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือมีรายชื่อในทะเบียนว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน วันที่ 1 มีนาคม 2566 2) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 3) ยินดีร่วมโครงการวิจัย

2.2.3 เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) ย้ายถิ่นฐานออกจากพื้นที่ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงจนไม่สามารถร่วมโครงการได้

2.2.4 ระยะเวลาการเก็บข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยทำการเก็บตัวอย่างระหว่าง 1 มีนาคม 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 โดยจะเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังจากการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงยืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) คำถามในการสนทนากลุ่ม Focus group การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม 2) คำถามในการสนทนากลุ่มในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาศึเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคามและแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นหลังจากที่ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นหลังจากที่ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม ทดลองใช้กับผู้ดูแลและประเมินผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทักษะในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วย และติดตามแบบประเมินกิจกรรมประจำวัน และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหาภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลภูทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้านปัจจัยทางความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยทางทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยทางความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยทางความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา และโดยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ใช้การวิเคราะห์หาค่า KR-20 เท่ากับ 0.75 และได้ค่าความเชื่อมั่นด้านปัจจัยทางทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 0.84 ปัจจัยทางความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 0.87 และปัจจัยทางความพึงพอใจของผู้ป่วย เท่ากับ 0.83 ตามลำดับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการใช้แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเขียงยืน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ในลักษณะส่วนบุคคลจะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนไทล์ที่ 25 และ 75

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ นายแพทย์โรงพยาบาลเขียงยืน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนเขียงยืน ตัวแทนเทศบาลตำบลเขียงยืน เกษัชกร นักกายภาพบำบัดโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแทนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จัดทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูลจัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ประกอบด้วยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลเขียงยืน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ CY 16/2566 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย**1. ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยะยา จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.3 มีอายุเฉลี่ย 41.86 ปี (S.D. = 4.61 ปี) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 76.3 มีมีฐานของรายได้ 6,750 บาท ($P_{25} = 5,000$ บาท : $P_{75} = 10,000$ บาท) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.1

ตาลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยะยา จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.3 มีอายุเฉลี่ย 61.57 ปี (S.D. = 9.74 ปี) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.4 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 65.8 มีมีฐานของรายได้ 5,500 บาท ($P_{25} = 3,000$ บาท : $P_{75} = 10,000$ บาท) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.5 ตาลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=38 คน)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ดูแล		ผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	9	23.7	21	55.3
หญิง	29	76.3	17	44.7
2. อายุ (ปี)				
Mean (S.D.)	41.86 (4.61)		61.57 (9.74)	
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	17	44.7	18	47.4
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	14	36.8	15	39.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	18.5	5	13.1
4. แอลกอฮอล์				
ดื่ม	9	23.7	13	34.2
ไม่ดื่ม	29	76.3	25	65.8
6. รายได้				
Median (P_{25} : P_{75})	6,750 (5,000 : 10,000)		5,500 (3,000 : 10,000)	
5. โรคประจำตัว				
ไม่มี	27	71.1	4	10.5
มี	11	28.9	34	89.5

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยะยา จังหวัดมหาสารคาม

การประชุมพัฒนาระบบการครั้งที่ 1 วันที่ 5 เมษายน 2566 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย นายแพทย์

โรงพยาบาลเชียงยืน 1 คน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนเชียงยืน 1 คน ตัวแทนเทศบาลตำบลเชียงยืน 1 คน เกษีกร 2 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน โภชนากร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 19 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง 19 คน รวม 51 คน ประกอบด้วย

- 1) การวางแผน (Plan) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยะยี่ จังหวัดมหาสารคาม เริ่มต้นจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยกิจกรรมการแนะนำตัว สร้างเสริมการให้ความรู้ที่ถูกต้อง แร่ประสบการณ์ของการดูแลที่ถูกต้อง ให้คำแนะนำ พูดคุยความคิดเห็นของแต่ละฝ่ายให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีปัญหา และสร้างแรงบันดาลใจและแนวทางในการแก้ไขปัญหาในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยะยี่ จังหวัดมหาสารคาม และกระบวนการ Future Search Conference: FSC การมองอดีต เห็นปัจจุบัน และวาดภาพในอนาคตที่อยากให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
- 2) การปฏิบัติการตามแผน (Act) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการเสริมสร้างพลังให้กับคนในชุมชนที่เป็นตัวแทนคนทั้งพื้นที่ ประกอบด้วย นายแพทย์โรงพยาบาลเชียงยืน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนเชียงยืน/ตัวแทนเทศบาลตำบลเชียงยืนเภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร พยาบาลวิชาชีพ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้ามามีส่วนร่วมและส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้จักคิดแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องผ่านกระบวนการเล่าสถานการณ์ทั่วไปและโยนคำถาม ผ่านกิจกรรมการสร้างความตระหนัก การรับรู้สภาพการณ์ความเป็นจริง การสะท้อนความคิดอย่าง มี วิจารณ์ญาณ โดยจัดกิจกรรมการหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) การติดตามการปฏิบัติการตามแผน (Observe) ตรวจสอบการจัดกิจกรรมและแผนการควบคุมกำกับและติดตามผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4) การสังเกตการณ์ปฏิบัติการและการสะท้อนผล (Reflect) จากการประเมินติดตามกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าประเด็นที่อาจต้องบันทึกเป็นกิจกรรมหลายประเด็นเพื่อเป็นแนว

ทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ การรับรู้ ความสามารถแห่งตนในการดูแล การเสริมพลัง การร่วมแรงร่วมใจของทุกคน รวมถึงการส่งเสริมให้มีการเข้าถึงทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประชุมพัฒนาระบบการครั้งที่ 2 วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 ผู้ร่วมประชุมนายแพทย์โรงพยาบาลเชียงยืน 1 คน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนเชียงยืน 1 คน ตัวแทนเทศบาลตำบลเชียงยืน 1 คน เภสัชกร 2 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน โภชนากร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 19 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 19 คน รวม 51 คน เริ่มจากการทบทวนแนวทางการพัฒนารูปแบบและการดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาอุปสรรคเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การติดตามดูแลจากเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลที่ควบคุมและเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคม รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ ซึ่งเป็นหน้าที่และภาระกิจที่สำคัญที่จะต้องเข้ามาร่วมกันในการสอดส่องดูแลและรับผิดชอบปัญหาาร่วมกัน เกิดการประสานงานทั้งข้อมูล สถานการณ์ และการดำเนินกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยจากการสรุปทุกประเด็นของกระบวนการคือ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง ทักษะที่ดีต่อผู้ป่วย การให้คุณค่าแก่ตัวเอง ส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตน สิ่งที่ต้องเพิ่มเติมคือเรื่องการสร้างผลลัพธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ค่อนข้างยากในการดูแลกำกับเนื่องจากเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดจากการบริการที่มีประสิทธิภาพ การแบบอย่างที่ดี และประเด็นที่ต้องเพิ่มเติมคือทักษะชีวิตด้านการดูแลที่ถูกต้อง

จากจัดประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง สะท้อนคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยะยี่ จังหวัดมหาสารคาม

จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการจนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยะยั้ง จังหวัดมหาสารคาม ที่นำมาใช้แก้ปัญหาในพื้นที่ โดยมีรูปแบบดังนี้

1) ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อมูล ข้อมูลสารสนเทศ และข้อมูลที่เราเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในโลก ความรู้สามารถมาจากการศึกษา การสอน การทดลอง ประสบการณ์ส่วนตัว หรือแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่เราได้รับมาตลอดชีวิตของเรา

2) ทักษะ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ และทัศนคติที่เรามีต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต เป็นแนวคิดหรือทัศนคติที่เรานำมาดำรงต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เราเผชิญหน้าในชีวิตประจำวัน ทักษะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของเรา เนื่องจากมันมีผลต่อวิธีที่เราตอบสนองต่อสถานการณ์และผลของการกระทำ

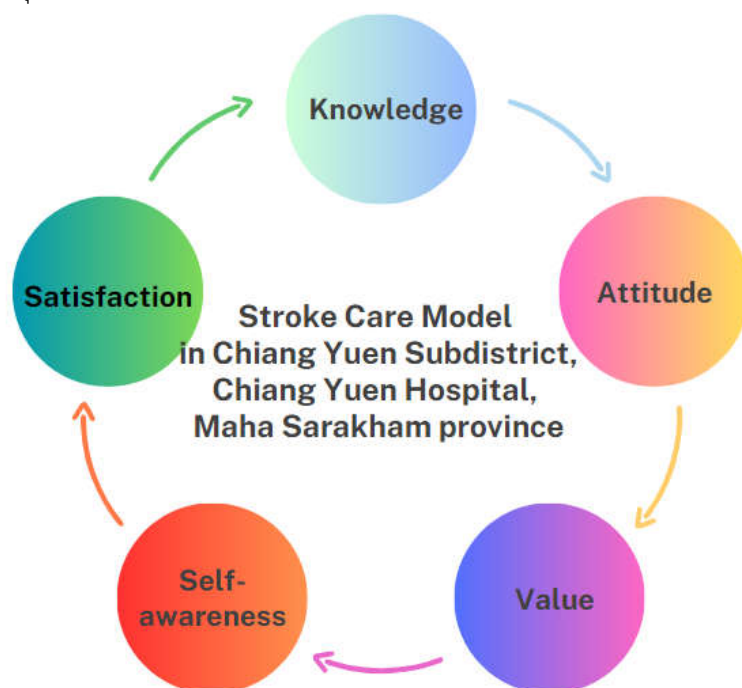
3) การให้คุณค่าแก่ตัวเอง (Value) หมายถึง กระบวนการหรือความสำคัญในการรับรู้และเคารพความคุณค่าของตนเอง นั่นคือการเข้าใจและมีความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเองทั้งในด้านร่างกาย, จิตใจ, และทางสังคม การให้คุณค่าแก่ตัวเองเกี่ยวข้องกับการ

มองตนเองในแง่บวก รักตนเอง และเคารพตนเองในทุกสถานะ มันไม่ใช่การคิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญเสมอ แต่เป็นการเข้าใจและรับรู้คุณค่าของตนเองเป็นส่วนสำคัญของชีวิตและสังคม

4) การตระหนักรู้ (Self-awareness) หมายถึง ความรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง นี่คือการเข้าใจและรู้จักความสามารถทางร่างกาย ความสามารถทางอารมณ์ และความสามารถทางสังคมของตนเอง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาตนเองและการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน

5) ความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง การแสดงความพอใจหรือความสุขต่อสิ่งที่เรามีหรือสิ่งที่เราได้รับ โดยความพึงพอใจเป็นอารมณ์หรือสภาวะทางจิตที่เกิดขึ้นเมื่อเรารู้สึกว่าความคาดหวังหรือความต้องการของเราได้รับการประทับใจหรือเป็นไปตามที่เราต้องการในขณะนั้น

จากการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยะยั้ง จังหวัดมหาสารคาม ดังรูป 2



รูป 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ดูแล โดยวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า สำหรับผู้ดูแลหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า ผู้ดูแลหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแล เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 7.60 คะแนน (95%CI=7.06-8.14) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 18.76 คะแนน (95%CI=16.83-20.68) และสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการดูแลมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 45.39 คะแนน (95%CI=42.37-48.41) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 15.11 คะแนน (95%CI=12.10-18.10) ตามลำดับรายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง

การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	หลัง Mean (SD)	ก่อน Mean (SD)	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ผู้ดูแล						
ความรู้	13.60	6.00	7.60	7.06-8.14	28.36	<0.001**
ทักษะคิด	34.15	15.39	18.76	16.83-20.68	19.73	<0.001**
การรับรู้ความสามารถแห่งตน	41.92	21.55	20.37	18.21-22.52	19.17	<0.001**
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						
แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน	77.23	31.84	45.39	42.37-48.41	30.47	<0.001**
ความพึงพอใจ	30.97	15.86	15.11	12.10-18.10	10.18	<0.001**

**p-value<0.001

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการจนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม ที่นำมาใช้แก้ปัญหาในพื้นที่จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ผลลัพธ์โดยมีรูปแบบที่จำเป็นของพื้นที่ตำบลเชียงยืน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1) ความรู้ (Knowledge) 2) ทักษะ (Attitude) 3) การให้คุณค่าแก่ตัวเอง (Value) 4) การตระหนักรู้ (Self-awareness) และ 5) ความพึงพอใจ (Satisfaction) เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดีและเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่นี้ได้ดีขึ้นผ่านทางการความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรู้ถึงอาการ การวินิจฉัย และการรักษาอย่างถูกต้อง ส่งเสริมการมีทัศนคติที่เชื่อมั่นและเข้าใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมทัศนคติที่เห็นคุณค่าและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมการรักตนเองและการมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมความรู้ว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถมีส่วนร่วมในการรักษาโรค การส่งเสริมการตระหนักรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นไปได้ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการติดตามและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงการดูแลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนทดลอง โดยเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาทิเช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการดูแล และกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ มาสิงบุญ (2566) ศึกษาความรู้โรค

หลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ก่อนและหลังพัฒนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P value<0.05) และบุญน้อม ไกรยา, นิญาพัชญ์ ศิระรัตนาวรรณ และยุพาวดี แซ่เตีย (2566) พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value<0.001)

ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนทดลอง ผ่านการส่งเสริมทัศนคติที่เชื่อมั่นและเข้าใจความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของบุญน้อม ไกรยา, นิญาพัชญ์ ศิระรัตนาวรรณ และยุพาวดี แซ่เตีย. (2566) พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001)

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง ผ่านการส่งเสริมการรับรู้ถึงความสามารถและพลังของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนตา สุขเกษ, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนูศรี (2561) พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนทดลอง โดยการพัฒนารูปแบบทำให้มีค่าประเมินกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นเหมาะสมและช่วยในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของเสรีวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาฤกษ์ ป้องเจริญ (2556) ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ภายหลังการจำหน่าย 30 วัน ($X=75.08$, $SD=23.89$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วันมากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ดูแล หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ดูแลสูงกว่าก่อนทดลอง รูปแบบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ มาสิงบุญ (2566) ความพึงพอใจ หลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น จากก่อนพัฒนาในระดับปานกลาง หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากในทุกๆด้าน 3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน หลังพัฒนาพบว่าการมีส่วนร่วมก่อนพัฒนายู่ในระดับปานกลาง หลังพัฒนาการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากในทุกๆ ด้าน

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข(2565). สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เสรีวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาฤกษ์ ป้องเจริญ. (2556). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระยายมราช สุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 21(1): 4-21.
- เดือนตา สุขเกษ, วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนูศรี. (2561). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร. วารสารพยาบาล, 67(3): 19-27.
- นิพนธ์ พวงรินทร์(2554). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญน้อม ไกรยา, นิญาพัชญ์ ศิระรัตนวัฒน์ และยุพาวดี แซ่เตีย. (2566). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 38(2): 52-63.

เบญจมาศ มาสิงบุญ. (2566). การพัฒนารูปแบบการ
เข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม.
วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(1):
411-422.

โรงพยาบาลเขียงยืน(2566). รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตำบลเขียงยืนปี 2563-2566.
มหาสารคาม: โรงพยาบาลเขียงยืน.

สถาบันประสาทวิทยา(2558). แนวทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล
ทั่วไป.กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

American Heart association(2014). American
Heart association/American Stroke
Association of Target: stroke campaign
manual. American Heart Association;

WHO.(1988). MONICA. Project investigators.
The World Health Organization MONICA
Project (Monitoring Trends and
Determinants in Cardiovascular Disease).
J ClinEpidemiol, 41(1): 105-114.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง ของจังหวัดศรีสะเกษ

ธนกร ชมาฤกษ์¹

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรงทั่วโลก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดศรีสะเกษ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคระดับชาติของจังหวัดศรีสะเกษ (รายงาน 506) ระหว่าง พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2566 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 100 ราย และฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 282 ราย ใช้การทดสอบไคสแควร์ และการถดถอยโลจิสติกเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (62.3%) อายุน้อยกว่า 50 ปี (84.6%) และอายุเฉลี่ย 29.88 ปี สถานภาพโสด (62.6%) หรือหย่าร้าง (10.7%) และร้อยละ 33.2 เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 58 ราย ร้อยละ 15.2 มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ยังมี 141 คน (36.9%) ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ผลวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศชาย (Adj. OR =12.12, 95%CI 5.32-27.61, $p<0.001$) และอายุมากกว่า 50 ปี (Adj. OR =3.93, 95%CI 1.65-9.36, $P=0.002$) อื่นๆ ได้แก่ สัญญาณเบื้องต้นที่จะเกิดอันตรายต่อตนเอง (Adj. OR =3.31, 95%CI 1.62-6.76, $p=0.001$) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้ (Adj. OR =2.48, 95%CI 1.19-5.20, $p=0.016$) และปัญหาทางการเงิน (Adj. OR =4.85, 95%CI 1.90-12.41, $p=0.001$) สรุป ปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ อายุ เพศ สัญญาณเริ่มต้นที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาทางการเงิน

คำสำคัญ : ความพยายามฆ่าตัวตาย, ความคิดฆ่าตัวตาย, ปัจจัยเสี่ยง

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ Email: punpuan.orthologist@gmail.com

Factors Related to success Suicide in Suicidal Attempt Patient in Sisaket Province

Tanakorn Chamalerk¹

Abstracts

Suicide is a serious public health concern worldwide. This study aimed to investigate the risk factors that related to suicide success among suicidal attempt people in Sisaket province. It is a retrospective cohort study. Data from Sisaket's national disease surveillance (report 506) between 2022 to 2023 was collected. Among them, 100 people had successful suicide, and 282 people had unsuccessful suicide. The chi-square test for univariate analysis was used to analyze risk factors. Then, multivariate logistic regression analysis was performed to find the risk factors for suicidal attempts. among people with suicidal attempts.

This study found that most of the people were female (62.3%), most of them aged less than 50 years (84.6%), and the mean age was 29.88 years. Most of them were single (62.6%) or divorced (10.7%). And 33.2% of them were diagnosed with depressive disorder. There were 58 people, of which 15.2% had an underlying disease. Also, there were 141 people (36.9%) who had a history of suicidal attempts. Multiple logistic regression analysis was analyzed the risk factors of male gender (Adj. OR =12.12, 95%CI 5.32-27.61, $p<0.001$) and age more than 50 years (Adj. OR =3.93, 95%CI 1.65-9.36, $p=0.002$). In addition, other risk factors, including early signal will be harmful themselves (Adj. OR =3.31, 95%CI 1.62-6.76, $p=0.001$), alcohol use (Adj. OR =2.48, 95%CI 1.19-5.20, $p=0.016$) and financial problems (Adj. OR =4.85, 95%CI 1.90-12.41, $p=0.001$). In conclusion, the risk factors for suicidal attempts in Sisaket province are age, gender, early signals that will harm themselves, alcohol use, and financial problems.

Keywords: Suicidal attempt, Suicidal ideation, Risk factors

¹Medical Doctor, Professional Level, Wang Hin Hospital, Sisaket Province, Email: punpuan.orthologist@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจากรายงานของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560-2564 จาก 6.03 ต่อแสนประชากร ในปี 2560 เป็น 7.38 ต่อแสนประชากร ในปี 2564 และยังคงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องใน 2565-2566 โดยสาเหตุปัจจัยการฆ่าตัวตายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา

จากการขอมูลวิเคราะห์ของวิเคราะห์ของกรมสุขภาพจิต วาองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง(Risk factors) ที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไป 2) มีสิ่งกระตุ้น (Trigger) หรือ มีปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ให้คิดและกระทำฆ่าตัวตาย 3) เข้าถึงวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่าย หรือดำนกันล้มเหลว 4) การเฝ้าระวังป้องกันล้มเหลว 5) บุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ที่อ่อนแอ

โดยปัจจุบันมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายทั้งในไทยและต่างประเทศ การศึกษาปัจจัยที่มีการฆ่าตัวตายในคนที่มีความคิดฆ่าตัวตายในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาการช่วยเหลือตนเอง การมีภาวะพึ่งพิง ภาวะซึมเศร้า การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย (Choi et al., 2017) ส่วนในประเทศสวีเดน มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในระยะยาว พบว่า ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยเบื้องต้นของโรคจิตหรือภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ หรือ การพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในระยะยาว (Probert-Lindström et al., 2020) โดยโรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยง ได้แก่ Mood disorder, schizophrenia, alcohol dependents, personality disorder, anxiety disorder (จินตนา กมลพันธ์ และวันวิ พิมพรัตน์, 2563) ในประเทศไทย

มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชที่มาติดตามรักษากับจิตแพทย์ ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดหรือหย่าร้าง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าสถานภาพสมรส (จินตนา กมลพันธ์ และวันวิ พิมพรัตน์, 2563)

ดังนั้นแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำหรือป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงมีความสำคัญเพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิต ซึ่งมีการศึกษาเชิงคุณภาพศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายประกอบด้วยห้าหมวดย่อย ได้แก่ การสนับสนุนจากเพื่อนฝูง การสนับสนุนจากผู้ปกครอง การสนับสนุนจากโรงเรียน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และการสนับสนุนที่สำคัญ และการรู้คุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเอง (Chaniang et al., 2022) และมีการศึกษาวิธีการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยพบว่ามีแนวทางดังนี้ 1) เพิ่มการมีอิทธิพลเชิงบวกต่อเหตุผลที่ทำให้ผู้คนมีพฤติกรรม ฆ่าตัวตาย เช่น การลดความสิ้นหวังและความสิ้นหวังในช่วงภาวะซึมเศร้า 2)การลดการเข้าถึง วิธีการที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือการรายงานของสื่อที่ไม่เอื้ออำนวยซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (การเลียนแบบการฆ่าตัวตาย)(Hegerl, U., 2016)

จากข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งได้วิเคราะห์ข้อมูลจาก 2 แหล่ง ได้แก่ ระบบรายงานการเฝ้าระวังฆ่าตัวตายสำเร็จ (รง 506 S) และข้อมูลจากใบมรณบัตร พบว่าข้อมูลจากใบมรณบัตรมีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริง จากรายงาน รง 506S เนื่องจากเป็นแหล่งข้อมูลที่ได้ข้อมูลจากพื้นที่จริงมากที่สุด อย่างไรก็ตามในจังหวัดศรีสะเกษ ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ และป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง ของจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

ทำการศึกษาแบบ retrospective cohort study ทำการรวบรวมข้อมูลจาก แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต และกรณีเสียชีวิตจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (รง 506 S) ของจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565-2566 ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ เพศ อายุ ที่อยู่ เลขบัตรประชาชน โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ศาสนา
- 2) ข้อมูลการทำร้ายตนเอง ได้แก่ วิธีการทำร้ายตนเอง ประวัติการทำร้ายตนเอง ความตั้งใจทำร้ายตนเอง สัญญาณการทำร้ายตนเอง
- 3) ข้อมูลปัจจัยกระตุ้นในการทำร้ายตนเอง ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการใช้สุรา/สารเสพติด ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 382 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) : ผู้ป่วยรายงาน รง.506 การเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต และ ไม่เสียชีวิต

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) : ผู้ป่วยข้อมูลในรายงานไม่ครบถ้วน และผู้ป่วยข้อมูลในรายงานซ้ำ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (n), ร้อยละ (%), ค่าเฉลี่ย (Means), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(SD), ค่ามัธยฐาน (Median), ค่า Percentile 25 - Percentile 75 (IQR) และค่าสูงสุด ต่ำสุด ในการบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

2.1 หาความสัมพันธ์/เปรียบเทียบสัดส่วน ระหว่างข้อมูลที่เป็นเชิงกลุ่ม Categorical data เช่น Sex, สถานภาพสมรส, โรคประจำตัว และ ปัญหาต่างๆ ระหว่างกลุ่ม Suicide accomplished กับกลุ่ม Suicide unaccomplished ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher Exact test

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณ Continuous data เช่น Age (years) ระหว่างกลุ่ม Suicide accomplished กับกลุ่ม Suicide unaccomplished โดยใช้สถิติ Independent t-test ในกรณีข้อมูลแจกแจงปกติ ถ้าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U-test

2.3 การวิเคราะห์ปัจจัยต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Suicide accomplished) โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression โดยนำเสนอข้อมูลด้วย odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95% CI)

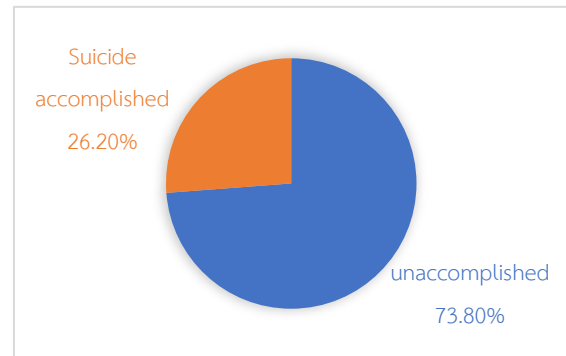
จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ PPH 2023-171 ตั้งแต่วันที่ 18 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 17 ตุลาคม 2567 โดยขั้นตอนการวิจัย เคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง จากแบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต และกรณีเสียชีวิต กรมสุขภาพจิต (รง 5065) ของจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565-2566 จำนวนทั้งสิ้น 382 คน พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ 100 ราย (26.2%) ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 282 ราย (73.8%) ดังรูป 1

การฆ่าตัวตาย	Frequency	Percent
สำเร็จ	100	26.2%
ไม่สำเร็จ	282	73.8%
Total	382	100%



ข้อมูลทั่วไปเป็นเพศหญิง จำนวน 238 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.3 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 50 ปี คิดเป็น 84.6% อายุเฉลี่ย 29.88 สถานภาพโสด 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.6 หย่าร้าง 41 ราย (10.7%) พบภาวะซึมเศร้า 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.2 มีโรคร่วมทางกาย 58 คน (15.2%) โดยเป็นคนที่เคยมีประวัติทำร้ายตัวเอง 141 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9

และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นร่วมด้วยคิดเป็น 99.2 % มีสัญญาณบ่งบอกว่าจําตัวเอง คิดเป็น 30.9% นอกจากนี้ยังมีการจำแนกข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ โดยจำแนกตามลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1: Demographic and clinical characteristics of participants, and the association between these characteristics and suicide accomplished (n=382)

Characteristics	Total		Suicide accomplished				p-value
	(n=382)		Yes (n=100)		No (n= 282)		
	n	%	n	%	n	%	
Sex							<0.001*
Male	144	37.7%	84	84.0%	60	21.3%	
Female	238	62.3%	16	16.0%	222	78.7%	
Age (years)							<0.001*
<50	323	84.6%	65	65.0%	258	91.5%	
≥50	59	15.4%	35	35.0%	24	8.5%	
Mean±SD.	29.88	±16.89	44.69	±15.85	24.62	±13.88	<0.001*
Median (IQR)	23.50	(16.0-43.0)	43.00	(31.25-55.0)	18.00	(15.0-30.25)	
Min-max	12	-82	13	-82	12	-72	

Characteristics	Total		Suicide accomplished				p-value
	(n=382)		Yes (n=100)		No (n= 282)		
	n	%	n	%	n	%	
Age (years)							
<20	164	42.9%	2	2.0%	162	57.4%	
20-29	71	18.6%	22	22.0%	49	17.4%	
30-39	35	9.2%	13	13.0%	22	7.8%	
40-49	53	13.9%	28	28.0%	25	8.9%	
50-59	35	9.2%	18	18.0%	17	6.0%	
≥60	24	6.3%	17	17.0%	7	2.5%	
สถานภาพสมรส							<0.001*
คู่	102	26.7%	42	42.0%	60	21.3%	
โสด	239	62.6%	36	36.0%	203	72.0%	
หม้าย/หย่า/แยก	41	10.7%	22	22.0%	19	6.7%	
สถานภาพสมรส							
คู่	102	26.7%	42	42.0%	60	21.3%	
โสด	239	62.6%	36	36.0%	203	72.0%	
หม้าย	12	3.1%	7	7.0%	5	1.8%	
หย่า	13	3.4%	7	7.0%	6	2.1%	
แยก	16	4.2%	8	8.0%	8	2.8%	
โรคประจำตัว							0.601
yes	211	55.2%	53	53.0%	158	56.0%	
no	171	44.8%	47	47.0%	124	44.0%	
โรคทางจิตเวช	172	45.0%	35	35.0%	137	48.6%	0.019*
โรคจิต	38	9.9%	23	23.0%	15	5.3%	<0.001*
โรคซึมเศร้า	127	33.2%	11	11.0%	116	41.1%	<0.001*
โรคทางกาย	58	15.2%	24	24.0%	34	12.1%	0.004*
เบาหวาน	10	2.6%	3	3.0%	7	2.5%	0.781
ความดันโลหิตสูง	19	5.0%	10	10.0%	9	3.2%	0.007*
โรคหัวใจ	2	0.5%	2	2.0%	0	0%	0.068
ไตวายเรื้อรัง	1	0.3%	0	0%	1	0.4%	1.000
โรคปอดเรื้อรัง	1	0.3%	1	1.0%	0	0%	0.262
ปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง	2	0.5%	2	2.0%	0	0%	0.068
อัมพาต/โรคเส้นเลือด	4	1.0%	1	1.0%	3	1.1%	1.000

Characteristics	Total		Suicide accomplished				p-value
	(n=382)		Yes (n=100)		No (n= 282)		
	n	%	n	%	n	%	
สมอง							
มะเร็ิง	2	0.5%	1	1.0%	1	0.4%	0.456
เอดส์/เอชไอวี	6	1.6%	3	3.0%	3	1.1%	0.187
เคยทำร้ายตนเอง							<0.001*
yes	141	36.9%	22	22.0%	119	42.2%	
no	241	63.1%	78	78.0%	163	57.8%	
ทำร้ายผู้อื่นร่วมด้วย							1.000
yes	3	0.8%	1	1.0%	2	0.7%	
no	379	99.2%	99	99.0%	280	99.3%	
ส่งสัญญาณบ่งบอกว่าจะทำร้ายตนเอง							<0.001*
yes	118	30.9%	49	49.0%	69	24.5%	
no	264	69.1%	51	51.0%	213	75.5%	

p values for mean data were calculated with the use of Mann-Whitney U-test, for percentages with the use of Chi-square test or Fisher's exact test, * Significant at p-value < 0.05

ตารางที่ 2: ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านต่างๆ กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ (n=382)

	Total		Suicide accomplished				p-value
	(n=382)		Yes (n=100)		No (n= 282)		
	n	%	n	%	n	%	
ปัญหาความสัมพันธ์							
น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ	173	45.3%	23	23.0%	150	53.2%	<0.001*
ถูกคนนินทาว่าร้ายจนอับอายมาก	11	2.9%	0	0%	11	3.9%	0.074
ปัญหาผิดหวังความรัก / หึงหวง	63	16.5%	13	13.0%	50	17.7%	0.273
ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด	172	45.0%	23	23.0%	149	52.8%	<0.001*
ต้องการการเอาใจ / ขอแล้วไม่ได้	16	4.2%	3	3.0%	13	4.6%	0.490
ปัญหาสูญเสียสมาชิกครอบครัว/คนรัก	2	.5%	1	1.0%	1	0.4%	0.456
ปัญหาสุขภาพ/ไม่มีคนดูแล	6	1.6%	2	2.0%	4	1.4%	0.654
ปัญหาความสัมพันธ์ในที่ทำงาน	5	1.3%	1	1.0%	4	1.4%	1.000
ปัญหาการใช้สุรา	69	18.1%	35	35.0%	34	12.1%	<0.001*
มีอาการมีเมมาสุราขณะทำร้ายตนเอง	64	16.8%	34	34.0%	30	10.6%	<0.001*
ปัญหาการใช้ยาเสพติด	24	6.3%	11	11.0%	13	4.6%	0.024*
มีอาการมียาขณะทำร้ายตนเอง	19	5.0%	10	10.0%	9	3.2%	0.007*

	Total		Suicide accomplished				p-value
	(n=382)		Yes (n=100)		No (n= 282)		
	n	%	n	%	n	%	
ปัญหาจากการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ	86	22.5%	28	28.0%	58	20.6%	0.126
ไม่มีคนดูแล	36	9.4%	7	7.0%	29	10.3%	0.334
ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย	71	18.6%	22	22.0%	49	17.4%	0.307
ปัญหาเศรษฐกิจ	57	14.9%	26	26.0%	31	11.0%	<0.001*
ยากจน	15	3.9%	5	5.0%	10	3.5%	0.520
ตกงาน	15	3.9%	8	8.0%	7	2.5%	0.015*
หนี้สิน	38	9.9%	20	20.0%	18	6.4%	<0.001*

p-value from Chi-square test or Fisher's exact test, * Significant at p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 และ 2 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 17 ตัวแปร คือ Sex ($p<0.001$), Age ($p<0.001$), สถานภาพสมรส ($p<0.001$), โรคทางจิตเวช ($p=0.019$), โรคจิต ($p<0.001$), โรคซึมเศร้า ($p<0.001$), โรคทางกาย ($p=0.004$), ความดันโลหิตสูง ($p=0.007$), เคยทำร้ายตนเอง ($p<0.001$), ส่งสัญญาณบ่งบอกว่าจะทำร้าย

ตนเอง ($p<0.001$), ปัญหาความสัมพันธ์ น้อยใจ ถูกดูต่ำ ต่ำหนิ ($p<0.001$), ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด ($p<0.001$), ปัญหาการใช้สุรา ($p<0.001$), ปัญหาการใช้ยาเสพติด ($p=0.007$), ปัญหาเศรษฐกิจ ($p<0.001$), ปัญหาตกงาน ($p=0.015$) และ ปัญหาหนี้สิน ($p<0.001$)

ตารางที่ 3 Univariate and multivariate logistic regression analysis Factors associated with suicide accomplished of participants (n=382)

Factor	Crude OR	95%CI	p-value	Adj. OR	95%CI	p-value
Sex						
Female	ref			ref		
Male	19.42	10.60 -35.61	<0.001*	12.12	5.32 -27.61	<0.001*
Age						
<50	ref			ref		
≥50	5.79	3.22 -10.40	<0.001*	3.93	1.65 -9.36	0.002*
โรคจิต (yes)	5.32	2.65 -10.69	<0.001*	1.71	0.67 -4.36	0.264
โรคซึมเศร้า (yes)	0.18	0.09 -0.35	<0.001*	0.69	0.27 -1.73	0.430
ความดันโลหิตสูง (yes)	3.37	1.33 -8.56	0.011*	0.97	0.24 -3.87	0.962
เคยทำร้ายตนเอง (yes)	0.39	0.23 -0.66	<0.001*	0.84	0.36 -1.97	0.681

ตารางที่ 3 Univariate and multivariate logistic regression analysis Factors associated with suicide accomplished of participants (n=382)(ต่อ)

Factor	Crude OR	95%CI	p-value	Adj. OR	95%CI	p-value
ส่งสัญญาณว่าจะทำร้ายตนเอง (yes)	2.97	1.84 -4.78	<0.001*	3.31	1.62 -6.76	0.001*
น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ (yes)	0.26	0.16 -0.44	<0.001*	0.72	0.34 -1.53	0.395
ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด (yes)	0.27	0.16 -0.45	<0.001*	0.58	0.28 -1.17	0.125
มีเงินมาสุราขณะทำร้ายตนเอง (yes)	4.33	2.47 -7.58	<0.001*	2.48	1.19 -5.20	0.016*
มียาขณะทำร้ายตนเอง (yes)	3.37	1.33 -8.56	0.011*	0.96	0.28 -3.32	0.950
ปัญหาตกงาน (yes)	3.42	1.21 -9.68	0.021*	0.81	0.19 -3.54	0.784
ปัญหาหนี้สิน (yes)	3.67	1.85 7.27	<0.001*	4.85	1.90 -12.41	0.001*

* Significant at p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) ทั้งหมด 13 ตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ เพศ, อายุ, การส่งสัญญาณว่าจะทำร้ายตนเอง, มีเงินมาสุราขณะทำร้ายตนเอง และปัญหาหนี้สิน

ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่เป็นเพศชาย มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 12.12 เท่า (Adj. OR = 12.12, 95% CI 5.32-27.61, p<0.001)

ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่มีอายุ ≥ 50 ปี มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 3.93 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ < 50 ปี (Adj. OR = 3.93, 95% CI 1.65-9.36, p=0.002)

ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่ส่งสัญญาณว่าจะทำร้ายตนเอง มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 3.31 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ส่งสัญญาณ (Adj. OR = 3.31, 95% CI 1.62-6.76, p=0.001)

ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่มีเงินมาสุราขณะทำร้ายตนเอง มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 2.48

เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้มีเงินมาสุรา (Adj. OR = 2.48, 95% CI 1.19-5.20, p=0.016)

ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่มีปัญหาหนี้สิน มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 4.85 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาหนี้สิน (Adj. OR = 4.85, 95% CI 1.90-12.41, p=0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2565-2566 พบว่ามีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดศรีสะเกษ 100 ราย โดยพบว่าร้อยละการฆ่าตัวตายสำเร็จคิดเป็น 26.2 และคิดเป็นอัตราเท่ากับ 6.17 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของทั้งประเทศ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2565 ของประเทศไทย อยู่ที่ 7.97 ต่อ 1 แสนประชากร ซึ่งจากสถิติใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่ลดลงและไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคนตามเกณฑ์กำหนดของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบตามปัจจัยแต่ละข้อพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเหมือนกับการศึกษาที่ผ่านมา (ธัญชนก บุญรัตน์, 2559; จินตนา กมลพันธ์ และวันวิ พิมพรัตน์, 2563) ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จากการวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression พบว่า ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่เป็นเพศชาย มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 12.12 เท่า (Adj. OR =12.12, 95%CI 5.32-27.61, $p<0.001$) ซึ่งมีความสำคัญทางสถิติต่างจากในงานการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าเพศชาย 5 เท่า แต่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ (จินตนา กมลพันธ์ และวันวิ พิมพรัตน์, 2563)

ช่วงอายุส่วนใหญ่ที่พบผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 21-34 ปี (ธัญชนก บุญรัตน์, 2559) ในการศึกษาพบว่าช่วงอายุส่วนใหญ่น้อยกว่า 50 ปี โดยอยู่ในช่วงน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ในงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มคนที่อายุน้อยมีโอกาสซ้ำมากกว่าผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มีการวิจัยสนับสนุนว่าคนที่อายุมากกว่ามีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า เมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression ผลพบว่าผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่มีอายุ ≥ 50 ปี มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 3.93 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ < 50 ปี (Adj. OR =3.93, 95%CI 1.65-9.36, $p=0.002$) ซึ่งมีความสำคัญทางสถิติ

ส่วนสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญทางสถิติ โดยพบสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.6 และรองมาเป็นหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 10.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า สถานภาพโสดหรือหย่าร้างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่า (Johnsson Fridell et al., 1996; ธัญชนก บุญรัตน์, 2559; จินตนา กมลพันธ์ และวันวิ พิมพรัตน์, 2563)

นอกจากนี้สัญญาณว่าจะทำร้ายตนเองเป็นปัจจัยที่มีผลทางสถิติที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย

สำเร็จ โดยผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่ส่งสัญญาณว่าจะทำร้ายตนเอง มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 3.31 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ส่งสัญญาณ (Adj. OR =3.31, 95%CI 1.62-6.76, $p=0.001$)

ในประเทศเกาหลีใต้ พบว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง (Choi et al., 2017) เช่นเดียวกับในประเทศไทยการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะสุราส่งผลทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายซ้ำ (จินตนา กมลพันธ์ และวันวิ พิมพรัตน์, 2563) โดยในการศึกษานี้พบว่าผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่ดื่มเม้าสุราขณะทำร้ายตนเอง มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 2.48 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มเม้าสุรา (Adj. OR =2.48, 95%CI 1.19-5.20, $p=0.016$)

ปัจจุบันปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จนทำให้มีการศึกษาปัจจัยปัญหาทางเศรษฐกิจ พบว่ามีผลต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย (Choi et al., 2017) โดยพบว่าผู้ที่มีการได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนน้อยมีโอกาสฆ่าตัวตายมากกว่าคนปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในวิจัยฉบับนี้พบว่าผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่มีปัญหานี้สิน มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 4.85 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหานี้สิน (Adj. OR =4.85, 95%CI 1.90-12.41, $p=0.001$)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง ของจังหวัดศรีสะเกษ ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ และสามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวปรับปรุงระบบติดตามดูแลผู้ป่วยและเฝ้ากลุ่มที่มีความเสี่ยง เพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในจังหวัดศรีสะเกษ รวมไปถึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและลดจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองของจังหวัดศรีสะเกษ ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ และสามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวปรับปรุงระบบติดตามดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังกลุ่มที่มีความเสี่ยง เพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในจังหวัดศรีสะเกษ รวมไปถึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและลดจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายซ้ำ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยศึกษาจากรายงาน รง.506 การเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตเกี่ยวกับผู้ป่วยที่พฤติกรรมพยายามทำร้าย ซึ่งอาจจะมีข้อมูลบางส่วนที่ไม่รายงานหรือรายงานไม่ครบถ้วน จึงอาจจะไม่ใช่ว่าตัวแทนข้อมูลประชากรจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า เพื่อความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- ธัญชนก บุญรัตน์(2559). พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีโรคจิตที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 ;30(1):101-9. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/177583>.
- จินตนา กมลพันธ์ และวันวิ พิมพ์รัตน์(2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยคลินิกให้คำปรึกษา กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ ;35(2):481-90. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/247470>.

- Chaniang, S., Klongdee, K., & Jompaeng, Y. (2022). Suicide prevention: A qualitative study with Thai secondary school students. *Belitung Nurs J*, 8(1), 60-66. <https://doi.org/10.33546/bnj.1746>.
- Choi, S. B., Lee, W., Yoon, J. H., Won, J. U., & Kim, D. W. (2017). Risk factors of suicide attempt among people with suicidal ideation in South Korea: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17(1), 579. <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4491-5>.
- Hegerl, U. (2016). Prevention of suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci*, 18(2), 183-190. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.2/uhegerl>.
- Johnsson Fridell, E., Ojehagen, A., & Träskman-Bendz, L. (1996). A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand*, 93(3), 151-157. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb10622.x>.
- Probert-Lindström, S., Berge, J., Westrin, Å., Öjehagen, A., & Pavulans, K. S. (2020). Long-term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: results from a 32-year follow-up study. *BMJ Open*, 10(10), e038794. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038794>.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566

ปรัชญานี คำเหลื่อ¹, พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566

2) ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดตามรูปแบบการรักษาแบบระยะกลาง (Intermediate care) ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในเขตอำเภอศรีรัตนะ ระหว่างเดือน สิงหาคม – พฤศจิกายน 2566 แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยพื้นฐานและการสังเคราะห์รูปแบบฯ กลุ่มเป้าหมายคือ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลศรีรัตนะ จำนวน 12 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ศรีรัตนะ จำนวน 21 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลศรีรัตนะ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน รวม 48 คน การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในตึกผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลศรีรัตนะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ญาติ และผู้นำชุมชน จำนวน 152 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ภาควิชาเครือข่าย ได้แก่ตัวแทนภาควิชาเครือข่ายจาก (1) คณะกรรมการ พขอ. (2) เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และโรงพยาบาลอภัยภูธรรักษอนแก่น 2) กระบวนการมีส่วนร่วมประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การมีส่วนร่วมของบุคลากร และ 3) แนวทางและองค์ประกอบของการจัดตั้งหอผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย (1) โครงสร้าง อาคารสถานที่ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (2) เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ (3) บุคลากรและอัตรากำลัง (4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาฯ มีผู้เข้ารับการบำบัด 64 คน จำหน่ายกลับบ้าน 39 คน พบว่าเลิกได้ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 94.87 กลับไปเสพยา 2 คน ร้อยละ 3.12

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, บำบัดรักษา ยาเสพติด, มินิธัญารักษ์, การมีส่วนร่วม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ; E-mail: skumluea@gmail.com

²นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ; E-mail: Magicdrama39194@gmail.com

The development of a treatment and rehabilitation model for drug addicts and Intermediate care with community participation

Si Rattana District Sisaket Province, 2023

Prachayanee Kumluea, Pongsanart Hanjaroenpipat¹

Abstracts

The purpose of this research and development was to 1) develop a working model for treatment and rehabilitation model for drug and substance addicts. (Intermediate care) with community participation Si Rattana District Sisaket Province, year 2023. 2) Evaluate the results of treatment for patients addicted to drugs and substances according to the Intermediate care model. The study was conducted between August - November 2023 with a 2-phase program. First, evaluating basic factors and synthesizing model participants were 12 Srirattana Hospital Executive Committee, 21 Srirattana District Health Board (DHB), 15 Person responsible for mental health and drug in Srirattana Hospital and Subdistrict Health Promoting Hospital. total 48 people. Second is the development of the model. a purposive Sampling was used for sample selection. 152 Stakeholders in Psychiatric and drug patient ward of Srirattana Hospital and Subdistrict Health Promoting Hospital, Relatives of patients and community leader. data were analyzed using descriptive statistics, including number, percentage, mean, and standard deviation. and content analysis. The results found that the developed model consists of 3 elements: 1) The representatives of network partners from (1) The District Health Board (DHB) (2) the network of experts from the Sisaket Provincial Public Health Office and Thanyarak Khon Kaen Hospital. (2) Participation process consists of (1) community participation (2) personnel participation and 3) guidelines and elements for setting up a ward, consisting of (1) structure, building, and physical environment (2) medical equipment (3) Health workforce (4) patient care process. Regarding the results of treatment and rehabilitation of drug addicts, there were 64 Cases admitted, 39 cases were discharge, and it was found that 37 cases (94.87%) were able to quit. 2 cases (3.12%) returned to use again.

Keywords: Working Model Development, drug treatment, mini- Thanyarak, participation

¹E-mail: skumluea@gmail.com

²E-mail: Magicdrama39194@gmail.com

บทนำ

ปัญหาโรคจิตเวชและความผิดปกติทางพันธุกรรมเนื่องจากสารเสพติดถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALYs) ของประชากรไทยประมาณ 1,025.5 พันปี หรือร้อยละ 6.8 ของทุกสาเหตุ และเป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะ จากภาวะพร่องทางสุขภาพ คิดเป็น 929.1 พันปี (สถาบันงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560)

กรอบแนวคิดและทิศทางของนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปรามปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ได้นำหลักการและแนวคิดจากทิศทางและนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับสากล ได้แก่ ทิศทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษ (UNGASS 2016) ดัชนียาเสพติดโลก (The Global Drug Policy Index) วาระการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (SDGs) ตลอดจนประมวลกฎหมายยาเสพติดของประเทศไทย เป็นกรอบแนวคิดหลักในการจัดการปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน โดยปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย การให้ความสำคัญกับมิติด้านสุขภาพ เป็นไปตามกรอบแนวคิดใหม่ของทิศทางนโยบายยาเสพติดโลก มุ่งเน้นการ “บริหารจัดการผู้เสพ” มีแนวคิดที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน มองปัญหายาเสพติดในมิติของสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบ มองผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพ และเกี่ยวพันกับปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม มุ่งเน้นการพัฒนาและฟื้นฟูคนมนุษย์ ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นก้าวแรกของการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งวงจรอย่างยั่งยืนในอนาคต และสอดคล้องกับประเด็น “ความมั่นคงทางสุขภาพ (Health Security)” ที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ (สำนักงาน ปปส., 2566)

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามประมวลกฎหมายยาเสพติด กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด หรือ มีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้ครบทุกแห่ง(กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

“มินิธัญญารักษ์” เป็นแนวคิดขยายพื้นที่บริการและเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด ลดความแออัดสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง(Intermediate care) และระยะยาว(Long term Care) ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้มีการปรับระบบการบำบัดรักษาจากเดิม คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ เป็นการสมัครใจเข้ารับการรักษา และตามประมวลกฎหมายนี้ได้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดในระบบต่างๆ ให้กับกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นการดูแล ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า “ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข (กรมการแพทย์, 2566)

โรงพยาบาลศรีรัตนได้จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รับผิดชอบในการดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในเขตพื้นที่อำเภอ เมื่อปี พ.ศ. 2562 เพื่อให้การจัดบริการบำบัดรักษายาเสพติดเป็นไปตามมาตรฐาน ขยายและเพิ่มศักยภาพการจัดบริการให้ครอบคลุมและเป็นไปตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 จึงได้ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วม “**มิณิ ธิญญารักษ์**” เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม มีศักยภาพ และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย สามารถใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดบริการบำบัดรักษา ยาเสพติด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอ ศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566

2. เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1.การวิจัยระยะที่ 1

1.1 การศึกษาปัจจัยพื้นฐานและการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อให้ทราบมาตรฐานและความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ จำแนกออกเป็น

1.1.1 ศึกษาสภาพปัญหาความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลศรีรัตนะ จำนวน 12 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ศรีรัตนะ จำนวน 21 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลศรีรัตนะ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน รวม 48 คน เก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วยแบบสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบฯ ที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพของแบบสอบถามด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และพิจารณาค่า IOC โดยได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ

1.1.2 ศึกษาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสำหรับโรงพยาบาลชุมชน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) และมาตรฐานคุณภาพการรักษาผู้เสพและผู้ป่วยยาเสพติด ตามมาตรฐานของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ วิธีการดำเนินงาน พร้อมทั้งศึกษาวรรณกรรม ทั้งทฤษฎี หลักการ นโยบาย แผนงาน และผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง

1.2 การสังเคราะห์รูปแบบฯ เพื่อร่างต้นแบบของรูปแบบฯ โดยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานและสภาพปัญหาการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) นำมาสังเคราะห์เป็นร่างรูปแบบฯ เพื่อนำเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการวิจัย

2. การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบความตรงภายในรูปแบบฯ ใช้การสนทนากลุ่มโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น แพทย์ประจำโรงพยาบาลศรีรัตนะ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีรัตนะ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอศรีรัตนะ

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความตรงภายนอก รูปแบบฯ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทีมผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลศรีรัตนะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ญาติ และชุมชน จำนวน 152 คนตามแนวคิดของ
เคมมิสและแมกแทกการ์ด(Kemmis, S & McTaggart,
R. (1988) ร่วมกับการนำกิจกรรมกระบวนการพัฒนา
คุณภาพ 3C-3P-PDSA การวิเคราะห์บริบท 3C
Concept-Context-Criteria) 3P (Purpose-Process-
Performance) และวงล้อคุณภาพ 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ
การวางแผน(Planning) การปฏิบัติ (Do) การสังเกต
และศึกษา (Study) และการสะท้อนผลและปรับปรุง
(Action)(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน),2564)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1) แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ตาม
รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา
และสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care)
อำเภอศรีรัตนะ และตัวชี้วัดการบำบัดรักษายาเสพติด
ของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) แผนการการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง
(Intermediate care) แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข (สำนักบริหารการสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข,2559) และเก็บข้อมูลตาม
เวชระเบียนของโรงพยาบาล
- 3) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและ
สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข
(บคก.กสธ.) V2 (สำนักบริหารการสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข,2559)
- 4) แบบบันทึกระบบข้อมูลการบำบัดรักษา
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.1-5)
กระทรวงสาธารณสุข
- 5) แบบรายงานตามตัวชี้วัดการบำบัดรักษา
และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (Treatment &
Rehabilitation) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการวิจัย
ครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำตัวชี้วัดดังกล่าวมาประเมินคุณภาพ
ของรูปแบบฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการ
วิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) ในการอธิบายผล
การศึกษา ความเหมาะสมเชิงเนื้อหาเชิงโครงสร้างของ
รูปแบบฯ และความเหมาะสม ด้านประโยชน์และความ
เป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้จริง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่โครงการวิจัย SPPH
2023-130 ตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2566-20
สิงหาคม 2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศ
เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการ
ปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่าง
ทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการ
วิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วม
โครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยรับเป็นกลุ่ม
ตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อน
เข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้
ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของ
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวม
เท่านั้น

ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยพื้นฐานและ
ความต้องการพัฒนารูปแบบฯ จำแนกเป็น 2 ขั้นตอน
ดังนี้**

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลด้าน
ปัจจัยพื้นฐาน พบว่า โรงพยาบาลศรีรัตนะเป็น
โรงพยาบาลชุมชนขนาด 40 เตียง (F2) ตั้งอยู่ห่างจาก
โรงพยาบาลศรีสะเกษ 38 กิโลเมตร โรงพยาบาลสรรพ
สิทธิประสงค์ 79 กิโลเมตร โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
81 กิโลเมตร พื้นที่รับผิดชอบ 8 ตำบล 90 หมู่บ้าน

ประชากร 53,086 คน มีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง โรงพยาบาลศรีรัตนะจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดและให้บริการด้านการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดตั้งแต่ปี 2562 มีทีมบุคลากรหลัก 6 คน ได้แก่ แพทย์(สุขภาพจิตชุมชน) 1 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางยาเสพติด 1 คน พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 2 คน พยาบาลปริญญาโทจิตเวช 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน เดิมการจัดบริการเป็นแบบผู้ป่วยนอกและบริการบำบัดแบบสมัครในชุมชนและมีการรับรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อรอส่งต่อเป็น Conner 4 เตี้ยง ในหอผู้ป่วยในชาย มีการจัด

กระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายและชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) ผ่านกลไกของกองทุนสุขภาพตำบล และการดูแลระดับบุคคล ครอบครัว หมู่บ้าน/ชุมชนโดยกลไก 3 หมอ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดพบว่ามีข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วย 3 ปี ย้อนหลัง (2563-2565) โรงพยาบาลศรีรัตนะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดเข้ารับบริการโรงพยาบาลศรีรัตนะ 3 ปี ย้อนหลัง (2563-2565)

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด	ปีงบประมาณ		
	2563	2564	2565
จำนวนผู้ป่วยจิตเวช(คน)	569	575	583
จำนวนผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษายาเสพติด(คน)	123	129	149
การส่งต่อเพื่อรับการบำบัดในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า(คน)	0	1	1
อัตราการกลับมาเสพติด(ร้อยละ)	39.9	38.46	42.38
จำนวนผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV)(คน)	78	103	126

จากข้อมูลจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้น

ด้านกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า อำเภอศรีรัตนะโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ได้ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนผ่านการกำหนดเป้าหมายการพัฒนา 5 ตี 5 ระดับ 5 ร่วม 5 วาระ มุ่งสู่เป้าหมาย ศรีรัตนะเมืองงามคุณภาพชีวิตดี ภาควิชาการร่วมใจ มีการกำหนดประเด็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต อยู่ในวาระสังคมดี โดยคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนวาระสังคมดี ได้ใช้กระบวนการ 5 ร่วมเพื่อแสวงหาความร่วมมือในการจัดตั้ง “มินิธัญญารักษ์” ได้แก่ 1) ร่วมคิดร่วมวางแผน โดยใช้กระบวนการประชาคมเพื่อสร้างการรับรู้ ความ

เข้าใจ และรับฟังความห่วงกังวลของประชาชนที่อยู่ในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง และเครือข่ายคณะกรรมการ พชอ. 2 ครั้ง 2) ร่วมแรงร่วมทำ โดยเครือข่ายปกครอง ตำรวจ และผู้นำท้องถิ่น ท้องที่ อสม. ร่วมในกระบวนการค้นหา คัดกรอง และนำกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยเข้าสู่ระบบบำบัดรักษา 3) ร่วมนำร่วมรับผิดชอบโดยกระบวนการจัดทำแผนดำเนินงานด้านป้องกันปราบปรามยาเสพติด ระดับหมู่บ้าน ชุมชนโดยใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล และการระดมทุนในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อเตรียมการรับผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาครบจากโรงพยาบาล เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพทางสังคม และการฝึกอาชีพในชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ศรีรัตน

ด้านแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยฯ พบว่า จาก การศึกษาวรรณกรรม เอกสารวิชาการ และการสืบค้น จากผู้เกี่ยวข้องยังไม่พบรูปแบบและแนวทางการ ดำเนินการบำบัดรักษาและการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดสำหรับโรงพยาบาลชุมชน โดยผู้วิจัยได้ ดำเนินการ 1) ศึกษาคู่มือแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิต เวชและยาเสพติดสำหรับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาล ทั่วไป(สำหรับทดลองใช้ พ.ศ.2564) ของกองบริการ สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อ เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ และปรับใช้ให้เหมาะ กับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน 2) ด้านการเตรียมการ ด้านบุคลากร โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประชุมวางแผนอัตรากำลังคน คัดเลือกบุคลากรเข้า อบรมมินิ PG 3 คนระยะเวลา 1 เดือน ส่งเข้าฝึกงาน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 2 คน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สรรหาผู้ช่วยเหลือคนไข้ชายจำนวน 2 คน และ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมแนวทางการจัดตั้งมินิ ธัญญารักษ์ ของกรมการแพทย์ที่มีการจัดในส่วน ภูมิภาค เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรมินิธัญญารักษ์ที่ จังหวัดยโสธร จำนวน 3 วัน

ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์รูปแบบฯ ผลการวิจัย พบว่า ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาสังเคราะห์และยกยกรูปแบบประกอบด้วย 1) ภาควิ ศาสตร์เครือข่าย ได้แก่ตัวแทนภาควิชาเครือข่ายจาก (1) คณะกรรมการ พขอ. (2) เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 2) กระบวนการมี ส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การมีส่วนร่วมของบุคลากร และ 3) แนวทางและ องค์ประกอบของการจัดตั้งหอผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย (1) โครงสร้าง อาคารสถานที่ และสภาพแวดล้อมทาง กายภาพ (2)เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ (3) บุคลากรและอัตรากำลัง (4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบจำแนก ออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบความตรงภายใน รูปแบบฯ พบว่า 1) ภาควิชาเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ ได้มี ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ (1) การกำหนดเกณฑ์ในการรับและส่งต่อผู้ป่วย (2) การ ประเมินความพร้อมของระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย (3) ชักซ้อมความเข้าใจในการดำเนินงานภายใน

โรงพยาบาล และ (4) นำรูปแบบการบำบัดของมินิธรรมาธิปไตยเข้าสู่คณะกรรมการ PCT เพื่อขออนุมัตินำสู่การปฏิบัติ 2) การมีส่วนร่วม มีคำแนะนำเพิ่มเติมควรจะสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้ครบ ทั้ง 5 ระดับตามแนวทาง 5 ร่วม 5 วาระของ พชอ. โดยเพิ่มระดับที่ 4 ร่วมเรียนรู้แก้ปัญหาของชุมชน เพื่อให้เกิดแนวทางหรือนวัตกรรมในการแก้ปัญหาในระดับครัวเรือน หรือหมู่บ้านชุมชน ระดับที่ 5 ร่วมติดตามประเมินผล เพื่อให้เห็นถึงความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคร่วมกัน รวมทั้งความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร และ 3) แนวทางและองค์ประกอบของการจัดตั้งหอผู้ป่วยฯ ด้านที่ (3) อัตรากำลังเสนอแนะให้พัฒนาศักยภาพ และสื่อสารรูปแบบฯ แก่บุคลากรในหน่วยงานอื่น เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานทดแทน และปฏิบัติการกิจกรรมร่วมกัน ได้อย่างไร้รอยต่อ เครื่องมือวิจัยคือ 1) แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ตามรูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา และสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) อำเภอสรรคบุรี และตัวชี้วัดการบำบัดรักษายาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำตัวชี้วัดดังกล่าวมาประเมินผลสำเร็จและคุณภาพของรูปแบบฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น โดย

ตารางที่ 2 องค์ประกอบการจัดตั้งหอผู้ป่วย มินิธรรมาธิปไตย ด้านโครงสร้าง อาคารสถานที่หอผู้ป่วย

องค์ประกอบบริการ	การจัดบริการเดิม	การจัดบริการใหม่
โครงสร้าง อาคารสถานที่หอผู้ป่วย	เป็น Conner 4 เตียง ในหอผู้ป่วยในชาย	1. Ward ขนาด 31 เตียง (Ward Size M) ใช้อาคารผู้ป่วยใน 30 เตียง แบบเลขที่ 2731 แบ่งเป็น -ห้องนอนสามัญ 28 เตียง -ห้องสังเกตอาการ 2 เตียง -ห้องแยกโรค 1 เตียง 2.พื้นที่ใช้สอย - พื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วยและญาติ -พื้นที่ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ -พื้นที่สนับสนุนการให้บริการ 3.ประตูเปิดใช้ระบบ Master Key System 4.ระบบรักษาความปลอดภัยใช้กล้องวงจรปิด 5.ระบบการสื่อสารใช้โทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร มีเครื่องสัญญาณฉุกเฉิน

นำเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดได้แก่ (1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแล (2) ร้อยละการหยุดเสพ (3) ร้อยละความพึงพอใจในกระบวนการบำบัด

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ สรุปได้ดังนี้คือ 1) ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม และกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 2) จัดลำดับกิจกรรมการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องและสัมพันธ์กันในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงภายนอก รูปแบบฯ ในขั้นตอนนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการผลการวิจัย พบว่า

1) การจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) “มินิธรรมาธิปไตย” ปรับตามศักยภาพ และบริบทของโรงพยาบาลชุมชน มาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานเวชปฏิบัติยาเสพติด และคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่าย ตามองค์ประกอบ ดังตารางที่ 2 ถึง ตารางที่ 6 และภาพที่ 2

ตารางที่ 3 องค์ประกอบการจัดหผู้ป่วย มินิธัญรักษ์ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์

องค์ประกอบการจัดบริการ	การจัดบริการเดิม	การจัดบริการใหม่
เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	1.Emergency Cart/CPR Box Set	1.Emergency Cart/CPR Box Set
	2.Oxygen Pipeline	2.Oxygen Pipeline
	3. Vital Sign Monitor	3. Vital Sign Monitor
	4.EKG	4.EKG
	5.Suction	5.Suction
	6.ผ้าผูกยึด	6.ผ้าผูกยึด

ตารางที่ 4 องค์ประกอบการจัดหผู้ป่วย มินิธัญรักษ์ ด้านบุคลากรและอัตรากำลังในหอผู้ป่วย ทีมหลัก

องค์ประกอบการจัดบริการ	การจัดบริการเดิม	การจัดบริการใหม่
บุคลากรและอัตรากำลังในหอผู้ป่วยทีมหลัก	ทีมหลัก 1.แพทย์ (สุขภาพจิตชุมชน) 2.พยาบาลวิชาชีพ - เฉพาะทางยาเสพติด -เฉพาะทางจิตเวช -ป.โท จิตเวช - นักจิตวิทยา 1 คน	ทีมหลัก 1.แพทย์ (สุขภาพจิตชุมชน) 1 คน 2.พยาบาลวิชาชีพ - เฉพาะทางยาเสพติด 1 คน -เฉพาะทางจิตเวช 2 คน -ป.โท จิตเวช 1 คน -Mini PG 3 คน -นักจิตวิทยา 1 คน -ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

ตารางที่ 5 องค์ประกอบการจัดหผู้ป่วย มินิธัญรักษ์ ด้านบุคลากรและอัตรากำลังในหอผู้ป่วย ทีมสนับสนุน

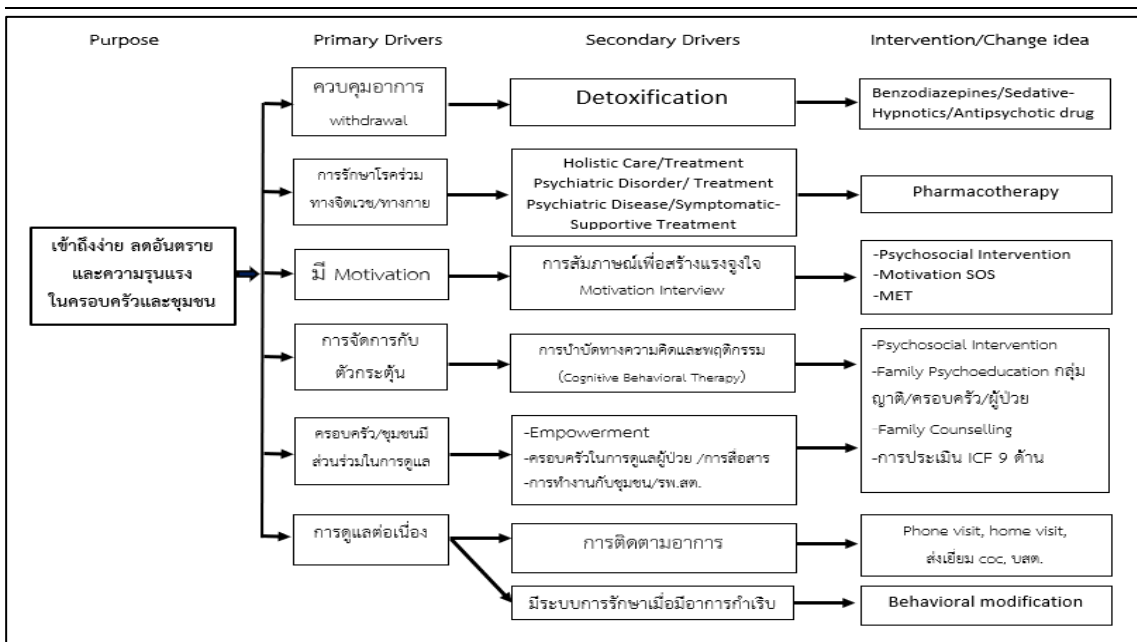
องค์ประกอบการจัดบริการ	การจัดบริการเดิม	การจัดบริการใหม่
บุคลากรและอัตรากำลังในหอผู้ป่วยทีมสนับสนุน	ทีมสหวิชาชีพ 1.ทันตแพทย์ 1 คน 2.เภสัชกร 1 คน 3.นักกายภาพบำบัด 1 คน 4.นักรแพทย์แผนไทย 1 คน 5. พยาบาลชุมชน 1 ทีม 6. ทีมฉุกเฉิน 1 ทีม	ทีมสหวิชาชีพ 1.ทันตแพทย์ 1 คน 2.เภสัชกร 1 คน 3.นักกายภาพบำบัด 1 คน 4.นักรแพทย์แผนไทย 1 คน 5.พยาบาลชุมชน 1 ทีม 6.ทีมฉุกเฉิน 1 ทีม 7.รปภ. 3 คน

ตารางที่ 6 องค์ประกอบการจัดหผู้ป่วยฯ มินิรัฐรักษ์ ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบการจัดบริการ	การจัดการบริการเดิม	การจัดการบริการใหม่
1.กระบวนการเข้าถึงและ เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเข้า รักษาแบบผู้ป่วยใน	1.การเข้าถึงและการรับบริการ 1.1 มีการตั้งคณะกรรมการสถานบำบัด ตาม พรบ.สุขภาพจิต ปี พ.ศ.2551 (ฉบับแก้ไขปี 62) 1.2 เกณฑ์การรับผู้ป่วย มี 3 ระดับ -ฉุกเฉิน -เรื้อรัง -ไม่เรื้อรัง 1.3 การให้ข้อมูล Pt และญาติ 1.4 การบันทึกให้ความยินยอม Pt และญาติ 2. การประเมินผู้ป่วย -การประเมินแรกรับ -การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค -การวินิจฉัยโรค 3. การวางแผน -Planning of Care -Discharge Plan	1.การเข้าถึงและการรับบริการ 1.1 มีการตั้งคณะกรรมการสถานบำบัด ตาม พรบ.สุขภาพจิต ปี พ.ศ.2551 (ฉบับแก้ไขปี 62) 1.2 เกณฑ์การรับผู้ป่วย -ไม่มีอาการทางจิต ไม่มีประสาทหลอน หรือหวาดระแวง ไม่อยู่ในภาวะขาดยา -รับรู้ สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ -ถูกส่งตัวมาบำบัดตาม พรบ.ยาเสพติด -สมัครใจและมีความพร้อมในการบำบัด 1.3 การให้ข้อมูล Pt และญาติ 1.4 การบันทึกให้ความยินยอม Pt และ ญาติ 2. การประเมินผู้ป่วย -การประเมินแรกรับ -การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค -การวินิจฉัยโรค 3. การวางแผน -Planning of Care -Discharge Plan
2.การให้ข้อมูลและการเสริม พลังผู้ป่วย/ครอบครัว	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของการเจ็บป่วย แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวและกิจกรรมที่วางแผน ไว้ที่จะเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้มี ศักยภาพและความรับผิดชอบในการดูแล ตนเอง	1. การเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยเสพ ติดและครอบครัวเพื่อป้องกัน การ กลับไปเสพซ้ำคือ คุณลักษณะระดับ บุคคลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลัง อำนาจมี ความสำคัญต่อประสิทธิภาพ ในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ แบ่ง ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความตระหนักในคุณค่าแห่งตน 2) ด้านความพึงพอใจในตนเอง 3) ด้านความสามารถแก้ปัญหาและ จัดการสถานการณ์ ต่าง ๆ ได้ 4) ด้านความยึดมั่นผูกพัน 5) ด้านความสามารถในการพัฒนา ตนเอง

ตารางที่ 6 องค์ประกอบการจัดหผู้ป่วยฯ มินิธัญรักษ์ ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

องค์ประกอบการจัดบริการ	การจัดบริการเดิม	การจัดบริการใหม่
2.การให้ข้อมูลและการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว(ต่อ)		2. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา มีการ ประเมินรูปแบบเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง
3.การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัด	-ติดตามเยี่ยมโดย อสม./รพ.สต. ปีละ 4 ครั้ง (1,2,6และ12 เดือน)	1. ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC ให้แก่ รพ.สต. 2. ประสานแกนนำชุมชน อสม.ในการดูแลต่อเนื่อง เน้นการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 3. จัดพี่เลี้ยงดูแลกำกับการกินยาต่อเนื่อง 4. รพช.ออกเยี่ยมบ้านและเสริมพลังเดือนละ 1 ครั้ง 5. เชื้อโยงการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน อปท. ในการจัดทำงานการศึกษา ฯลฯ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ



ภาพที่ 2 Driver Diagram: การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดแบบผู้ป่วยในระยะกลาง มินิธัญรักษ์ รพ.ศรีรัตน

2) ผลลัพธ์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยฯ และการประเมินมาตรฐานระบบฯ

2.1 ผลลัพธ์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาฯ

มีผู้เข้ารับการบำบัด 64 คน จำหน่ายกลับบ้าน 39 คน พบว่าเลิกได้ 37 คน กลับไปเสพยา 2 คนยังอยู่ รพ. 25 คน จากการติดตามเยี่ยมหลังบำบัด 2 สัปดาห์ 1 และ 2 เดือน ไม่พบการกลับไปเสพยา และสามารถประกอบอาชีพช่วยงานครอบครัวได้ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน	
		จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา (ร้อยละ)	66	64	100
บำบัดครบจำหน่ายกลับบ้าน (ร้อยละ)	100	39	60.93
ยังรักษาอยู่ รพ. (ร้อยละ)	-	25	39.06
พบว่าเลิกได้ (ร้อยละ)	66	37	94.87
กลับไปเสพยา (ร้อยละ)	-	2	3.12
ประกอบอาชีพช่วยงานครอบครัวได้ (ร้อยละ)	66	37	94.87

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และผู้มีส่วนได้เสียต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนา (n=152)

ที่	รายการ	ระดับการประเมิน		การแปลความหมาย
		Mean	SD	
1	ด้านการมีส่วนร่วม	4.85	0.12	มากที่สุด
2	ด้านคุณลักษณะในการดำเนินงาน	4.92	0.17	มากที่สุด
3	ด้านทรัพยากรในการดำเนินงาน (คน/เงิน/ของ)	4.95	0.17	มากที่สุด
4	ด้านการนำรูปแบบฯไปสู่การปฏิบัติ	4.87	0.15	มากที่สุด
5	ด้านความสำเร็จในการดำเนินงาน	4.88	0.11	มากที่สุด

2.2 ผลลัพธ์การประเมินมาตรฐานระบบฯ ด้านระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด และองค์ประกอบการจัดตั้งหอผู้ป่วยฯ ผ่านการประเมินมาตรฐาน HA ยาเสพติด จากสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ และได้รับคัดเลือกจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี(สบยช.) ได้รับรางวัล มินิธัญญารักษ์ยอดเยี่ยม ระดับประเทศ เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) “มินิธัญญารักษ์” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ดี คือด้านการจัดระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด และองค์ประกอบการจัดตั้งหอผู้ป่วยผ่านการประเมินมาตรฐาน HA ยาเสพติด และได้รับการคัดเลือกให้เป็นต้นแบบและรางวัลยอดเยี่ยมระดับประเทศ ด้านการบำบัดยาเสพติด มินิธัญญารักษ์ จากสถาบันธัญญารักษ์

กรมการแพทย์ ด้านผลลัพธ์การรักษาพบว่าอัตราการครองเตียงเต็มตามศักยภาพ (30 เตียง) และมีผลการบำบัดรักษาผ่านตามเป้าหมายทุกตัวชี้วัด คือ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัด 64 รายจำหน่ายกลับบ้านจากการรักษาครบ 39 รายพบว่าเลิกได้ 37 ราย ร้อยละ 94.87 และ ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และผู้มีส่วนได้เสียต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ทุกด้าน โดยการดำเนินการดังกล่าวใช้ทรัพยากรคน เงิน ของ เพียงเท่าที่มีอยู่เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยการพัฒนาแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี (ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์, 2565) และผลการวิจัยการพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยความร่วมมือของชุมชนจังหวัดระยอง (ณัฐพร ผลงาม, 2564) ที่เป็นดังนี้เนื่องจากการศึกษามีรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ทดลองและมีกระบวนการในการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดี มีประสิทธิภาพสูง สอดคล้องกับแนวคิด แนวทาง และวิธีการของการทำวิจัยและพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (R&D for CSWI) (สมชาติ ไตรรักษา, 2548) ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาจากผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ตั้งแต่เริ่มต้น โดยเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การมีรูปแบบที่ดีและเหมาะสมกับพื้นที่ทดลองนั้น เห็นได้จากการมีองค์ประกอบของรูปแบบที่ครบถ้วน ทั้งหลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ การสร้างและพัฒนาแบบจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การดำเนินงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูง รวมทั้ง ลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงจากผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง ในด้านองค์ประกอบของการจัดตั้งหอผู้ป่วย ได้ดำเนินการตามคู่มือแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป(สำหรับ

ทดลองใช้ พ.ศ.2564) (กองบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2564) รวมทั้งแนวทางการพัฒนาระบบราชการ 4.0 ประเด็นการสร้างนวัตกรรม (Innovation) ประเพณีนวัตกรรมบริการ(New services) ที่เป็นการคิดค้นและแสวงหาวิธีการหรือแนวทาง (Solutions) ใหม่ ๆ อันจะเกิดผลกระทบมหาศาล (Big Impact) เพื่อปรับปรุงและออกแบบการให้บริการสาธารณะ และนโยบายสาธารณะให้สามารถตอบโจทย์ความท้าทายของประเทศหรือตอบสนองปัญหาความต้องการของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ อันแปรผันไปตามสภาพพลวัตของการเปลี่ยนแปลง (สำนักงาน ก.พ.ร., 2565)

สรุปสิ่งที่ได้จากการวิจัย

สิ่งที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ 4 ประการ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และ จุดเด่นที่พบจากการวิจัย ได้แก่

1.ได้รูปแบบ การดำเนินงาน (working model) ที่เป็นการจัดบริการใหม่ (New service) ผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่ ตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา และการใช้แนวคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) มาประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงและออกแบบการจัดบริการภาครัฐที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

2.จากข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสรุปได้ว่าผลการดำเนินงานตามรูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) “มินิธัญรักษ์” เป็นรูปแบบที่ดีในการจัดการบริการในโรงพยาบาลชุมชน

3.ได้ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนางานผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และใช้ทรัพยากรคน เงิน ของ เพียงเท่าที่มีอยู่เท่านั้น

4.ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานในการรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) “มินิธัญรักษ์” อำเภอสรรคบุรี จังหวัดศรีสะเกษ และเป็นต้นแบบขยายผล

การสู่การพัฒนาการดำเนินงานในระดับจังหวัด และระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่ทดลอง คือ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ควรดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ ให้ต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จนเกิดเป็น “รูปแบบตัวอย่าง” ของการพัฒนาผลงานในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป และ ควรนำประสบการณ์ที่ได้จากการสร้างและพัฒนาแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานอื่นๆ ให้ครอบคลุมในทุกงาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 การทำวิจัยในเรื่องเดิม ควรดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (R&D for CSWI) ที่สมบูรณ์ แบบ ต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมรายละเอียดทุกๆ ด้าน อย่างครบถ้วนทั้งตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องและตามบริบทของพื้นที่วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต้องเน้นกิจกรรมพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผู้ปกครอง/ญาติ และชุมชน การสร้างจิตสำนึกให้เกิดความตระหนักตามมาตรฐานทางกฎหมาย วิชาการและเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยปฏิบัติการดังกล่าวต้องมีการค้นคว้าอ้างอิง ใช้ข้อมูลที่มีวิเคราะห์ สังเคราะห์ที่รอบด้านในทุกมิติ เพื่อนำมาออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน (Working model) การประสานการทำงานกับบุคคลในวิชาชีพสาธารณสุข วิชาชีพการศึกษา ปกครอง ตำรวจ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อโน้มน้าวให้เกิดความร่วมมือ และเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้

2.2 การทำวิจัยในเรื่องใหม่ ควรประยุกต์แนวทางและวิธีการ ที่ได้ดำเนินการไปในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการทำวิจัยในงานอื่น ๆ ทั้ง งานสนับสนุน

ทรัพยากร งานพัฒนางานบริการ งานพัฒนาหน่วยงาน และงานบริหารจัดการ โดยสามารถทำได้ในทุกๆงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานทั้งหลายอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนนำไปสู่ประโยชน์สุขของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ อย่างกว้างขวางและคุ้มค่ายิ่งขึ้น ทั้งระยะสั้น และ ระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายสุรพล ศรีพนมธนากร นายอำเภอศรีรัตนะ นายแพทย์ทอง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยภูธรชัย ขอนแก่น รศ.นพ.สมชาติ โตรักษา ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ(วช.) ผู้บริหารท้องถิ่น ท้องที่ในเขตอำเภอศรีรัตนะ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข.(2566). บทบาทหน้าที่ของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 4 กันยายน 2566 จาก <https://ncmc.moph.go.th/home/index.php/index/site/1>.
- กรมการแพทย์(2566). “มินิญูธารักษ์” ทางเลือกการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด.[อินเทอร์เน็ต]; [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.gcc.go.th/?p=118803>.
- กระทรวงสาธารณสุข(2566). ข้อเสนอแนะเพื่อขับเคลื่อนนโยบายเร่งด่วนในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]; เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2566. เข้าถึงได้จาก <http://www.chiangmaihealth.go.th/document/230226167741656245.pdf>.

กระทรวงสาธารณสุข(2564), คู่มือแนวทางการ
ดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยา/ยาเสพติด ที่มีอาการ
ทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต.
นนทบุรี : กองบริหาร ระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต.

ชฎากาญจน์ ขาสีรัตน์ และยอดชาย สุวรรณวงษ์.

(2565). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา
ฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์
และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติด
ระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี.วารสาร
สาธารณสุขและ สุขภาพศึกษา.ปีที่ 2 ฉบับที่ 1
มกราคม - เมษายน 2565 หน้า 49-68.

ณัฐพร ผลงาม.(2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัด
ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วน
ร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง.วารสารศาสตร์
สาธารณสุขและนวัตกรรม.ปีที่ 1 ฉบับที่ 2
พฤษภาคม-สิงหาคม 2564หน้า 49-71.

สำนักงาน ป.ป.ส. (2566). นโยบายและแผนระดับชาติ
ว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายา
เสพติด (พ.ศ.2566-2570)
สืบค้น 4 กันยายน 2566.จาก
[https://www.oncb.go.th/Home/
PublishingImages/Pages/
ONCB_PLAN/Policyactionplan /นโยบาย
และแผนระดับชาติ%2066-70.pdf](https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ONCB_PLAN/Policyactionplan /นโยบายและแผนระดับชาติ%2066-70.pdf).

สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
,สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
และกระทรวงสาธารณสุข(2557). รายงานภาวะ
โรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย.
พ.ศ. 2557:การสูญเสียปีสุขภาวะ. นนทบุรี.

สถาบันงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข(2560). แนวทางการ
ดำเนินงานยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี.
บริษัท บอร์น ทุ บี พับลิชชิง จำกัด; 2559.

สำนักงาน ก.พ.ร.(2565). คู่มือในการประเมินสถานะ
ของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ
4.0 (ฉบับปรับปรุง 2566) สืบค้น 4 กันยายน
2566.จาก[https://psdg.dmh.go.th/
pmqa40/files/คู่มือการประเมินสถานะของ
หน่วยงานภาครัฐ%204.0.pdf](https://psdg.dmh.go.th/pmqa40/files/คู่มือการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐ%204.0.pdf).

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ
มหาชน)(2564). มาตรฐานโรงพยาบาลและ
บริการสุขภาพ ฉบับที่ 5.นนทบุรี.

สมชาติ ไตรรักษา(2560).การประยุกต์หลักการบริหาร
เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน.
พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:ภาควิชา
บริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action
Research Planer (3rd ed.). Victoria:
Deakin University.

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกัน และความคุ้มครองพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ

ศุภกานต์ กันสูง¹, สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและความคุ้มครองพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้จากการคำนวณกลุ่มละ 70 คน โดยกลุ่มทดลองได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูง อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการคัดกรองและดูแลสุขภาพตามปกติของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตามระบบปกติของสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือนกันยายน – เดือนพฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมในการป้องกันและความคุ้มครองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและความคุ้มครองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพการป้องกันและความคุ้มครองโรค, มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี การมีส่วนร่วมของชุมชน
แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ; E-mail: Noonyangchum@gmail.com

² อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

The effect of building participation and social support in changing behavior in preventing and controlling liver fluke disease and Cholangio carcinoma of the people of Nong Ngu Luam Sub-district, Benchalak District Sisaket Province

Supakan Kansung¹, Sukhontip Buadang²

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the results of creating participation and social support in changing behavior in the prevention and control of liver fluke disease and bile duct cancer among people. In Nong Ngu Lueam Subdistrict Benchalak District Sisaket Province, the sample group was divided into 2 groups: an experimental group and a comparison group obtained from calculations, with each group having 70 people. The experimental group includes Village health volunteers working and living at Nong Ngu Lueam Sub-district Health Promoting Hospital. Benchalak District, Sisaket Province. The comparison group was village health volunteers working and living at Nong Hang Subdistrict Health Promoting Hospital, Benchalak District. Sisaket Province The experimental group received a workshop program created by the researcher. The comparison group received the regular screening and health care program of the Ministry of Public Health. The experimental group received a program for participation in changing health behaviors for 10 weeks, while the comparison group received a regular public health care program. Data were collected using questionnaires twice before and after the experiment. Between September and November 2023. Data were analyzed using descriptive statistics presented by percentage, mean, standard deviation, and median, comparing the differences in mean scores between groups using an independent t-test; significance was set at 0.05.

The results of this study revealed a difference in mean scores of knowledge, attitude, and perception of risk opportunities. perception of disease severity social support Intentions towards disease prevention and control the perception of self-efficacy in disease prevention and control and disease prevention and control behavior of the experimental group were significantly higher than the comparison group at the 0.05 level. The results of the experiment show that the developed program can encourage participation in changing health behaviors. For preventing and controlling liver cancer and bile duct cancer, results were achieved as intended.

KEYWORDS: Effectiveness of Prevention and control, Liver fluke disease and Cholangio carcinoma, Community Participation, social support

¹Public Health Technical Officer, Nong Ngu Luam Health Promoting Hospital; Email: Noonyangchum@gmail.com

²Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province.

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Andrew.et.al,2008) เนื่องจาก

พยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ที่มีความรุนแรง (IARC, 2011) ส่งผลให้มีอัตราการป่วยตายของประชากรสูงขึ้น (WHO, 2011) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2540 พบรายงานความชุกของโรคพยาธิ

ใบไม้ดิบในประชากรทั่วประเทศร้อยละ 15.2 โดยพบสถิติสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 24 ซึ่งในขณะนั้นได้มีการตื่นตัวในการป้องกันและกำจัดโรคโดยใช้มาตรการต่างๆ ทั้งการณรงค์ให้ประชาชนไม่รับประทานปลาดิบอันเป็นสาเหตุของการเกิดโรค การให้สุขศึกษา ควบคุมการบำบัดด้วยยา Praziquantel พบว่าได้ผลดีในระดับหนึ่ง โดยในปี พ.ศ.2544 สามารถลดความชุกของผู้ป่วยทั่วประเทศเป็นร้อยละ 9.6 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเหลือความชุกของโรคร้อยละ 15.7 (Jongsuksuntigul .et.al, 2008) จนกระทั่งในปี พ.ศ.2552 พบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ดิบทั่วประเทศลดลงจนเป็นร้อยละ 8.7 แต่พบว่าความชุกของโรคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.6(กระทรวงสาธารณสุข ,2552) และคาดว่าจะมีผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 7 ล้านคน [Buntitov V.et.al., 2011) จากรายงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยยังเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคพยาธิใบไม้ดิบ และมีแนวโน้มที่จะตรวจพบอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังมีความเป็นไปได้สูงที่จะก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีตามมา จึงนับว่าเป็นพื้นที่ที่ควรได้รับการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วนก่อนที่อุบัติการณ์และความชุกของโรคจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเกิดโรคที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นวงกว้างจนยากที่จะแก้ไข โรคพยาธิใบไม้ดิบส่งผลในหลายๆด้านทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติโดยส่วนร่วม แม้ในระยะแรกผู้ที่ติดเชื้อจะไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน แต่เมื่อมีพยาธิสภาพสะสมเป็นเวลานานจะทำให้มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ท้องอืด แน่นท้อง เจ็บบริเวณชายโครง และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีก็จะส่งผลให้มีอาการอักเสบของท่อน้ำดีตามมา เกิดภาวะติชาน ดับโต มีไข้ จนกระทั่งระยะสุดท้ายของโรคผู้ป่วยจะผอมซีด บวม มีน้ำในช่องท้องหรือท้องมาน หรืออาจกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุดซึ่งเป็นระยะที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงของโรค ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเสียชีวิต

ในเวลาต่อมา(Wongsaroj T.et.al., 2011) ซึ่งในปี พ.ศ.2547 มีการเสียชีวิตจากมะเร็งตับประมาณ 28,000 ราย โดยร้อยละ 48.8 ของจำนวนผู้เสียชีวิตเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี (WHO, 2011) นับว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรอย่างสูงโดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังที่จะสร้างความเจริญให้แก่ประเทศชาติ เนื่องจาก ร้อยละ 79.86 ของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ดิบอยู่ในวัยแรงงาน คือมีอายุระหว่าง 15 – 60 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2552) และถ้าการสูญเสียนี้เกิดขึ้นกับผู้นำของครอบครัวนอกจากจะทำให้ต้องเสียรายได้หลักของครอบครัวแล้ว ยังทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิตจากการเสียเสาหลักของครอบครัวอีกด้วย นอกจากนั้นโรคพยาธิใบไม้ดิบยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งจากการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและการสูญเสียรายได้จากการไม่ประกอบอาชีพระหว่างการเจ็บป่วย ซึ่งจากรายงานการศึกษามูลค่าการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและโรคพยาธิใบไม้ดิบ ปี พ.ศ.2534 คิดเป็นจำนวนเงิน 2,115 ล้านบาทต่อปี (WHO, 2011) และปี พ.ศ. 2545 คิดเป็นจำนวนเงิน 120 ล้านเหรียญสหรัฐหรือประมาณ 3,840 ล้านบาทต่อปี (Andrew RH,Sithithaworn P, Petney TN, 2008: ประสิทธิ์ วัฒนาภา,2545) นับเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างยิ่ง ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดิบโดยการค้นหาและกำจัดสาเหตุของการเกิดโรคจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยขจัดปัญหาดังกล่าว ตลอดจนช่วยป้องกันผลกระทบที่มีความรุนแรงต่างๆที่จะตามมา ไม่ว่าจะเป็นการทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วย และการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์จากการเสียชีวิต ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ไม่สามารถที่จะประเมินคุณค่าของการสูญเสียได้ โดยเฉพาะประเทศไทยที่มีรายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก (IARC, 2011.; Muller R.et.al., 2002)

ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2559-2561 ตามมติคณะรัฐมนตรีผ่านโครงการถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขจากการสำรวจเฝ้าระวังโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2524, 2534, 2539, 2544, 2552, 2557 และ 2560 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 54.7, 41.7, 35.0, 22.5, 8.7, 5.1 และ 7.8 โดยพบการติดเชื้อโรคหนองพยาธิมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26 และพบอัตราติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 20.8 โดยมีอัตราความชุกสูงแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 10.4 - 41.9 มีจำนวนถึง 13 จังหวัด จังหวัดนครพนมมีความชุกสูงที่สุดคือ ร้อยละ 41.9 รองลงมาได้แก่ศรีสะเกษร้อยละ 39.7 อำนาจเจริญร้อยละ 38.2 กาฬสินธุ์ ร้อยละ 30 มุกดาหาร ร้อยละ 28.2 บุรีรัมย์ ร้อยละ 24.2 สุรินทร์ ร้อยละ 23.0 ร้อยเอ็ด ร้อยละ 21.9 ยโสธร ร้อยละ 21.6 หนองบัวลำภู ร้อยละ 20.6 สกลนคร ร้อยละ 20.4 อุบลราชธานี ร้อยละ 19.8 และจังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 19.4 จากการวิเคราะห์พื้นที่พบบางหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงมาก จากการประมาณการพบว่า คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่า 20 ล้านคนติดเชื้อหรือเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับกว่า 6 ล้านคน หรือนับเป็นหนึ่งในสามของประชากรในภูมิภาคสอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในปี 2548 เมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาประมาณ 25,000 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ 70 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 3 ราย ในปี 2554 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวน 14,314 ราย ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือประมาณ 7,539 ราย รองลงมาคือภาคเหนือจำนวน 2,638 ราย ผลการดำเนินงานปี 2559 พบว่าประชาชนติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 6,966 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.1 และในปี 2560 พบว่าประชาชนติดโรค

พยาธิใบไม้ตับ 6,757 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.80 (Kaewpitoon N.et.al., 2012)

จังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังเป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งตามสภาพทางภูมิศาสตร์มีแม่น้ำชีและแม่น้ำมูลไหลผ่านภายในจังหวัดประกอบกับปริมาณน้ำฝนที่ตกชุกทำให้จังหวัดชัยภูมิอุดมสมบูรณ์ไปด้วยสัตว์น้ำ โดยเฉพาะปลาน้ำจืด จึงมีการบริโภคปลาดิบตามวิถีของคนทางภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งทางจังหวัดศรีสะเกษได้ดำเนินงานตามโครงการ “การกำจัดพยาธิ ใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญที่ทุกจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะต้องเร่งดำเนินการ สถานการณ์จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ. 2559, 2560, 2561, 2562, 2563 เท่ากับร้อยละ 18.1, 16.2, 15.3, 17.5 และ 15.6 ตามลำดับ พบผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 เท่ากับ 123.3, 128.2, 129.5, 155 ตามลำดับ (ข้อมูล สน., 2564) จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2561, 2562, 2563, 2564, 2565 เท่ากับร้อยละ 2.42, 1.42, 2.38, 6.03 และ 2.65 จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลหนองงูเห่า อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2561, 2562, 2563, 2564, 2565 เท่ากับร้อยละ 1.49, 0.38, 0.75, 1.72 และ 0.96 อำเภอเบญจลักษณ์ พบจำนวนและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563, 2564, 2565 เท่ากับ 23 (93.64), 22 (93.52), 14 (60.83), 11 (47.61) และ 15 (63.49) ตามลำดับ ตำบลหนองงูเห่าพบจำนวนและอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563, 2564, 2565 เท่ากับ 4 (66.66), 3 (60.00), 2 (40.00), 2 (60.00), 3 (75.00) ถึงแม้ว่าอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับลดลง แต่

พบว่ามะเร็งท่อน้ำดียังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ (ข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษณ์, 2565) ซึ่งการดำเนินงานตามนโยบายในระดับจังหวัดได้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “คนอีสาน ไม่กินปลาดิบ” อย่างต่อเนื่องแต่ก็ยังไม่ประสบผลเท่าที่ควร และจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าในอดีตที่ผ่านมาการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นเจ้าหน้าที่จะมีการดำเนินการลงไปในพื้นที่ทำการตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิ ผู้ที่พบไข่พยาธิจะถูกบำบัดรักษาด้วยยาถ่ายพยาธิโดยมีการดำเนินงานทุกๆปี แต่ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมานโยบายการตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิจะต้องพบแพทย์เพื่อทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซึ่งเป็น กระบวนการที่มีความยุ่งยากสำหรับประชาชนทำให้ขาดการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ สำหรับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ก็จะมีการจ่ายยาถ่ายพยาธิและการให้สุขศึกษาเป็นครั้งคราวไปหรือบางพื้นที่มีการจัดทำโครงการสุขภาพจากงบกองทุนประกันสุขภาพเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการเป็นกิจกรรมที่เน้นการตรวจอุจจาระและให้สุขศึกษา ซึ่งให้เห็นว่าการเฝ้าระวังและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในแต่ละพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษ ยังไม่มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน กิจกรรมโดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่จัดรับมากกว่าเชิงรุกซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดจากภาครัฐเป็นผู้กำหนด ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างยั่งยืน ซึ่งถ้าแนวทางดำเนินงานดังกล่าวถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน สังคม เศรษฐกิจตามมา และในการแก้ไขปัญหาด้านโรคพยาธิใบไม้ตับในหลายๆพื้นที่ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้ามาสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนที่จะดูแลสุขภาพตนเองนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมได้อย่างยั่งยืน

ซึ่งแนวทางดังกล่าวเป็นกระบวนการมีการดำเนินการเพื่อที่จะให้เกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและผลที่จะได้รับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (ชูศักดิ์, 2543 ; สุคนธ์ทิพย์, 2564) และกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนให้เป็นระบบโดยภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนจะเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคให้เป็นระบบและเกิดความยั่งยืน ลดป่วย ลดตายด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อมอำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนตำบลหนองสูงเหลื่อมอำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษและผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของ

คะแนนของความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม
ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรม
การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็ง

ท่อน้ำดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน
และหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและ
โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอบึงฉลือ
จังหวัดศรีสะเกษ

ครั้งที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ การรับรู้ ปรับทัศนคติ โดยใช้
กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบต้นเหตุ
การสร้างเสริมคุณค่าในตัวเองให้มีสุขภาพดี (Social & Value)

ครั้งที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และแนวการป้องกันและควบคุมโรค
พยาธิใบไม้ตับในชุมชนในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (Social value)

ครั้งที่ 3 ประชุมขับเคลื่อนระดับชุมชน กำหนดเป้าหมาย ตำบล หมู่บ้าน และ
อำเภอ จนถึงประกาศเป็นยุทธศาสตร์ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ (ODOP)
(Structure & Policy)

ครั้งที่ 4 สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังการตัดสินใจเข้ารับการรักษา
ให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา (social support)

ครั้งที่ 5 กิจกรรมทำแผนการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ การเข้ารับการรักษา
เมื่อเจ็บป่วย การจัดการบริการไร้รอยต่อทั้งเชิงรุกและเชิงรับ สนับสนุนยารักษา
สื่อออนไลน์ให้ความรู้ที่ถูกต้อง (Service System)

ครั้งที่ 6 รมรณรงค์การปรุงอาหารสุก ล้างมือ การบริโภคปลาร้าสุก ร้านส้มตำ
ปลาร้าสุก ร่วมกับพัฒนาชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ (social support)

ครั้งที่ 7 กิจกรรมการให้ความรู้ กระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน โดยทีม
เครือข่ายแกนนำด้านสุขภาพร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Service System)

ครั้งที่ 8-9 กิจกรรม 5 ส ชุมชนทุกวันศุกร์ ลดน้ำขัง กำจัดขยะถูกวิธี และ
ผลักดันให้ อบต.จัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค
พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Sanitation)

ครั้งที่ 10 จัดกิจกรรมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูคนต้นแบบ
มอบรางวัลหมู่บ้าน ตำบลต้นแบบปลอดพยาธิ (Sustainable)

ตัวแปรตาม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ
ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้
ตับของประชาชนตำบลหนอง
สูงเหลื่อม อำเภอบึงฉลือ
จังหวัดศรีสะเกษ

- 1.ด้านความรู้
- 2.ด้านทัศนคติ
- 3.การรับรู้โอกาสเสี่ยง
- 4.การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 5.แรงสนับสนุนทางสังคม
- 6.ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว
- 7.การรับรู้ความสามารถของตน
- 8.พฤติกรรมในการป้องกันและ
ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและ
โรคมะเร็งท่อน้ำดี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่ง
ทดลอง (Quasi-Experimental Research) ประชากร
ที่ศึกษา 2 กลุ่ม แบบ Two Group Pretest-Posttest

Design กำหนดกลุ่มทดลองเป็นอาสาสมัครที่ปฏิบัติ
งานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูงเหลื่อม
อำเภอบึงฉลือ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ
และได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 70 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองฮาง อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการดูแลของระบบกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 70 คน

2 ขอบเขตการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการคำนวณขนาดตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างได้แก่อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 70 คน คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษาและอาชีพ ระยะเวลาการรักษา โรคประจำตัว (2) แบบสัมภาษณ์ในการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมและป้องกันโรคได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการสร้างสมรรถนะและทักษะของอสม. โดยการเล่าประสบการณ์เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยให้ผู้ร่วมโครงการได้เข้าถึงความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเสี่ยงที่เคยปฏิบัติในการเสี่ยงต่อการติดโรค ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดกับคนใกล้ตัว ความทุกข์ยากที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของครอบครัวและชุมชน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชนโดยจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้ความรู้และสร้างการรับรู้ในระดับบุคคล ชุมชนระยะเวลา 1 วัน เพื่อให้เกิดการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับบุคคล ชุมชน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมประชุมขับเคลื่อนระดับชุมชน กำหนดเป้าหมาย ตำบล หมู่บ้าน และอำเภोजนถึงประกาศเป็นยุทธศาสตร์ระดับชุมชน ตำบล อำเภ (ODOP)

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการจัดหาและขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวมถึงการออกแบบช่องทางการบริการด้านสาธารณสุขทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ของหน่วยบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อการตัดสินใจต่อการเข้ารับการรักษาของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมทำแผนการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มตัวอย่างและประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตตำบลหนองเหล็ก ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยออกแบบให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงกระบวนการและปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข แนวทางการสนับสนุนทรัพยากร การใช้สื่อออนไลน์ให้ความรู้ที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 6 รมรณรงค์การปรุงอาหารสุก ล้างมือ การบริโภคปลาสุก ร้านส้มตำปลาสุกร่วมกับพัฒนาชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ (social support)

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมการให้ความรู้ กระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน โดยทีมเครือข่ายแกนนำด้านสุขภาพร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Service System) โดยจัดกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย ค้นหาปัญหาและรวมกลุ่มใหญ่เพื่อสะท้อนปัญหาและหาแนวทางร่วมระหว่างกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับครอบครัว การออกเยี่ยมบ้านของแกนนำสุขภาพ และจัดพิธีผูกเสี่ยวอภังค์ในการร่วมดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ 9 กิจกรรม 5 ส ชุมชน ทุกวันศุกร์ ลดน้ำซัง กำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกวิธี และผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีแผนในการจัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูคนต้นแบบ มอบรางวัลครอบครัว หมู่บ้าน ตำบลต้นแบบสัมตำปาร้าสูงและตำบลปลอดพยาธิ (Sustainable) โดยมีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือ ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา และวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้น นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อาเภอกันทรลักษ์ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ด้านความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ด้านทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ด้านการรับรู้ความรู้แรง ของโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ด้านความตั้งใจ ในการปฏิบัติตัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่ม โดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-146 วันที่ 29 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.7 อายุเฉลี่ย 52.80 (SD= 10.44) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 45.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.1 รายได้เฉลี่ย 3688.57 บาท (SD=3577.29) ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.6 รองลงมาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.3 ได้รับการตรวจหาพยาธิในอุจจาระร้อยละ 100 และตรวจพบพยาธิตัวตืดร้อยละ 15.7 และตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 18.6 ได้รับการรักษาหลังตรวจพบ ร้อยละ 100 รักษาโรคด้วยยาถ่ายพยาธิร้อยละ 45.8 และรักษาด้วยยาถ่ายพยาธิและอัลตราซาวด์ร่วมด้วย ร้อยละ 54.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.6 อายุเฉลี่ย 48.97 (SD= 14.55) การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70 รายได้เฉลี่ย 3684.06 บาท (SD =3623.09) ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 รองลงมาป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 22.9 ตรวจหาพยาธิในอุจจาระร้อยละ 100 และตรวจพบพยาธิตัวตืดร้อยละ 20 และตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ

20 ได้รับการรักษาหลังตรวจพบร้อยละ 100 รักษาโรคด้วยยาถ่ายพยาธิร้อยละ 50 และได้รับการรักษาด้วยยาถ่ายพยาธิและอัลตราซาวด์ร่วมด้วย ร้อยละ 50

2. การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.19 คะแนน (95% CI = 2.89-3.48) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	5.87	1.07	-0.14	-0.485-0.19	-0.825	0.411
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.01	0.97				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	9.30	0.87	3.19	2.89-3.48	21.526	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.11	0.88				

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ย

ของทัศนคติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 14.41คะแนน (95% CI = 13.02 -15.80) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	27.87	6.06	1.79	0.05-3.52	2.036	0.051
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.08	4.14				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	40.86	4.36	14.41	13.02-15.80	15.804	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.44	3.95				

2.3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.30 คะแนน (95% CI= 11.96 -14.35) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 3

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32.08	4.72	0.26	-1.16- 1.68	0.0358	0.720
กลุ่มเปรียบเทียบ	31.83	3.71				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45.24	2.24	13.30	12.32-14.28	26.720	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	31.94	3.51				

2.4.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลอง มี คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.51 คะแนน (95% CI=7.16-9.24) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 4

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	31.84	3.87	-0.37	-1.78-1.04	-0.5208	0.603
กลุ่มเปรียบเทียบ	32.21	4.54				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	40.73	3.78	8.51	7.12-9.90	12.1098	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32.21	4.51				

2.5.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ 9.94 คะแนน (95% CI=8.97-10.91) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 5
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	34.37	3.85	1.64	-1.90-1.72	0.55-2.73	0.003
กลุ่มเปรียบเทียบ	32.73	2.55				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	42.71	3.15	9.94	8.98-10.91	20.3890	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32.77	2.59				

2.6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความตั้งใจในการปฏิบัติตัว สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.66 คะแนน (95% CI=6.31-9.00)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัวภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	39.21	3.52	1.69	0.26-3.11	2.336	0.021
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.53	4.90				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45.24	2.86	7.66	6.31-9.00	11.2192	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.59	4.94				

2.7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความตั้งใจในการปฏิบัติตัว สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.33 คะแนน (95% CI=4.49-6.16)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัวภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถของตน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	39.96	3.00	-1.03	-1.98-0.07	-2.1285	0.351
กลุ่มเปรียบเทียบ	40.98	2.69				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	46.36	2.23	5.33	4.49-6.16	12.6279	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	41.03	2.73				

2.8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	22.24	1.56	0.47	-0.09-1.03	0.5604	0.099
กลุ่มเปรียบเทียบ	22.77	1.79				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	27.64	1.05	5.84	5.36-6.32	24.2123	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.80	1.72				

สรุปและอภิปรายผล

จากการใช้รูปแบบสร้างการมีส่วนร่วมและ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองสูง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัว สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.19 คะแนน (95%CI = 2.89 -3.48) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 14.41 คะแนน (95% CI = 13.02 -15.80) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.30 คะแนน (95% CI=12.32 -14.28) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.51 คะแนน (95% CI=7.12-9.90) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.94 คะแนน

(95% CI=7.51-9.17) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.66 คะแนน (95% CI=4.49-6.16) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.32 คะแนน (95% CI=4.49-6.16) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.84 คะแนน (95% CI=5.37-6.32)

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมออกเป็น 10 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมที่เน้นประเด็นการสร้างความรู้ ทักษะและสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้แก่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การอบรมให้ความรู้และปรับและปรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยการประชุมเน้นการมีส่วนร่วมในการสะท้อนมุมมอง แนวความคิดของผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมกันค้นหาความหาจุดเด่นในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองที่มี และกิจกรรมกลุ่มร่วมกันออกแบบในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมติดต่อกันจำนวน 2 ครั้งในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมโดยเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายด้านป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมในการสะท้อนคิด และร่วมกันจัดทำแผนของชุมชนในการกำหนดนโยบายและข้อตกลงของชุมชนเพื่อสนับสนุนการลดการบริโภคปลาดิบ และเชิญชวนให้ประชาชน 15 ปีขึ้นไปและมีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบได้ตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิ เข้ารับการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมติดตามเยี่ยมบ้านของชุมชนและทีม BUDDY ครวเรือนในกิจกรรมตามโปรแกรมในระหว่างอาทิตย์ที่ 3, 4 และ 5 หลัง ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นเตือนโดยการณรงค์การใช้ปลาสุกทุกครัวเรือนและขอความร่วมมือทุกร้านอาหารได้ปรุงอาหารโดยใช้ปลาสุกและ

ร้านส้มตำทุกร้านในชุมชนให้ใช้ปลาสุก สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันออกสำรวจร้านอาหารและร้านส้มตำในชุมชน พร้อมมอบป้ายประกาศในร้านอาหารที่ปฏิบัติได้ ส่วนร้านอาหารที่ไม่ปฏิบัติตามทีมผู้วิจัยได้ลงเยี่ยมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ รวมถึงการทำข้อตกลงของชุมชนในการไม่ซื้อและไม่ใช้บริการ สัปดาห์ที่ 8-9 กิจกรรมรณรงค์สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์โรคและเสนอแผนการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลแก่งองค์การบริหารส่วนตำบลในงบประมาณ 2567 สัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองงูเห่าได้จัดกิจกรรมถอดบทเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์และมอบรางวัลให้แก่ครอบครัวร้านอาหารที่มีการดำเนินตามข้อกำหนดของตำบล ซึ่งหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างครบทุกขั้นตอนตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลให้ระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการตรวจไข่พยาธิในกลุ่มทดลองพบอัตราการติดเชื้อลดลงจากร้อยละ 18.6 เป็นร้อยละ 6.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวีเลิศชายงามและคณะ (2563) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค กรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หากคนเรารับรู้ว่

สามารถทำอะไรได้ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาตามการรับรู้ความสามารถของตน สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ สอนอาจ (2562) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจและทักษะการสื่อสาร ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในทางที่ดีขึ้น ซึ่งนอกเหนือจากที่ต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของตัวบุคคลแล้วการที่จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จำเป็นต้องมีปัจจัยหรือองค์ประกอบด้านอื่นๆมาช่วยสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบกระบวนการในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวของบุคคลและการสร้างกฎกติกาข้อตกลงของสังคมรวมถึงการกำหนดนโยบายในการเอื้อและสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมได้สะดวกและง่ายขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนอก (2556)พบว่าการทำงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภูโดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการบริหารจัดการพร้อมทั้งประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC) ส่งผลให้เกิดแผนปฏิบัติการของชุมชนที่สามารถควบคุมและป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการวิจัย เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานที่เข้มแข็ง รวมถึงการยอมรับ กฎเกณฑ์ข้อบังคับและสัญญาประชาคมของชุมชน ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างต่อเนื่องและยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิสร ผานคำ (2557) ซึ่งใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ของชุมชน การสร้างความเข้าใจปัญหาและการสร้างเป้าหมายร่วมกันรวมถึงการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของชุมชน การแบ่งปันทรัพยากรของชุมชนเพื่อสนับสนุนการ

ดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการบริโภคปลาดิบได้อย่างถาวร ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค กรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หากคนเรารับรู้ความสามารถทำอะไรได้ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาตามการรับรู้ความสามารถของตน ดังนั้น การที่นำเอาผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมย่อมจะส่งผลให้มีสุขภาพดีมากขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ย่อมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษา เพื่อจะได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น
- 2.ควรมีการขยายการดำเนินงานสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยง เพื่อขยายผลการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.(2562).รายงานผลการศึกษาสถานการณ์ โรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย ปี 2552.นนทบุรี:กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;2552.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค(2552). รายงานผลการศึกษาสถานการณ์โรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค.(2565).กระทรวงสาธารณสุข. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://ddcmoph.go.th/index.php>. มกราคม 2565.
- ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล (2543).พยาธิใบไม้ตับ. วารสารโรคติดต่อ. 2543; 26 [3].
- ทวีเลิศ ขายงามและคณะ.(2563). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี น้ำดีของ
ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่
อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสภา
สาธารณสุขชุมชน 2563;3(2), 1-15.
- วรุดิ นามวงศ์. (2562) ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการ
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการ
กลุ่มเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในประชาชน
จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี; 2562.
- เบญจวรรณ สอนอาจ. (2564). แนวทางการสร้างความ
รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร
และปริมณฑล[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2
ตุลาคม 2564]. ได้ จาก: [http://thesis.su.ac.th/
dspace/bitstream/123456789/2756/1/61260304.pdf](http://thesis.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2756/1/61260304.pdf).
- นันทพร ศรีนอก.(2556)รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.
- นิสร ผานคำ.(2557). กระบวนการพัฒนารูปแบบการ
ดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับ
ชุมชนตำบลตู่้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน
จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชา
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุคนธ์ทิพย์ นรสาร.(2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและ
ควบคุมโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2563). แนว
ทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค
หนอนพยาธิ ปี 2563.ศรีสะเกษ:สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์.(2565). ข้อมูลการบริหาร
จัดการการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี
สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเบญจลักษ์. [http://dc.ssko.
moph.go.th/kpi65/index2.php?amp=3319](http://dc.ssko.moph.go.th/kpi65/index2.php?amp=3319).
- WHO(2011). Report of the WHO Expert
Consultation on foodborne Trematode
Infections and
Taeniasis / Cysticercosis. Geneva; 2011.
- IARC(2011). IARC Monographs on the
Evaluation of Carcinogenic Risks to
Humans Part B: Biological
Agents VOLUME 100A Review of
Human Carcinogens. Geneva: WHO
Press; 2011.
- Jongsuksuntigul P, Imsomboon T(2003).
Opisthorchiasis control in Thailand.
Acta Trop. 2003;88 [3]: 229-32.
- Muller R(2002). Worms and Human Disease.
CABI publishing: 2002. Cited by
Andrews RH, Sithithaworn P,
Pentney TN. Opisthorchis viverrini: an
underestimated parasite in world
health. Trends in Parasitology. 2008;
24[11]: 497-501.
- Kaewpitoon N,Kaewpitoon SJ, Ueng-Arpon
N,Rujirakul R, Churproong S,Matrakool
L, et al.(2012).Carcinogenic human
liver fluke: Current status of
Opisthorchis viverrini metacercariae in
Nakhon Ratchasima, Thailand. Asian
Pac J Cancer Prev. 2012; 13 [4]: 1235- 40.
- Wongsaroj T, Nithikathkul C, Rojkitikul W, Nakai
w, Royal L, Ramasut P. National survey
of Helminthiasis in Thailand. Asian
Biomedicine. 2014

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ของ อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ

ศักรินทร์ บุญประสงค์¹, พุทธิไกร ประมวล², ภัทรา ทองสุข³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคฯ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ตามกระบวนการของ PDCA และระยะที่ 3 เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multivariable linear regression การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า มี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน ได้แก่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ทัศนคติการป้องกัน และดูแลกำกับการกินยา และการรับรู้ด้านสุขภาพ โดย อสม. ที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีทัศนคติฯ และการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคฯ มากกว่า (Mean diff =2.95, 95% CI= 0.38-5.52, Mean diff =5.72, 95% CI= 2.95-8.49 และ Mean diff =4.17, 95% CI= 1.40-6.93) รูปแบบการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) การสร้างความรู้และทักษะ 2) ความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์และระบบ 3) การเยี่ยมบ้าน คุณภาพ 4) ระบบพี่เลี้ยงและการแนะนำจากพี่เลี้ยง และ 5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และ หลังใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติฯ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้น ผู้บริหารหน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรนำรูปแบบหรือกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเพิ่มอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จและลดการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), หมอประจำบ้าน, ผู้ป่วยวัณโรค, จังหวัดศรีสะเกษ

^{1,2,3}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

¹E-mail: Kaitong_sak@hotmail.com

²E-mail: putthikrai.pramual@gmail.com

³E-mail: p.pattra65@gmail.com

Development and Evaluation of a Care Model for New Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis Patients by Village Health Volunteers in Sisaket Province

Sakarin Boonprasong¹, Putthikrai Pramual², Pattrra Thongsuk³

Abstracts

This research investigated factors associated with the care behavior and supervision of medication intake for new smear-positive pulmonary tuberculosis patients. Additionally, a care model was developed and evaluated for new smear-positive pulmonary tuberculosis patients by village health volunteers in Sisaket Province. The research consisted of three phases: Phase 1, an analytical cross-sectional study aimed to identify factors associated with the care behavior and supervision of medication intake for new smear-positive pulmonary tuberculosis patients; Phase 2, action research aimed to develop a care model for new smear-positive pulmonary tuberculosis patients based on the PDCA model; and Phase 3, a quasi-experimental study aimed to assess the effect of the developed model from Phase 2. The data were analyzed using multivariable linear regression, content analysis, and independent t-test statistics. The results indicated three predicted factors associated with the care behavior and supervision of medication intake for new smear-positive pulmonary tuberculosis patients, including a family income of more than 5,000 baht per month (Mean diff = 2.95, 95% CI = 0.38-5.52), a good level of attitude (Mean diff = 5.72, 95% CI = 2.95-8.49), and a good level of health perception (Mean diff = 4.17, 95% CI = 1.40-6.93). A care model for new smear-positive pulmonary tuberculosis patients by Village Health Volunteers consists of five components, including knowledge and skills, staff and systems, quality for home visits, coacher and coaching, and follow-up. After the experiment, the scores for knowledge, attitude, health perception, and the behavior of care and supervision of medication intake for new smear-positive pulmonary tuberculosis patients in the experimental group were significantly higher than those in the comparison group. Therefore, health administrators should implement models or activities to supervise the medication intake of tuberculosis patients, aiming to increase the success rate of tuberculosis treatment and reduce the spread of the disease in the area.

Keywords: Village Health Volunteers, The First Doctor or Moh#1, Pulmonary Tuberculosis, Sisaket Province

^{1,2,3}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

¹E-mail: Kaitong_sak@hotmail.com

²E-mail: putthikrai.pramual@gmail.com

³E-mail: p.pattrra65@gmail.com

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อสำคัญที่ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 1 ใน 10 อันดับแรกในประชากรทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 7 ของประเทศด้อยพัฒนา โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรค (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประเทศที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคสูง (TB) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และกลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยด้วยยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีภาระวัณโรคและวัณโรคที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 120,000 ราย คิดเป็น 172 ต่อประชากรแสนคน องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดยุทธศาสตร์วัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 (WHO, 2013) และกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์วัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2569 เพื่อเป็นกรอบดำเนินงานโดยมีมาตรการหลักในการจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ตามยุทธศาสตร์ของ WHO ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การเร่งรัดการค้นหาวินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ 2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขัง และแรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุม ร้อยละ 90 และ 3) การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2560) ด้วยผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ที่สำคัญนี้ จะส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลงอย่างรวดเร็วสู่เป้าหมายยุติวัณโรคได้

สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยคาดว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB Report 2021) ในปี 2565 มีอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ร้อยละ 68.23 และปี 2564 มีอัตราการรักษสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 79.61 อัตราเสียชีวิต ร้อยละ 9.13 อัตราการขาดการรักษา ร้อยละ 4.68 อัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 82.74 อัตราเสียชีวิต ร้อยละ 9.80 และอัตราการขาดการรักษา ร้อยละ 4.01 (NTIP, ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565)

จังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดที่มีอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคสูง ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (XDR-TB) ผลการดำเนินงานในปี 2564 พบว่าอัตราการรักษสำเร็จ ร้อยละ 85.80 อัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85.80 อัตราเสียชีวิต ร้อยละ 11.11 อัตราการขาดการรักษา ร้อยละ 1.80 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา ร้อยละ 78.1 คิดเป็นอุบัติการณ์ 117.11 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) จำนวน 11 ราย ผู้ป่วย Pre XDR-TB จำนวน 1 ราย เป็นการสะท้อนถึงการติดตามบริการด้านสาธารณสุข และการควบคุมวัณโรคในการตรวจคัดกรองการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและป้องกันเชื้อยังเป็นปัญหา ซึ่งผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีแนวทางการปรับปรุงพัฒนางาน เพื่อแก้ไขปัญหาและเพิ่มความสำเร็จในการดำเนินงานต่อไป (กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2564) และในปีงบประมาณ 2565 อัตราการตายยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และเมื่อวิเคราะห์ช่วงเวลาการรักษาและสาเหตุการตาย พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ตายส่วนใหญ่ตายในช่วง 2 สัปดาห์จนถึง 2 เดือน สาเหตุการตายส่วนใหญ่มีไตเรื้อรังและ

โรคเบาหวานร่วมด้วย (กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565)

จากสถานการณ์วัณโรคในจังหวัดศรีสะเกษ แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานเพื่อบูรณาการควบคุมวัณโรคให้สำเร็จนั้นสิ่งที่สำคัญอันดับแรก คือ ระบบการกำกับติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้ดีขึ้นในช่วง 2-3 เดือนแรกของการรักษา เพราะเป็นช่วงที่พบอัตราการเสียชีวิตสูง และในกรณีของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ในช่วงการรักษา 2-3 เดือนแรก หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่องและการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่ดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยขาดยาและสามารถแพร่กระจายเชื้อสู่คนในครอบครัวและชุมชน และการรักษาวัณโรคล่าช้า โดยผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ 10-15 คนต่อปี (WHO, 2014)

การดูแลติดตามประเมินอาการ การกำกับการกินยา การปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค การติดตามกำกับเรื่องการตรวจวัดดัชนีทางสุขภาพ และอาการข้างเคียงจากการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่กลับมารักษาตัวที่บ้าน เป็นบทบาทหน้าที่หลักของผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปร่วมในการกำกับติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับญาติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดย อสม. เป็นบุคลากรที่บทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพและให้คำแนะนำกับผู้ป่วยวัณโรคและญาติได้มากที่สุด เพราะเป็นคนที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน สามารถไปช่วยดูแล ประเมินอาการและประสานเจ้าหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีเพื่อลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านสุขภาพของผู้ป่วยและมีส่วนสำคัญในการควบคุมวัณโรคในชุมชนให้สำเร็จ โดยกระบวนการกำกับติดตามการกินยาต่อหน้า (DOTs) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้

ใจ” เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการส่งต่อรักษาในโรคที่ซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอยู่ในชุมชน มีบทบาทในการประสานดูแลกำกับติดตามการกินยา ประเมินอาการข้างเคียง เพื่อส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาอาการข้างเคียง และประเมินการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น อสม. จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างดี และต้องมีความรู้ทักษะ ในการป้องกันตนเองจากการรับเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยประเมินอาการ และนำข้อมูลส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ อสม. มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีจุดเน้นเพื่อจัดกระบวนการให้ความรู้และการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ทักษะ และกระบวนการต่างๆ ให้กับ อสม. เพื่อช่วยในการกำกับติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จ ตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้วิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอบประจักษ์บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. หมอบประจักษ์บ้าน ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) (Kelly & Maxwell, 2003) โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์จากงานวิจัยของยุทธนา แยกคาย (2561) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 201 คน และผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นของอัตราการไม่ตอบกลับ ร้อยละ 6 จะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 213 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ตัวแทน อสม.ที่เป็นตัวแทนที่ดีในการทำการศึกษานี้ ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) สุ่มเลือกโซนบริการสุขภาพ 1 โซน จากจำนวน 6 โซนในจังหวัดศรีสะเกษ ได้โซนบริการสุขภาพที่ 4 ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เพื่อสุ่มเลือกอำเภอ 1 อำเภอ ได้อำเภอไพรบึง ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เพื่อเลือก อสม. ตามสัดส่วนจำนวน อสม. ในแต่ละ รพ.สต. และ ขั้นตอนที่ 4 ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) สุ่มเลือก อสม.แต่ละหมู่บ้าน นำรายชื่อ อสม. มาจัดเรียง แล้วทำการสุ่มเป็นช่วง ตามช่วงที่คำนวณได้ จนครบกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เป็นคำถามแบบถูกผิด 3 ตัวเลือก 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะคิดในการป้องกันและดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 15 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพ เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 20 ข้อ และ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อของ อสม.หมอบประจักษ์บ้าน เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 15 ข้อ และซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย ด้านสถิติ และด้านเนื้อหาการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ใน อสม. อำเภอยุชขันธุ์ และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามด้านความรู้ใช้วิธีการของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.74 และแบบสอบถามทัศนคติ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อของ อสม.หมอบประจักษ์บ้าน ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77, 0.81 และ 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวัดระดับความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อของ อสม.หมอบประจักษ์บ้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อ โดยใช้สถิติ Multivariable linear regression นำเสนอ

ขนาดความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Adjusted mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

2. การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kimmis & Mc Taggart, 2014) ร่วมกับการนำทฤษฎีด้านพฤติกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสร้างความรู้และทักษะในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อ ของ DEMMING CYCLE (PDCA) 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอำเภอไพรบึง ได้แก่ 1) แพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค 2) แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 3) เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค 4) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัณโรคประจำโรงพยาบาล สสอ. และ รพ.สต. 6) สาธารณสุขอำเภอ 7) ผอ.รพ.สต. 8) พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. 9) ประธาน อสม. ประจำตำบล และหมู่บ้าน 10) ตัวแทน อสม. 11) กำนัน 12) ผู้ใหญ่บ้าน 13) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 14) ตัวแทนผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้ว และ 15) ตัวแทนญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (DOTs) และมาตรการ 2-2-2 ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือวัดข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้

หลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Techniques) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) และด้านผู้สืบค้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต ติดตาม การประเมินการมีส่วนร่วม และบันทึกข้อมูลจากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวมตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล และความครบถ้วนของข้อมูล

3. การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Two group pre-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้าน ที่ได้ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงอำเภอที่มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมาก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ อสม. หมอประจำบ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลไพรบึง อำเภอไพรบึง และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ อสม. หมอประจำบ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต. บ้านกะดี อำเภอปรังคัง ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2551) กำหนดค่าพารามิเตอร์จากงานวิจัยของรณารถ ชูใจ (2564) ได้ขนาดตัวอย่าง 41 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามระหว่างดำเนินกิจกรรม จึงทำการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10 (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2551) เพื่อให้ตัวอย่าง มีขนาดที่เพียงพอในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage

random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เพื่อเลือก อสม.ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2 แห่ง และขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) สุ่มเลือก อสม. แต่ละหมู่บ้าน ด้วยการนำรายชื่อ อสม. มาจัดเรียง แล้วทำการสุ่มเป็นช่วง ตามที่คำนวณได้ จนครบจำนวน อสม. ทั้งหมดที่ ต้องการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวัดระดับความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกับการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ อสม.หมอบประจักษ์บ้าน ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกับการกินยาของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ อสม. โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test นำเสนอขนาดความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2023-111 เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1

ข้อมูลทั่วไป อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.59 อายุเฉลี่ย 51.01±9.39 ปี โดยมีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 40.38 สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.79 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 52.58 อาชีพทำนา ร้อยละ 83.57 มีฐานรายได้ของครอบครัว 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ยอายุ 11-20 ปี ร้อยละ 39.91 เคยผ่าน

การอบรม อสม. ร้อยละ 75.12 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.00 และมีเคยป่วยเป็นโรค 1 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	52	24.41
หญิง	161	75.59
2. อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	26	12.21
40-49 ปี	64	30.05
50-59 ปี	86	40.38
60 ปีขึ้นไป	37	17.37
Mean±SD	51.01±9.39	
Median (Min:Max)	11 (1:48)	
3. สถานภาพ		
โสด	11	5.16
สมรส	187	87.79
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	15	7.04
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าหรือประถมศึกษา	112	52.58
มัธยมศึกษาตอนต้น	36	16.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย	61	28.64
อนุปริญญาขึ้นไป	4	1.88
5. อาชีพหลัก		
ว่างงาน/แม่บ้าน	21	9.86
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	178	83.57
รับจ้างทั่วไป	12	5.63
ค้าขาย	2	0.94
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
< 3,000 บาทต่อเดือน	47	22.07
3,000-4,999 บาทต่อเดือน	36	16.90
5,000-7,999 บาทต่อเดือน	72	33.80
8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป	58	27.23
Mean±SD	5,999±4,155.05	
Median (Min:Max)	5,000 (1,000:20,000)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. ระยะเวลาการเป็น อสม.		
1-5 ปี	44	20.66
6-10 ปี	59	27.70
11-20 ปี	85	39.91
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	25	11.74
Mean±SD	12.89±8.20	
Median (Min:Max)	11 (1:48)	
8. การอบรม อสม.เชี่ยวชาญ		
ไม่เคยอบรม	53	24.88
ผ่านการอบรมแล้ว	160	75.12
9. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	164	77.00
มีโรคประจำตัว	49	23.00
10. ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	189	88.73
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	13	6.10
ยังสูบบุหรี่อยู่	11	5.16
11. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	101	47.42
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	16	7.51
ยังดื่มอยู่	96	45.07
12. ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค		
ไม่เคยป่วย	212	99.53
เคยป่วย	1	0.47

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคสมทบพบข้อมูลใหม่ของ อสม.หมอบรรพชา บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคสมทบพบข้อมูลใหม่ของ อสม.หมอบรรพชา บ้าน ได้แก่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ทักษะการป้องกันและดูแลกำกับการกินยา และการรับรู้ด้านสุขภาพ โดย อสม. ที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จะมี

คะแนนพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคฯ มากกว่า อสม.ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน 2.95 คะแนน (Mean diff =2.95, 95% CI= 0.38-5.52) อสม.ที่มีทัศนคติฯ ระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคฯ มากกว่า อสม.ที่มีทัศนคติระดับไม่ดี 5.72 คะแนน (Mean diff =5.72, 95% CI= 2.95-8.49) และ อสม.ที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคฯ มากกว่า อสม.ที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพไม่ดี 2.95 คะแนน (Mean diff =4.17, 95% CI= 1.40-6.93) ดังตารางที่ 2

ผลการวิจัยระยะที่ 2

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดสมทบพบข้อมูลใหม่ของ อสม.หมอบรรพชา บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอไพรบึง และการทดลองใช้ใน อสม. กลุ่มเล็ก ที่มีการปรับปรุงพัฒนาตามประเด็นปัญหาที่พบ จำนวน 3 รอบ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดสมทบพบข้อมูลใหม่ของ อสม.หมอบรรพชา บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) กิจกรรมสร้างความรู้และฝึกทักษะ (Knowledge & skills-Based) โดยจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (DOTs) และการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคแบบ 2-2-2 ของจังหวัดศรีสะเกษ (วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, 2561)

2) ความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ และระบบการเยี่ยมบ้าน (Stuff & System) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่ง

น้ำหนัก แบบบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค และ
แนวทางการเยี่ยมบ้าน

3) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพ (Quality for home visit) โดยมีการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การเว้นระยะห่างและตำแหน่งในการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค การป้องกันตนเองจากการรับเชื้อจากผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น การสอบถามอาการข้างเคียง การแนะนำเรื่องการเก็บรักษา ยาวัณโรคเพื่อป้องกันยาเสื่อมสภาพ การนับของยา การสอบถามเรื่องการกินยา สีปัสสาวะของผู้ป่วย และการแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคให้กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพี่เลี้ยง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. เป็นคนสังเกตและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

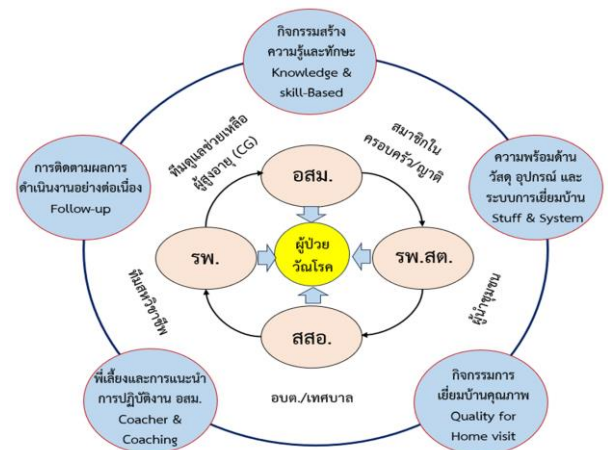
4) ระบบพี่เลี้ยงและการแนะนำของทีมพี่เลี้ยง (Coacher & Coaching) ได้แก่ การแนะนำเทคนิคการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคโดยทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และการสร้างเครือข่ายทีมพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคที่ปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกวัณโรคประจำโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และญาติหรือสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรค เพื่อประสานการส่งต่อผู้ป่วยและการให้คำปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพกับ อสม. และญาติ

5) การติดตามอย่างต่อเนื่อง (Follow-up) มีระบบและรูปแบบการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐาน 2-2-2 ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังภาพที่ 1

ผลการวิจัยระยะที่ 3

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอบะจ่างบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ อสม.กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทักษะคิดฯ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค

เสมหะพบเชื้อ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90, 98, 100 และ 100 ตามลำดับ ส่วน อสม. กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้และทัศนคติฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 และ 64 ตามลำดับ มีคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86 และ 84 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอบะจ่างบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ

และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า อสม. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิดฯ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดย อสม.กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมากกว่า อสม.กลุ่มเปรียบเทียบ 2.68 คะแนน (Mean diff =2.68, 95% CI= 2.03-3.33) อสม.กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันและดูแลกับการติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า อสม.กลุ่มเปรียบเทียบ 10.64 คะแนน (Mean diff =10.64, 95% CI= 8.60-12.68) อสม. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพมากกว่า อสม.กลุ่มเปรียบเทียบ 9.08 คะแนน (Mean diff =9.08, 95% CI= 6.78-11.38) และ อสม.กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลกับการกินยา

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.

ปัจจัย	n	Mean	SD	Un-adjusted Mean diff	Adjusted Mean diff	95% CI	p-value
1. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว							0.0188
<5,000 บาทต่อเดือน	83	61.84	11.20	0	0		
5,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป	130	64.10	8.36	2.26	2.95	0.38 to 5.52	
2. ทักษะในการป้องกันและดูแลกำกับการติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค							<0.0001
ระดับไม่ดี	132	60.44	9.27	0	0		
ระดับดี	81	67.75	8.40	7.31	5.72	2.95 to 8.49	
3. การรับรู้ด้านสุขภาพ							0.0012
ระดับไม่ดี	74	59.15	9.76	0	0		
ระดับดี	139	65.38	8.82	6.24	4.17	1.40 to 6.93	

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่ม	ตัวแปรวัดผล	ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับมาก		Mean±SD
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง	ความรู้	0	0.00	5	10.00	45	90.00	12.94±1.27
	ทัศนคติ	0	0.00	1	2.00	49	98.00	65.04±4.79
	การรับรู้	0	0.00	0	0.00	50	100.00	89.24±5.76
	พฤติกรรม	0	0.00	0	0.00	50	100.00	71.76±3.83
กลุ่มเปรียบเทียบ	ความรู้	7	14.00	30	60.00	13	26.00	10.26±1.94
	ทัศนคติ	0	0.00	32	64.00	18	36.00	53.36±9.42
	การรับรู้	0	0.00	7	14.00	43	86.00	80.16±5.81
	พฤติกรรม	0	0.00	8	16.00	42	84.00	64.96±9.10

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ช่วงเวลา	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean difference	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนได้รับโปรแกรม	ความรู้	8.48	2.57	10.58	1.71	-2.10	-2.97 to -1.23	<0.0001
	ทัศนคติ	55.52	6.08	55.04	5.78	0.48	-1.87 to 2.83	0.6866
	การรับรู้	78.76	5.72	80.86	5.36	-2.10	-4.29 to 0.09	0.0610
	พฤติกรรม	50.44	4.85	65.66	11.53	-15.22	-18.73 to -11.71	<0.0001
หลังได้รับโปรแกรม	ความรู้	12.94	1.27	10.26	1.94	2.68	2.03 to 3.33	<0.0001
	ทัศนคติ	65.04	4.79	54.40	5.44	10.64	8.60 to 12.68	<0.0001
	การรับรู้	89.24	5.76	80.16	5.81	9.08	6.78 to 11.38	<0.0001
	พฤติกรรม	71.76	3.83	64.96	9.10	6.80	4.02 to 9.57	<0.0001

ของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่มากกว่า อสม.
กลุ่มเปรียบเทียบ 6.80 คะแนน (Mean diff =6.80,
95% CI= 4.02-9.57) ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล
กำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ
รายใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้าน มี 3 ปัจจัย ได้แก่
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ทักษะการป้องกันและดูแล
กำกับการกินยา และการรับรู้ด้านสุขภาพ โดย อสม.
ที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน
จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของ
ผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า อสม.ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000
บาทต่อเดือน สะท้อนให้เห็นว่า รายได้และภาระ
ค่าใช้จ่ายของครอบครัว อสม. มีผลโดยตรงต่อการ
ปฏิบัติงานดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค
ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของสมาชิก
ในครอบครัว และจำเป็นต้องใช้เวลาในการทำงานเพื่อ
หารายได้สำหรับดำรงชีพ จึงทำให้เวลาในการติดตาม
กำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในเขตรับผิดชอบของ
อสม. ไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติการกำกับการกินยา
ของผู้ป่วยวัณโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ
กชกร สมมั่ง (2557) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ
อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ

อสม.มีทัศนคติฯ ระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการ
ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า
อสม.ที่มีทัศนคติระดับไม่ดี โดย อสม.ที่มีทัศนคติที่ดี
ในการปฏิบัติงาน มีวิธีคิดเชิงบวกในการปฏิบัติงานด้าน
สุขภาพในชุมชน ย่อมมีความพร้อมในการเรียนรู้และ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติงานของตนได้ดีขึ้น
เพราะไม่ได้มองว่าเป็นภาระหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถ
จัดการได้ แต่เป็นความท้าทายในการเรียนรู้และพร้อมที่
จะเป็นกลไกในการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย
วัณโรคในชุมชนให้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย
ที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคโดย

อสม. จังหวัดพิษณุโลก (ภูษิต ชันกสิกรรม, 2564)
ที่พบว่า ทักษะที่ดีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชนเป็น
ปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมวัณโรค

อสม. ที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมี
คะแนนพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วย
วัณโรคมากกว่า อสม.ที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพไม่ดี
เนื่องจากการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือป้องกัน
ความรู้ด้านสุขภาพ และความเอาใจใส่ในการดูแลภาวะ
สุขภาพผู้ป่วยวัณโรคของ อสม. โดยการวิจัยครั้งนี้
มุ่งสะท้อนการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค
ระหว่างการรักษา การประเมินด้านภาวะโภชนาการ
การขับถ่าย และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ
ของผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้น หาก อสม.มีการรับรู้ประเด็น
เหล่านี้ได้ดี ก็จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแล
กำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สอดคล้อง
กับการศึกษาของรัตนะ วงศ์อิสรกุล (2566) ที่ระบุว่า
สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรคในชุมชน
ของ อสม. จะต้องมีความสามารถในการให้ความรู้ การ
ให้คำปรึกษา และการกำกับการกินยา โดย อสม.
จะต้องมีการพัฒนาด้านการรับรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
กับผู้ป่วยวัณโรค จึงจะสามารถปฏิบัติตามสมรรถนะใน
การควบคุมวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลกำกับการกินยาของ
ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอบ
ระจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม
หลัก ได้แก่ 1) การสร้างความรู้และทักษะ 2) ความ
พร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์และระบบ 3) การเยี่ยมบ้าน
คุณภาพ 4) ระบบพี่เลี้ยงและการแนะนำจากพี่เลี้ยง
และ 5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
โดยกิจกรรมการพัฒนาความรู้ การสร้างเสริมทักษะ
การเยี่ยมบ้านจากการสาธิต และการเรียนรู้จาก
ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน
จริงๆ จะช่วยให้ อสม. มีความกล้าในการพูด การ
สื่อสาร การให้คำแนะนำ เทคนิควิธีการสอบถามเพื่อให้
ได้คำตอบที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงในการปฏิบัติตน

ของผู้ป่วยวัณโรค และการมีวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค การให้โอกาส และสร้างคุณค่า การจัดระบบพี่เลี้ยงจากทีมสหวิชาชีพ และกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันตนเอง การวางระบบการปฏิบัติงานที่ดี และการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำเร็จ และลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (วัฒนา สว่างศรี, 2562) ที่ประกอบด้วย 10 กิจกรรม โดยมีกิจกรรมการอบรม ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระบบการส่งต่อที่ดี การติดตามเยี่ยม การจัดทำอุปกรณ์สาธิตในการเยี่ยมบ้าน และการติดตามนิเทศประเมินผล อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย เหล่าเสถียรกิจ (2562) ที่พัฒนารูปแบบ 2-2-2 ในการกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ภายใน 2 วัน ต้องมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ รพ.สต. ในพื้นที่ทราบ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ลงไปให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม การค้นหาและคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ทั้งเรื่องการกำกับการกินยา การเตรียมยา การให้ผู้ป่วยกลืนกินยาต่อหน้า การจัดช่องเก็บยา การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการกินยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการให้ความรู้ประชาชนในบริเวณใกล้เคียง โดยเป็นบทบาทหน้าที่หลักของ อสม. และสอดคล้องกับการศึกษาของอุไร โชควรรกุล (2566) ที่พบว่า การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค เป็นประเด็นสำคัญของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดสกลนคร

3. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ ของ อสม.หมอบประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. ได้รับกระบวนการเรียนจากกิจกรรมของโปรแกรมฯ ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการลงมือปฏิบัติงานจริงในชุมชน ทำให้สามารถเข้าใจบริบทของปัญหาที่พบเจอ และเรียนรู้ที่จะปรับความเข้าใจ นอกจากนี้ยังมีทีมพี่เลี้ยงที่เป็นทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. คอยช่วยเหลือติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ อสม. มีความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานดีขึ้น มีทัศนคติเชิงบวกในการปฏิบัติงาน มีการรับรู้เข้าใจบริบทการดำเนินงานในชุมชน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมการทำงานให้ประสบความสำเร็จได้มากขึ้น สอดคล้องกับการทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ระบุว่า การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติงาน จะทำให้นักบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติตนการดูแลตนเองให้ถูกต้องอย่างเหมาะสม (Rosenstock, 1974) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชูเดช เรือนคำ (2562) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรองวัณโรคในชุมชน พบว่า หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น อสม. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การคัดกรอง และทักษะในการปฏิบัติงานมากขึ้น และสอดคล้องกับการวิจัยประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ ความรอบรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 (กาญจนา ปัญญาธร, 2564) และโรคไข้หวัดนกของ อสม.(ยุพาพร อินธิไชย, 2558) ที่พบว่า หลังจากผ่านกระบวนการให้

ความรู้ การฝึกทักษะ และการลงมือปฏิบัติจะทำให้ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจ และเรียนรู้ขั้นตอนการปฏิบัติ ตนอย่างเหมาะสมในการป้องกันโรคโควิด-19 และโรค ไข้หวัดนกได้ดีกว่าก่อนทดลอง และมีพฤติกรรมที่ดี มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ของ อสม.หมอบรรพชา มี 3 ปัจจัย ได้แก่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ทักษะการป้องกันและดูแลกำกับการกินยา และการรับรู้ด้านสุขภาพ โดย อสม. ที่มี รายได้ของครอบครัวมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีทัศนคติ และการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับดี จะมี คะแนนพฤติกรรม การดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วย วัณโรค มากกว่า (Mean diff =2.95, 95% CI= 0.38- 5.52, Mean diff =5.72, 95% CI= 2.95-8.49 และ Mean diff =4.17, 95% CI= 1.40-6.93) รูปแบบการ ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ รายใหม่ ของ อสม.หมอบรรพชา จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) การสร้างความรู้และทักษะ 2) ความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์และระบบ 3) การเยี่ยมบ้าน คุณภาพ 4) ระบบพี่เลี้ยงและการแนะนำจากพี่เลี้ยง และ 5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และหลังใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ของ อสม.หมอบรรพชา มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้ การฝึกทักษะ และการรับรู้ ด้านสุขภาพ เป็นกลุ่มปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรม การดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค เสมหะพบเชื้อรายใหม่ ของ อสม.หมอบรรพชา

ดังนั้น จึงควรเน้นกิจกรรมการพัฒนาความรู้ ทักษะ สาธิตการเยี่ยมในสถานการณ์จริง และการรับรู้ด้าน สุขภาพ ตลอดจนความรู้ด้านสุขภาพที่มีครบ ทุกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจาก การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค และการดูแลกำกับการ กินยาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

2. ควรนำรูปแบบการดูแลกำกับการกินยาของ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ของ อสม.หมอบรรพชา จังหวัดศรีสะเกษ ไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ เพราะ เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และ ประสบการณ์ในการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วย วัณโรคในชุมชนได้เป็นอย่างดี มีการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ และแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนมีเครือข่ายทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายองค์กร ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพอื่นๆ ในชุมชน ช่วยสนับสนุนการดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ใน ชุมชน มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม มีระบบ พี่เลี้ยงให้คำปรึกษาโดยแพทย์ เกษตรกร และพยาบาล คลินิกวัณโรคเวชปฏิบัติครอบครัว การสร้างเครือข่ายใน การการป้องกันและ ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ไปในทิศทางเดียว มีความเข้าใจ และร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมประเมินผล โดยมีเป้าหมายเดียวกัน จะทำ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำเร็จ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการศึกษาความยั่งยืนของรูปแบบ โดยให้ มีการเก็บข้อมูลซ้ำ หลายครั้ง หลังจากทดลองใช้ รูปแบบการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค เสมหะพบเชื้อรายใหม่ ของ อสม.หมอบรรพชา

2. ควรทำการศึกษาผลประเมินผลตัวชี้วัดการเยี่ยม บ้านผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การขาดยา การเก็บรักษา ยา วัณโรคของผู้ป่วย การประเมินอาการข้างเคียงจากการ กินยาวัณโรค และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาอาการ ข้างเคียง เพื่อเป็นตัวชี้วัดสะท้อนผลสัมฤทธิ์ในการ พัฒนาศักยภาพ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เครือข่าย อสม. อำเภอไพรบึง และ
อำเภอปรังค์ภู์ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้
ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการพัฒนา
ในกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณทีม
แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ประจำคลินิกโรคโรงพยาบาลไพรบึง ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภาควิ
เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน ที่
ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการ
ดูแลกำกับการกักกันของผู้ป่วยโรคเอดส์พบเชื้อ
รายใหม่ของ อสม.หมอบประจักษ์ บ้าน จังหวัดศรีสะเกษใน
วิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กชกร สมมิ่ง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับ
บริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พระนารายณ์มหาราช.วารสารสาธารณสุขศึกษา,
37(126), 8-21.
- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ. (2564). สรุปผลการดำเนินงานโรค
เอดส์จังหวัดศรีสะเกษประจำปีงบประมาณ
2564. [เอกสารอัดสำเนา]. ศรีสะเกษ: กลุ่มงาน
ควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ.
- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ. (2565). สรุปผลการดำเนินงานโรค
เอดส์จังหวัดศรีสะเกษประจำปีงบประมาณ
2565. [เอกสารอัดสำเนา]. ศรีสะเกษ: กลุ่มงาน
ควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ.
- กาญจนา ปัญญาธร, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่งคั่ง
และวรรณิ์ ครอบงำ. (2564). การมีส่วนร่วม
ของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19

บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี, 32(1):
189-204.

- ชูเดช เรือนคำ. (2562). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร
สาธารณสุขในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคใน
ชุมชน อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี.
วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรคที่ 2
พิษณุโลก, 6(1): 48-61.
- ภูบิต ชันกลิ่นกรม. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ
ตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ยุทธนา แยกคาย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูล
ฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพยาบาล การ
สาธารณสุข และการศึกษา, 19(3): 145-155.
- ยุพาพร อินธิไชย เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และธีรยุทธ
อุดมพร. (2558). ผลของโปรแกรมการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนก
ของแกนนำชุมชน ตำบลโนนบก อำเภอ
เกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสาร
มหาวิทยาลัยทักษิณ, 18(2): 79-86.
- รจนารถ ชูใจ, ชลธิรา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ.
(2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบ
รู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค
โควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล
ดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสาร
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข
ภาคใต้, 8(1): 250-262.

- รัตน์ วงศ์อิสรกุล. (2566). องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบุรี. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 13(1): 61-77.
- วัฒนา สว่างศรี. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(3): 116-129.
- วันชัย เหล่าเสถียรกิจ. (2562). การพัฒนาและการประเมินผลรูปแบบการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารกรมการแพทย์, 44(2): 128-35.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2560). แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- อรุณ จิรวัดนกุล. (2551). สถิติทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- อุไร โชควรรกุล. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(3): 116-129. 42-55.
- Kelley, K., & Maxwell, S. E. (2003). Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychological methods, 8(3): 305.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rded.). Victoria: Deakin University.
- World Health Organization. (2013). Global tuberculosis report 2018. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). Tuberculosis factsheet. [Internet]. update 2014 March 20; cite 2020 March 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html>.
- World Health Organization. (2021). Global tuberculosis report 2021. Switzerland: World Health Organization.



กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรียะเลข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรียะเลข