

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบจำลองการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7	1
อารีย์รัตน์ สุขโข	
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน	12
วานิดย์ เพ็งพิมพ์	
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษาจังหวัดนครพนม	21
จกกล ธิมิกานนท์, ภัทรวรรณ ชัยสวัสดิ์, พิเศษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์, วราลี วงศ์ศรีชา, วรณนิภา แสนสุภา	
การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน	
และความดันโลหิตสูง	29
อุษณีย์ งามฤทธิ	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก	
ที่เกิดจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย	38
อนุดา ธิวัฏฐานกุล, วริศรา เป้าบุญ	
แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดต่อ	
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	45
ภรณ์อนงค์ กุลเกล้า	
แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร	55
ณัฐพล มีพรหม	
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	
โรงพยาบาลโพธารนบุรี จังหวัดนครพนม	63
สิทธิพงษ์ พรหมแสง	
การพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนเข้าสู่มาตรฐานการผลิตอาหารที่ดี	
กรณีศึกษา: วิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกอนางอำเภอท่าบ่อ	72
วิภาพร อนุสรณ์, เฉลิมรัช ประเสริฐสังข์	
รูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ	81
อนุสรณ์ จันทสิทธิ์	
การพัฒนาแบบจำลองการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษาสุขภาพ	
โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม	91
ภัทรกัญย์ วงศ์ตาล้า	
การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก	
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	104
พงษ์เทพ อินทรีย์	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม	113
ภิญญา จำปาศรี	
ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	
หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่	121
จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 17 (ปีที่ 6 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2564 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข การให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา การจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล การส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนเข้าสู่มาตรฐานการผลิตอาหารที่ดี กรณีศึกษา การจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี การป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงาน ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนาแบบการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 The development of inspection and supervision model for the 7th public health region

(Received: October 25, 2021 ; Accepted: November 30, 2021)

อารีรัตน์ สุขโข¹
Arirat Sookkho¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบ และ 3) ผลจากการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 ประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจราชการฯ จำนวน 4 จังหวัด (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) รวมจำนวน 150 คน และ 2) กลุ่มประชาชนที่ได้ผลกระทบจากการตรวจราชการฯ จำนวน 4 จังหวัด รวม 150 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กันยายน 2562 – ธันวาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การตรวจราชการฯ พบว่า ยังไม่มีรูปแบบ จึงต้องการแนวทางและรูปแบบที่นำไปสู่การดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบท 2) ได้รูปแบบและพัฒนามาขึ้นให้มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบท คือ Six Auditing Blocks (SAB) Model ดังนี้ 1.กำหนดโครงสร้างรองรับและผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละระดับ 2.การวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย/โอกาสในการพัฒนา (3.กำหนดกรอบในการวางแผน 4.กำหนดเป้าหมายระยะสั้น 5.กำหนดกิจกรรม/โครงการแต่ละเป้าหมาย 6.การควบคุมกำกับติดตาม ประเมินผล และ 3) ผลที่เกิดจากการใช้รูปแบบ พบว่า ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะในการตรวจราชการฯ การมีส่วนร่วม และผลกระทบเชิงบวก จากการตรวจราชการฯ ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value=0.001) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การตรวจราชการ, นิเทศงาน, เขตสุขภาพ

ABSTRACT

The action research aimed to study 1) the current situation, 2) the development of model, and 3) Results and discussion. The target groups were 1) the working group responsible for inspections and supervision of the 7th public health region and 2) 150 citizens, from each of the 4 provinces, impacted by the inspections by the 7th public health region. The study was conducted from September 2019 – December 2020. The qualitative data were analyzed using descriptive statistics and the differences between before and after the development were compared using Paired Sample T-Test procedure. The qualitative data were analyzed using the content analysis method.

The findings indicated that: 1) there was no model in place for the process of inspections; a guideline and model were needed for the process to function according to the context. 2) A model was developed according to the context; the model was called Six Auditing Blocks (SAB): 1. Defining a structure and the people responsible for each functional level, 2. Identifying problems, goals, and opportunities of the development, 3. Establishing a framework, 4. Determining short-term goals, 5. Choosing projects/activities to accomplish each objective, and 6. Monitoring and evaluation. 3) The results from implementing the model revealed that from the comparison of the inspection and supervisions abilities, the participation of inspections and supervisions, and the positive impact of the inspections and supervisions before and after the development, there is a significant difference in statistics (p-value=0.001); after developing and implementing the model.

Key word: Development of model, Inspection, Supervision, Public health region

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข

* Corresponding Author; Arirat Sookkho , Email: pao.arirat@gmail.com

บทนำ

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ “การตรวจราชการ” เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งของการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งเป็นกลไกสำคัญที่สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจต่างๆ ของภาครัฐซึ่งตามระเบียบดังกล่าวในข้อ ๘ ได้กำหนดไว้ว่า “การตรวจราชการตามระเบียบนี้ให้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการประจำปีหรือตามที่ได้รับคำสั่งจากผู้บังคับบัญชานายกรัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรี โดยให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐและผู้ตรวจราชการร่วมกันจัดทำแล้วเสร็จภายในเดือนตุลาคมของปีงบประมาณนั้น ถ้าในกระทรวงใดมีผู้ตรวจราชการทั้งระดับกระทรวง และระดับกรม แผนการตรวจราชการประจำปีของกรม ต้องสอดคล้องกับแผนการตรวจราชการประจำปีของ กระทรวงโดยไม่ซ้ำซ้อนกันและเกิดบูรณาการ รวมทั้งกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือในการตรวจติดตามให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าในการปฏิบัติงานหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงาน” การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดินร่วมสมัย ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์เชิงยุทธศาสตร์และการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี เป็นการตรวจ ติดตามเรื่องที่เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลในด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และแผนงาน โครงการสำคัญต่างๆ รวมถึงการตรวจราชการในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องความเดือดร้อนเสียหายแก่ประชาชน และมุ่งเน้นการรายงานผลงานที่แสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของหน่วยรับตรวจ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุข

กำหนดการตรวจติดตามในประเด็นสำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention and Promotion Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) รวมทั้งภารกิจการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี แผนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 4 คณะ ได้แก่ คณะ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ คณะ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ คณะ 4 ตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ทั้งนี้ มุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกัน และประสานเชื่อมโยงในทุกระดับทั้งแนวดิ่งและแนวขวาง (Vertical and Horizontal Integration) ระหว่างกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อความคล่องตัวในการขับเคลื่อนนโยบายสำคัญต่างๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน (การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข , 2560) และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวน 4 คณะ ดังนี้ คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ คณะที่ 4 การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี โดยการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดินร่วม

สมัย ตามยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปรับระบบการตรวจราชการและนิเทศงาน ให้เกิดความสะดวก คล่องตัว ในการกำกับ ติดตาม และขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวง และแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติราชการของส่วนราชการให้ดำเนินไปตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน (กองตรวจราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ในปี พ.ศ.2558 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะพัฒนาระบบสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและรักษาโรครวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาระบบการทำงานที่มุ่งไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทยทุกคน เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างยั่งยืนและได้มีนโยบายเร่งด่วนที่จะพัฒนาบทบาทและปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถดำเนินบทบาทภารกิจที่ชัดเจน จึงกำหนดให้มีการบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ได้กำหนดเขตสุขภาพและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตสุขภาพเพื่อให้การปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปด้วยความคล่องตัวสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพจำนวน 13 เขตสุขภาพ รวมเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้การบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนภายในเขตสุขภาพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุข ออกคำสั่งให้จัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 ขึ้นเป็นหน่วยงานภายในและให้เป็นส่วนราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค มี

ฐานะเทียบเท่ากองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีเลขสารบรรณตามระเบียบงานสารบรรณ โครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพประกอบด้วย 1.กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ 2.กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง 3.กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล 4.กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5.กลุ่มงานอำนวยการ ให้มีผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพเป็นผู้บังคับบัญชาของข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างในสำนักงานเขตสุขภาพ ในฐานะผู้อำนวยการ ให้สำนักงานเขตสุขภาพใช้ทรัพยากรในเขตตามความเหมาะสมและเป็นไปตามระเบียบของทางราชการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สำนักงานเขตสุขภาพ เป็นหน่วยงานราชการส่วนกลาง ที่มีที่ตั้งในส่วนภูมิภาคกลุ่มจังหวัด มีฐานะเทียบเท่ากอง โดยมีบทบาทหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการการบริหารงานของคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ (Service Provider Board) ประสานส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนายุทธศาสตร์เขตบริการสุขภาพ บนฐานข้อมูลและฐานความรู้ แผนปฏิบัติการและเป้าหมายการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศตามนโยบายรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์การจัดตั้งค่าของงบประมาณ บริหารจัดการงบประมาณขาลง ติดตาม กำกับ เร่งรัดและรายงานผลการใช้งบประมาณในภาพรวมเขตสุขภาพ วางระบบและแจ้งการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับให้หน่วยงานในเขตสุขภาพรับทราบ กำกับการเบิกจ่ายงบประมาณของหน่วยงานในเขตสุขภาพให้เป็นไปตามกฎหมาย และหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ประสานงานการบริหารอัตรากำลัง ปรับเกลี้ยจัดสรรให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์กลาง ประสานการบริหารงานบุคคล เป็นแกนกลางในการบริหารบุคลากรจากกรมต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเขตสุขภาพ บริหารจัดการระบบบริการในระดับเขตสุขภาพให้เกิด

ประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและสร้างความ เป็นธรรม บริหารจัดการระบบบริการในระดับเขต สุขภาพ กำหนดหลักเกณฑ์ และแนวทางการจัดสรร ทรัพยากรด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริม สนับสนุนการ พัฒนาระบบบริการในเขตสุขภาพให้แก่หน่วยงานใน เขตสุขภาพที่สอดคล้องตามบริบทของพื้นที่ โดย ความเห็นชอบของคณะกรรมการเขตสุขภาพ กำกับ ดูแล ติดตาม ตรวจสอบการจัดสรร และการปรับ เกื้อทรัพยากรด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานในเขต สุขภาพ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ประหยัด คุ่มค่า และสมประโยชน์ต่อราชการ โดยความเห็นชอบของ คณะกรรมการเขตสุขภาพ กำกับ ตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผลสัมฤทธิ์ และรายงานผลการดำเนินการ ของหน่วยงานในเขตสุขภาพ ต่อคณะกรรมการเขต สุขภาพ โดยกลไกการตรวจราชการและนิเทศงาน ร่วมกับกลไกการตรวจประเมินโดยหน่วยงานภายใน และภายนอก (Internal & External Audit) กำกับ ดูแลหน่วยงานในเขต ให้เป็นตามกฎระเบียบ และ เป็นผู้แทนในการบังคับใช้กฎ ระเบียบต่างๆ ส่งเสริม หรือสนับสนุนให้เกิดการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย รวบรวมข้อมูลข่าวสาร จัดทำระบบข้อมูลและ ฐานความรู้ด้านการสาธารณสุขในเขตสุขภาพ ให้เป็น ระบบเดียว มีคุณภาพ ใช้งานได้ ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน การวิจัยและพัฒนารูปแบบพัฒนากลไก การเฝ้าระวังและป้องกันโรค ภัยสุขภาพ และตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินในเขตสุขภาพ ดำเนินการและประสาน ส่งเสริม สนับสนุน การวิจัยและพัฒนา รูปแบบ พัฒนาระบบการกำกับติดตาม และประเมินผลของ หน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชนที่เกี่ยวข้องกับ ระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพ จัดระบบการ ประเมินผลและรับรองมาตรฐานบริการต่างๆ ของ หน่วยงานในเขตสุขภาพ เป็นศูนย์ประสานงานความ ร่วมมือกับภาคีต่างๆ ระหว่างเขตสุขภาพ เขตสุขภาพ กับส่วนกลาง ทั้งภายใน/นอกกระทรวงสาธารณสุข เป็นศูนย์ดำเนินการเกี่ยวกับการร้องเรียนร้องทุกข์ ทั้งด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การบริการ การบริหาร และการปฏิบัติราชการ ประสานงาน ส่งเสริมการ ดำเนินงานของคณะกรรมการ และคณะทำงาน

ของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ประสานการปฏิบัติ ราชการทั่วไบบงค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะสำนักงานผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขในเขต สุขภาพ ปฏิบัติหน้าที่อื่นเกี่ยวกับกิจการภายในเขต สุขภาพ ที่มีได้ระบุให้เป็นหน้าที่ของหน่วยงานใด โดยเฉพาะ อำนาจหน้าที่อื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

ทั้งนี้ บทบาทหน้าที่สำคัญของเขตสุขภาพ คือ สนับสนุนการตรวจราชการและนิเทศงาน ซึ่งมีหน้าที่ กำกับดูแล เร่งรัดติดตามและประเมินผล การบริหาร ในการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็น และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ ซึ่ง สถานการณ์ปัจจุบันของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ยังไม่ มีรูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงานที่นำไปสู่ การดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบท ไปในทิศทาง เดียวกัน ในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ (ร้อยแก่น สารสินธุ์) ทั้งในด้านการกำหนดโครงสร้างรองรับและ ผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละระดับ การวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย/โอกาสในการพัฒนา การกำหนดกรอบใน การวางแผน การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น การ กำหนดกิจกรรม/โครงการแต่ละเป้าหมาย และการ ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล (สำนักงานเขต สุขภาพที่ 7, 2562)

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนา รูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวง สาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 ขึ้น เพื่อให้ตรงกับ บริบทของพื้นที่ ในการยกระดับคุณภาพการตรวจ ราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ให้การ นิเทศติดตามและประเมินผล สามารถเป็นกลไก กระตุ้นให้หน่วยงาน องค์กร และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ให้เกิด ผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งมีการ พัฒนารูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงาน

กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นรูปธรรมและนำไปใช้ได้
จริงกับเขตสุขภาพอื่นๆ ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และรูปแบบการ
ตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ใน
เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจราชการและ
นิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7
3. เพื่อผลจากการพัฒนารูปแบบการตรวจ
ราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ในเขต
สุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
Research) ของ Kemmis & McTaggart (1990) และ
ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ ระหว่างเดือน กันยายน 2562
– ธันวาคม 2563 ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์
และรูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงาน
กระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 (ดำเนินการ
เดือน กันยายน – ตุลาคม 2562)

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบตรวจราชการฯ
ในเขตสุขภาพที่ 7 กระบวนการวงรอบที่ 1
ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1.การวางแผน
(planning) (พฤศจิกายน 2562) 2. การปฏิบัติร่วม
(action) (ธันวาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563) 3.การ
สังเกตผลร่วม (observation) (มีนาคม 2563) 4.การ
สะท้อน (reflection) (เมษายน 2563) กระบวนการ
วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1.การ
ปรับปรุงรูปแบบ (Model improvement)
(พฤษภาคม 2563) 2.การปฏิบัติร่วม (action)
(มิถุนายน-กรกฎาคม 2563) 3.การสังเกตสังเกตผล
ร่วม (observation) (สิงหาคม 2563) 4.การสะท้อน
(reflection) (กันยายน 2563)

ระยะที่ 3: ผลจากการพัฒนารูปแบบการตรวจ
ราชการฯ ในเขตสุขภาพที่ 7 (ตุลาคม-ธันวาคม 2563)
พื้นที่ทำการศึกษา พื้นที่การตรวจราชการฯ ในเขต

สุขภาพที่ 7 จำนวน 4 จังหวัด (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น
มหาสารคาม กาฬสินธุ์)

ประชากรเป้าหมายในการศึกษา ประกอบด้วย
ดังนี้

ประชากรเป้าหมายในการวิจัย ประกอบด้วย
1) คณะทำงานที่เกี่ยวกับการตรวจราชการและนิเทศ
งาน ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 จังหวัด (ร้อยเอ็ด
ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) จังหวัดละ 30 คน
รวมจำนวน 120 คน และ 2) กลุ่มประชาชนที่ได้ผล
กระทบจากการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวง
สาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 จังหวัดๆ
ละ 50 คน รวม 200 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่าง
เดือน กันยายน 2562 – ธันวาคม 2563

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion
Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ
ด้านสาธารณสุข 2) สามารถสื่อความหมายหรือ
อ่านออกเขียนได้ 2) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ 3)
มีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยและ 4) มีความพร้อม
ที่จะสามารถเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยจนเสร็จสิ้น
กระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion
Criteria) มีดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีโรคติดต่อร้ายแรงและแพร่
เชื้อโรคให้ผู้อื่นได้ เช่น วัณโรค โรคโควิด-19 และ
อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัย 1) แบบสอบถามสมรรถนะ
ในการตรวจราชการฯ ของคณะกรรมการตรวจราชการ
และนิเทศงาน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถาม
ของขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย (2558) และ
แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตรวจราชการฯ ของ
คณะกรรมการตรวจราชการฯ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์
แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
พัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชาติชาย พณชีพ
และคณะ (2558) 2)แบบสอบถามผลกระทบจากการ
ตรวจราชการของกลุ่มประชาชนที่ได้ผลกระทบจาก
การตรวจราชการฯ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถาม
จอมขวัญ โยธาสุมุท และคณะ (2561) 3)แนว
ทางการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการตรวจราชการฯ ของ

คณะทำงานและกลุ่มประชาชน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และ 4)แนวทางการสังเกตเกี่ยวกับการตรวจราชการของคณะทำงานและกลุ่มประชาชน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยมีการตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ที่เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านการตรวจราชการ

2. การนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญทำการทดลองใช้ (Try out) ผู้วิจัยได้นำไปทดลองในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรินทร์) ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์จำนวน 30 คน ซึ่งมีขนาดและบริบทลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่ที่จะศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามากที่สุด แล้วเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้อง รวมทั้งพิจารณาใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายและมีความชัดเจนของภาษา

3. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยวิเคราะห์หาความเที่ยง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) และเมื่อคำนวณจากแบบวัดที่เป็นแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Alpha ได้เท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้ และเป็นแบบวัดที่สามารถใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) เชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test

2) เชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้มีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ และวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ารูปแบบการตรวจราชการฯ ในเขตสุขภาพที่ 7 มีประเด็นโอกาสพัฒนา ได้แก่ 1. หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในจังหวัด ขาดการส่งเสริมให้ได้รับการพัฒนาการตรวจราชการ และขาดโอกาสในการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการพัฒนาการตรวจราชการ 2. หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในจังหวัด ขาดการประเมิน เครื่องมือวัดผล และประเมินผลต่างๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 3. ขาดการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ขาดการวิเคราะห์เพื่อนำข้อมูลใช้วางแผนในพัฒนาการตรวจราชการและนิเทศงาน 4. การใช้สื่อที่เอื้อต่อการตรวจราชการฯ และ 5. ขาดการศึกษาค้นคว้า วิจัย เพื่อพัฒนาการตรวจราชการและนิเทศงาน

2.การพัฒนาารูปแบบการตรวจราชการฯ ในเขตสุขภาพ ที่ 7

กระบวนการวงรอบที่ 1 ผลการวิจัย พบว่าประชากรเป้าหมายที่เป็นคณะทำงาน ได้นำเอา Six Auditing Blocks (SAB) Model มาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง ให้ไปตามประเด็นนโยบาย มีการปรับแผนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดการสรุปผลการตรวจราชการฯ ติดตามในแต่ละครั้ง และรายงานให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการตรวจราชการฯ ให้ดีขึ้นต่อไป นอกจากนั้น มีการดำเนินการสะท้อนผล (reflection) พบว่า ผู้วิจัยและประชากรที่เป็นตัวแทนคณะทำงานที่เกี่ยวกับการตรวจราชการฯ เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน และถอดบทเรียน ถึงการการตรวจราชการฯ ในแต่ละกิจกรรม ทำให้ทราบถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เกิดความล้มเหลว ปัจจัยอะไรบ้างที่จะพาเราไปสู่ความสำเร็จ พร้อมทั้งช่วยกันระดมความคิดในการกำหนดแนวทางการพัฒนาการตรวจราชการฯ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลในกระบวนการวงรอบที่ 1 ที่พบปัญหาและโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการทำงานในหลาย

มุมมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานราชการฯ เขตสุขภาพที่ 7

กระบวนการวงรอบที่ 2 มีการดำเนินการนำรูปแบบ Six Auditing Blocks (SAB) Model ที่ปรับปรุงขึ้น มาดำเนินการการสังเกตการณ์และประเมินการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดของโครงการต่าง ๆ สังเกตและจดบันทึกถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น บรรยากาศของการจัดกิจกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมของประชากรที่เป็นคณะทำงานที่เกี่ยวกับการตรวจราชการฯ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการโครงการ และการแก้ไขปัญหาในระหว่างดำเนินการตรวจราชการฯ นอกจากนั้น มีการดำเนินการสะท้อนผล (reflection) พบว่า ดำเนินการจัดประชุมผู้วิจัยและประชากรที่เป็นตัวแทนคณะทำงานที่เกี่ยวกับการตรวจราชการฯ เพื่อการสะท้อนผลการปฏิบัติ และผลกระทบของการนำรูปแบบไปทดลองใช้ทั้งในด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และรับฟังปัญหาอุปสรรคต่างๆในการดำเนินการ พร้อมทั้งช่วยกันระดมความคิดในการกำหนดแนวทางการพัฒนาการตรวจราชการฯ ให้มีเกิดความสำเร็จยิ่งขึ้น และร่วมกำหนดการวัดและประเมินผลรูปแบบการตรวจราชการฯ เขตสุขภาพที่ 7 ที่จะพัฒนาขึ้นไป

3.ผลจากการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ เขตสุขภาพที่ 7 ภายหลังการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ เขตสุขภาพที่ 7 เรียบร้อยแล้ว และได้นำไปใช้จริงในการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบท ผู้วิจัยได้ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการนำรูปแบบการตรวจราชการฯ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะทำงานที่เกี่ยวกับการตรวจราชการฯและนิเทศงาน จำนวน 150 คน พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ย 45.2 ปี (Min=25.0 Max=59.0 $\bar{X}$ = 45.2 S.D.=12.6) ปฏิบัติงานในจังหวัดขอนแก่น มากที่สุด ร้อยละ 30.1 เคยได้รับความรู้และประสบการณ์ในด้านการตรวจราชการ ร้อยละ 94.6 และ 70.0 ตามลำดับ

3.1 ด้านสมรรถนะในการตรวจราชการฯของคณะทำงานตรวจราชการฯ เขตสุขภาพ ที่ 7 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะทำงานที่เกี่ยวกับการตรวจราชการฯ จำนวน 150 คน ก่อนพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสมรรถนะในการตรวจราชการฯ ระดับปานกลาง ร้อยละ 90.6 โดยมีคะแนนสมรรถนะในการตรวจราชการฯ อยู่ระหว่าง 18-52 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.4 หลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า ส่วนใหญ่มีสมรรถนะในการตรวจราชการฯ ระดับปานกลาง ร้อยละ 84.6 โดยมีคะแนนสมรรถนะในการตรวจราชการฯ อยู่ระหว่าง 25-55 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.8 ด้านผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะในการตรวจราชการฯ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.001) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีสมรรถนะในการตรวจราชการฯ มากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ เท่ากับ 3.6

3.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการตรวจราชการฯของคณะทำงานตรวจราชการฯ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะทำงานที่เกี่ยวกับการตรวจราชการฯ จำนวน 150 คน ก่อนพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมีส่วนร่วมในการตรวจราชการฯ ระดับปานกลาง ร้อยละ 89.3 โดยมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการตรวจราชการฯ อยู่ระหว่าง 15-51 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.8 หลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการตรวจราชการฯ ระดับปานกลาง ร้อยละ 86.6 โดยมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการตรวจราชการฯ อยู่ระหว่าง 21-53 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.3 ด้านผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการตรวจราชการฯ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.001) โดยภายหลัง

การพัฒนารูปแบบฯ มีการมีส่วนร่วมในการตรวจราชการฯ มากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ เท่ากับ 5.3

3.3 ด้านผลกระทบจากการตรวจราชการฯ ของประชาชนที่ได้ผลกระทบจากการตรวจราชการฯ และนิเทศงาน ระดับกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 150 คน พบว่า ด้านผลการ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลกระทบจากการตรวจราชการฯ และนิเทศงาน ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) โดยภายหลังการพัฒนาแบบฯ มีผลกระทบจากการตรวจราชการฯ มากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ และนิเทศงาน เท่ากับ 3.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ (n=150)

ประเด็นการพัฒนารูปแบบ	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
1.ด้านสมรรถนะ						
ก่อนพัฒนา	150	44.7	4.4	3.6	2.23-2.95	0.001
หลังพัฒนา	150	48.3	4.8			
2.ด้านการมีส่วนร่วม						
ก่อนพัฒนา	150	40.2	4.8	5.3	2.43-3.14	0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	150	45.5	5.3			
3.ด้านผลกระทบ						
ก่อนพัฒนา	150	38.6	4.2	3.8	3.18-3.45	0.001
หลังพัฒนา	150	42.4	4.7			

3.4 รูปแบบโครงสร้าง/การจัดการ/กลไก พบว่า จากการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการฯ เขตสุขภาพที่ 7 ทำให้ได้รูปแบบที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบท นอกจากนั้น ยังทำให้เกิดการทำงานมีส่วนร่วมภายในคณะทำงานที่เกี่ยวกับการตรวจราชการฯ และ เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชนที่ได้ผลกระทบจากการตรวจราชการฯ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ รูปแบบ Six Auditing Blocks (SAB) Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1.กำหนดโครงสร้างรองรับและผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละระดับ (Structure – Function) ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การได้รับการพัฒนาศักยภาพการนำข้อสรุปที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อร่วมกัน การกำหนดยุทธศาสตร์ และกำหนดบทบาทพัฒนาการตรวจราชการฯ และนิเทศงาน

2.การวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย/โอกาสในการพัฒนา (GAP Analysis) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของ

ทุกภาคส่วนในการดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา เป้าหมาย/โอกาสในการพัฒนา

3.กำหนดกรอบในการวางแผน (Framework) ได้แก่ การกำหนดกรอบในการวางแผนร่วมกัน และกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการตรวจราชการฯ และนิเทศงาน

4.กำหนดเป้าหมายระยะสั้น (Essential List/Task) ได้แก่ การกระตุ้นและการติดตาม เป้าหมายเป็นระยะๆ และการปรับและทบทวนแนวทาง เพื่อสามารถบรรลุเป้าหมายให้ระยะยาว

5.กำหนดกิจกรรม/โครงการแต่ละเป้าหมาย (Activities / Project) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

6.การควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล (M&E: Monitoring and Evaluation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล

การนำเสนอองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ และการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้

อภิปรายผลการวิจัย

สำหรับรูปแบบการตรวจราชการฯ เขตสุขภาพที่ 7 ในการวิจัยครั้งนี้ มีหลายองค์ประกอบที่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่ (2562) ได้ศึกษารูปแบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการ การศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดแพร่ พบว่า รูปแบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการ การศึกษา ที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดแพร่ PHRAE ICT+(plus) Coaching Model เพื่อยกระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนในจังหวัดแพร่ ประกอบด้วย (1) การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและวางแผนพัฒนา (Analyze to Plan : P) (2) การสร้างความตระหนัก เพื่อความเป็นเอกภาพ (Awareness to Homogeneity : H) (3) การร่วมมือร่วมใจดำเนินการนิเทศแบบโค้ช (Relationship to Coach : R) (4) การเชื่อมโยง ชื่นชม เสริมแรง (Attach to Admire : A) และ (5) การประเมินผลเพื่อพัฒนาเผยแพร่ (Evaluation for development to share : E) โดยผลที่เกิดจากการใช้รูปแบบ ได้แก่ (1) ครู มีการปรับเปลี่ยนการจัดกระบวนการเรียนการสอน มีการสร้าง/ใช้เครื่องมือวัดและประเมินผลตามมาตรฐานและตัวชี้วัด มีชุมชนทางวิชาชีพ (PLC) เพื่อพัฒนานวัตกรรม ผู้บริหารและครูนำความรู้/หลักการไปใช้ในการยกระดับผลการทดสอบ O-NET (2) นักเรียนมีผลการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติ (O-NET/NT) ดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดเรียนรู้ ครูผู้สอน สื่อการเรียนการสอน และคุณภาพการเรียนรู้ (3) สถานศึกษามีสารสนเทศผลการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติ สูงขึ้น มีแผนยกระดับผลการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติ สถานศึกษามีเครือข่ายในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพผู้เรียน (4) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการบริหาร

การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดแพร่อยู่ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้นข้อรูปแบบ/กระบวนการนิเทศฯ ตรงกับวัตถุประสงค์ อยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับงานวิจัยสุมิตรา อติศัพท์ (2560) ได้ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ พบว่า กระบวนการตรวจราชการแบบบูรณาการควรพัฒนา โดยการกำหนดแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการให้สอดคล้องกับนโยบายที่รัฐกำหนด การกลั่นกรองความเหมาะสมของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านการตรวจราชการ นอกจากนี้ ควรเสริมสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานในระดับจังหวัด ภาคส่วนต่าง ๆ และภาคประชาชน เพื่อทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และงานวิจัยอรทัย ก๊กผล และคณะ (2561) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบตรวจราชการแบบบูรณาการ พบว่า ความร่วมมือระหว่างหน่วยตรวจราชการ ตลอดกระบวนการตรวจราชการ ฐานข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในระบบการตรวจราชการและสื่อสารต่อสาธารณะ การพัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะหลัก และสมรรถนะตามสายงาน การปรับปรุงกระบวนการตรวจราชการ การจัดทำมาตรฐานและคู่มือการตรวจราชการ ทั้งนี้ ในระยะยาวจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบฯ ตั้งแต่การทบทวนบทบาท (วีระยุทธ ชาญตะกาญจน์และคณะ , 2560) ของระบบการตรวจราชการแบบบูรณาการ (สมศักดิ์ เจตสุรกันต์, 2561) ออกแบบโครงสร้างใหม่ (ภาวนา กิตติวิมลชัย และคณะ , 2551) สร้างเครื่องมือใหม่ (ฉันทนา เจนสุกเสรี และคณะ, 2556) และพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรใหม่ (ธารณิศร์ ทวีทรัพย์, 2561) ซึ่งมีความสำคัญในการพัฒนาระบบตรวจราชการฯ

นอกจากนั้น ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมในการตรวจราชการฯ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของชาติชาย พณชีพ และคณะ (ชาติชาย พณชีพ และคณะ, 2558) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลอำเภอป่าหน่วจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศงานอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยความรู้ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ควรนำการพัฒนาแบบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปพัฒนาต่อเนื่อง พัฒนาระบบการนิเทศติดตาม และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และตอบสนองความต้องการของหน่วยงานและประชาชน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการตรวจราชการฯ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านการพัฒนา จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประเด็นในการพัฒนาสมรรถนะในการตรวจราชการฯ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะทำงานที่เกี่ยวกับการตรวจราชการฯ ที่ยังดำเนินการได้น้อยและน้อยที่สุด ได้แก่ 1.ท่านสามารถติดตามความก้าวหน้าปัญหาและอุปสรรคในการตรวจราชการฯ 2.ท่านสามารถจัดทำรายงานผลการตรวจราชการฯ ด้วยมาตรฐานเดียวกัน และ 3.ท่านสามารถกำหนดเป้าหมายในการ

ลดความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ ดังนั้น จึงควรพัฒนาเป็นประเด็นแรกๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและพัฒนากระบวนการทำงาน

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการพัฒนาบุคลากรในการตรวจราชการฯ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า องค์ประกอบด้านบุคลากรมีส่วนสำคัญในการพัฒนา ดังนั้น จึงควรศึกษาระบบการการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ การยกย่องเชิดชูและมอบรางวัล การปรับปรุงพัฒนางานและการคืนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 7 ผู้ช่วยตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 และผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ที่ให้คำแนะนำในการวิจัย และคณะทำงานตรวจราชการ ในเขตสุขภาพที่ 7 รวมทั้งประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน ที่ได้เอื้อเพื่อให้ข้อมูล และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กองตรวจราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2560). แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561.
- กองตรวจราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2561). แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่สธ 0201.042.4/ว 36 ลงวันที่ 26 มกราคม 2558
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 114/2558 เรื่องจัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 ลงวันที่ 23 มกราคม 2558
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. (2561). การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. ขอนแก่น : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7; 2561.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 (2562). การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ขอนแก่น : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7; 2562.
- Kemmis & McTaggart.(1990). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University; 1990.
- Dawson-saundersB, TrappRG.(1993). Basic&Biostatistics. 2nded.Norwalk, Connecticut: Appleton&Lange; 1993.
- ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย. กระบวนการและการบริหารแผนสาธารณสุขระดับพื้นที่. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

- ชาติชาย พณชีพ และคณะ (2558) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ.วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2558; 8(2): 132-146.
- จอมขวัญ โยธาสุมุท และคณะ.(2561) การทบทวนระบบและกลไกการติดตามและประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศต่าง ๆ. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่.(2562). รูปแบบการนิเทศติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดแพร่.แพร่ : สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่.
- สุมิตรา อติศัพท์.(2560). การเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์.กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2560.
- อรทัย กักพล และคณะ.(2561). แนวทางการพัฒนาระบบตรวจราชการแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: โครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบตรวจราชการ. สถาบันพระปกเกล้า; 2561.
- วีระยุทธ ขาตะกาญจน์ และคณะ (2560) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการนำผลการประกันคุณภาพการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานขนาดเล็กในภาคใต้. วารสารนาคบุตรปริทรรศน์. 2560; 9(2): 1-12.
- สมศักดิ์ เจตสุรกันต์.(2561). การพัฒนาระบบการตรวจราชการของไทย. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- ภาวนา กิตติวิมลชัย และคณะ. (2551). ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการประกันคุณภาพมหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: โครงการวิจัยสถาบัน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉันทนา เจนสุขเสรี และคณะ.(2556) การประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. นนทบุรี: กองแผนงานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
- ธารณิศร์ ทวีทรัพย์.(2561) ปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด: กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2561; 3(1): 134-140.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน The education program of patients with type 2 diabetes in Phiman Subdistrict Health Promoting Hospital

(Received: December 9, 2021 ; Accepted: December 30, 2021)

วานิตย์ เฟ่งพิมพ์¹
Wanit Phengpim¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติได้กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือวิจัย มี 2 ส่วนประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความรู้ 3) แบบสอบถามพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ independent – samples t-test ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน 31 สิงหาคม 2564 – 10 พฤศจิกายน 2564

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น เพศของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 66.7 (20 คน) และ ร้อยละ 70.0 (21 คน) ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่และกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ร้อยละ 66.7 (15 คนและ 20 คน) และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมคือค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรม, ความรู้, ผู้ป่วยเบาหวาน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

Abstracts

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of an educational program among patients with type 2 diabetes. The sample group was able to choose a specific method (Purposive sampling) according to the qualification of the experimental group by 30 people, the control group by 30 people. The research tool consisted of 2 parts: 1) general questionnaire 2) knowledge questionnaire 3) behavior questionnaire. Quantitative data analysis used descriptive statistics consisting of frequency, percentage, mean, standard deviation, independent-samples t-test was used. The study was conducted from August 31, 2021 – to October 25, 2021. The results showed that most of the general information in the experimental group and the control group were mostly female, 66.7% (20 people) and 70.0% (21 people), respectively. Education level, it was found that most of the experimental group and the control group completed primary education, 50.0%, 66.7% (15 people and 20 people). Also, the sample group had knowledge before and after using the program was not different. However, behavior before and after using the program in the experimental group increased was statistically significant difference at the .05 level.

Keywords: program, knowledge, diabetic patient, health promotion hospital

¹ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม E-mail: kaewkerdonuma@gmail.com โทรศัพท์: 0898415433

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นวิกฤติขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) สำหรับประเทศไทย โรคเบาหวาน มีจำนวนเป็นอันดับ 6 ของโรค คิดอัตราป่วย 490.5 ต่อแสนประชากร (สำนักงานนโยบายและพัฒนากายวิภาคศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) และ พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน ในประเทศไทย ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2557 และพบในเพศหญิง ร้อยละ 9.8 และ เพศชาย ร้อยละ 7.8 การเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย และมีวิถีชีวิตที่มีการออกแรงน้อยลง การเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกายทั้งทางหลอดเลือด ทางตา ทางไต และการเป็นแผลหายจาก จนต้องตัดอวัยวะทิ้ง ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชนและประเทศ โรคเบาหวานนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองร้อยละ 50 และเบาหวานขึ้นตาพบร้อยละ 2 จะทำให้ตาบอดร้อยละ 10 หรือทำลายระบบประสาททำให้ปวดขา มือเท้าอ่อนแรง (WHO, 2009) ในประเทศไทยสถานการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2547 -2551 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนคือ 444.2, 490.5, 586.8, 650.4, และ 675.7 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และอัตราการตายของผู้ป่วย มีอัตราต่อประชากรแสนคนคือ 12.3, 11.85, 12.0, และ 12.2 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จ ากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยเรื่องการจัดโปรแกรมให้ความรู้โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้ประโยชน์และโอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรคเบาหวาน และมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุกัญญา แซ่ลี, 2551 และ อรุณี ศรีนวล, 2548)ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายโดย แบบแผนสุขภาพ ของเบคเกอร์ (Health Belief

Model: HBM) ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้ (Becker, & Maiman, 1975) หลายงานวิจัยพบว่า การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน (อรุณี ยศปัญญาและคณะ, 2558) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน ได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวน 7 หมู่บ้าน ซึ่งพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2559 จำนวน 165 คน ปี 2560 จำนวน 170 คน ปี 2561 จำนวน 187 คน ปี 2562 จำนวน 184 คน ปี 2563 จำนวน 205 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (เวชระเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน, 2563) และสัดส่วนถ้าควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อน 10-20 ปีต่อมา (วรรณ นิธิยานันท์, 2529) จากการทบทวนการวิจัยเรื่องเบาหวานมีมากมาย แต่ยังไม่มีการศึกษา เน้นไปที่กลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรกระยะ 1-5 ปี ยังขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อดูว่าผลระดับน้ำตาลในเลือดลดลง การให้ความรู้และพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ เพื่อดูแนวโน้มการรับรู้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการวินิจฉัย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้โปรแกรมที่ประยุกต์ขึ้น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน เหมาะกับบริบทสังคม วิถีชีวิต และวัฒนธรรม หรือการรับรู้หรือพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ป่วยเริ่มต้นมา 1-5 ปีการศึกษานี้ เพื่อพัฒนาแนวทาง หรือหาโปรแกรมที่เหมาะสมใน

การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชุมชน ในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแก่ผู้ป่วย และให้การดูแลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการผลของโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน ซึ่งทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน 31 สิงหาคม 2564 – 20 พฤศจิกายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จาก $G * power$ (Faul, et.al., 2007). โดยใช้สถิติ t-test ค่า effect size จากงานวิจัยใกล้เคียงกัน (อรุณี ยศปัญญาและคณะ, 2562) ได้เท่ากับ 1.10 Power .95 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง $n = 19$ กลุ่มทดลอง 19 กลุ่มควบคุม 19 เพื่อป้องกันข้อมูล เต็มไม่ครบ และไม่สมบูรณ์จึงขอ เพิ่มเก็บอีก 11 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน รวม 60 คน ประชากรเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126-154 mg/dl และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มา อย่างน้อย 1 ปี อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยตามการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีลักษณะคล้ายกัน ทั้งสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และวิธีการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ก่อนหลังทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประยุกต์จากแบบสอบถามของอรุณี ศรีนวล (2548) แบ่งคะแนน 2.1 ความรู้ด้านการรับรู้ความเสี่ยง จำนวน 12 ข้อ และ ความรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 20 ข้อ ตามคำแนะนำของจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นคะแนน 1 ตอบถูก และ 0 ตอบผิด 2.2 ส่วนคะแนนคะแนนการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็น rating scale 5 ระดับจำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมก่อนและหลังทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประยุกต์จากแบบสอบถามของอรุณี ศรีนวล (2548) แบ่งคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ เป็น 3 ระดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันตรภาคชั้น จำนวน 29 ข้อ เป็น Likert scale 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนพฤติกรรมระดับต่ำ คะแนนพฤติกรรมระดับปานกลาง และคะแนนพฤติกรรมระดับสูง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเครื่องมือได้รับการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคอายุรกรรม 2 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้าน วิจัย (อาจารย์พยาบาล) 1 ท่าน ได้ทดสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC สูงกว่า 0.5 ทุกข้อและตรวจสอบความเชื่อมั่น คะแนนความรู้ ได้แก่ ความรู้ด้านการรับรู้ความเสี่ยง จำนวน 12 ข้อ และ ความรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 20 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .74 และ .86 ตามลำดับ ส่วนคะแนนคะแนนการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแล

สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็น rating scale 5 ระดับจำนวน 21 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 และ คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่น .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม 1) ได้เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่า เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอายุ ใกล้เคียงกัน อาชีพ ใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน ระยะเวลา เป็นโรคใกล้เคียงกัน น้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง มากกว่า 126-154 mg/dl ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มา 1-5 ปี และ อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ให้ข้อมูลการวิจัย (Information sheet) ถ้ากลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ เชน ตยินยอม (Consent form) ผู้วิจัยได้อธิบายคำชี้แจง (Information sheet) และบอกวัตถุประสงค์ของ โครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจะได้ให้เชนตใบยินยอมซึ่งสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา 3) ทำแบบทดสอบ ก่อนให้โปรแกรม เพิ่มเจาะน้ำตาลในเลือดด้วย (DTX) หลังอดอาหารหลังเที่ยงคืน 4) ให้โปรแกรม ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ให้ความรู้โดยวิทยากร หรือคณะผู้วิจัยจำนวน 2 ครั้ง ทุก 8 สัปดาห์ (วัดผล ก่อนหลัง) ทำกลุ่มปรับพฤติกรรม 2 ครั้ง (วัดผล ก่อนหลัง) จัดสมุดบันทึกการรับประทานอาหาร การ ออกกำลังกาย การรับประทานยา (Self report and self management) 5) ทำแบบทดสอบ ก่อนให้ โปรแกรม เพิ่มเจาะน้ำตาลในเลือดด้วย (DTX) วัด Biomarker คือ DTX หลังอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชม. ก่อนและหลังทดลองด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ข้อมูล ความรู้และพฤติกรรม นำเสนอ ด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประสิทธิผลของ โปรแกรม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง นำเสนอด้วย ข้อมูล (Independent t-test และ Paired t-test) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอขออนุมัติการ วิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับ มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดย ได้รับการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย REC 009/64 เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2564 ภายหลังได้รับการ อนุมัติ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติ ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลนำไปยังองค์การ บริหารส่วนตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัด นครพนมเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่ม ทดลองอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.3 (19 คน) ส่วน กลุ่มควบคุม อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 (19 คน) และ อายุระหว่าง 36 – 59 ปีร้อยละ 50.0 (15 คน) เพศพบว่า เพศของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อย ละ 66.7 (20 คน) ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 70.0 (21 คน) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่ม ทดลองส่วนใหญ่และกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ร้อยละ 66.7 (15 คนและ 20 คน) สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม สถานภาพสมรสสมรส ร้อยละ 73.3 และ ร้อย ละ 76.7 (22 คนและ 23 คน) อาชีพ พบว่า กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.3 และ 56.7 (16 และ 17 คน) รายได้ พบว่า กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือน อยู่ ระหว่าง 100-1,000 บาทคิดเป็น ร้อยละ 36.7 และ 23.3 (11 และ 7 คน) บุคคลในครอบครัวเป็น

เบาหวานพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่มีใครเป็นเบาหวานคิดเป็น ร้อยละ 50.0 และ 46.7 (13 และ 14 คน)ระดับน้ำตาลในเลือดค่า FBS หลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง ระดับน้ำตาลมากกว่า 180 mg/dl ร้อยละ 40.0 (12 คน) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ระดับน้ำตาล 151 – 180 mg/dl ร้อยละ 43.3 (13 คน)ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ขึ้นไปคิดเป็น ร้อยละ 43.3 และ 66.7 (13 และ 20 คน) วิธีการรักษาที่ท่านได้รับในปัจจุบัน ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมส่วนใหญ่ได้รับยาเม็ดรักษา ร้อยละ 93.3 และ 80.0 (28 และ 24 คน)

2. ข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามถูกในเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงเฉลี่ย 10.26 ข้อ (SD=1.25) และคะแนนการรับรู้ประโยชน์เฉลี่ย 10.90 ข้อ (SD=5.17)

การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนมากที่สุด คือ การรับประทานยาสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ค่าเฉลี่ย 4.56 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .77) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ข้อที่คะแนนสูงสุดคือ เมื่อท่านมีอาการผิดปกติทำให้ท่านต้องรีบไปตรวจทันที ค่าเฉลี่ย 4.23 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.19) และข้อท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อทราบความผิดปกติของร่างกาย ค่าเฉลี่ย 4.23 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.16)

พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มควบคุมมีการรับประทานยาเบาหวานตรงตามจำนวนที่แพทย์สั่งมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.83 (S.D.= .46) ส่วนกลุ่มทดลอง มีการออกแรงกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ภูบ้านจนเหงื่อออก ทำสวน เดินอย่างน้อย 20 นาที ค่าเฉลี่ย 2.60 (S.D.= .67) แต่คะแนนรวมพฤติกรรมกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนน มากกว่า กลุ่มควบคุม 1.99 และ 1.90 ตามลำดับ

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน และหลัง การได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม(n=30)

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ทดลอง	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	14.13	1.01	14.27	1.23	.13	.54	.30	-.37	.64
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง	25.7	1.60	25.93	2.71	.23	.41	.34	-.92	1.39
	การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค	81.83	7.34	85.67	5.83	3.83	2.23	0.02	.32	7.34
	พฤติกรรม	56.73	4.21	57.8	5.06	1.07	.89	.019	-1.37	3.50
ควบคุม	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	13.13	1.04	13.73	1.26	.60	2.16	0.02	.03	1.17
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง	23.57	4.26	24.17	2.67	.06	.67	.25	-1.22	2.42
	การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค	79.5	20.44	83.37	18.54	3.87	.77	.23	-6.46	14.19
	พฤติกรรม	52.93	4.36	56.43	5.38	3.5	2.92	0.003	1.05	5.95

จากตาราง 1 พบว่า ในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน (P -value = 0.30) มีความรู้เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน ก่อนและหลัง ไม่มีความแตกต่างกัน (P -value = 0.34) การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value = 0.02) (Mean diff.=3.5 95%CI: 0.32 ถึง 7.34) และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลัง ไม่มีความแตกต่างกัน (P -value = 0.19)

ในส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value = 0.02) (Mean diff.=0.60 , 95%CI: 0.03 ถึง 1.17) มีความรู้เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลัง ไม่มีความแตกต่างกัน (P -value = 0.25 และ 0.23 ตามลำดับ) และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=3.5 95%CI: 1.05 ถึง 5.95)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลา	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ก่อนทดลอง	ความรู้	14.13	1.01	13.13	1.04	1.00	3.78	<.001	.47	1.53
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง	25.7	1.60	23.57	4.26	2.13	2.56	.01	.47	3.80
	การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค	81.83	7.34	79.5	20.44	2.33	.59	.28	-5.60	10.27
	พฤติกรรม	56.73	4.21	52.93	4.36	3.8	3.43	<.001	1.58	6.02
หลังทดลอง	ความรู้	14.27	1.23	13.73	1.26	.53	1.66	.051	-.11	1.18
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง	25.93	2.75	24.17	2.67	1.77	2.54	.001	.38	3.16
	การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค	85.67	5.82	83.37	18.54	6.17	0.64	.26	-1.60	13.93
	พฤติกรรม	57.8	5.06	56.43	5.38	1.37	1.01	.16	-1.33	4.07

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้เรื่อง

โรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value <.001) (Mean diff.=1.00, 95%CI: 0.47 ถึง 1.53) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มี

ความรู้เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.01$) (Mean diff.=2.13, 95%CI: 0.47 ถึง 3.80) การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value} = 0.28$) และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) (Mean diff.=3.8, 95%CI: 1.58 ถึง 6.02)

หลังการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value} = 0.051$) กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.001$) (Mean diff.=1.17, 95%CI: 0.38 ถึง 3.16) การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value} = 0.26$) และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value} = 0.16$)

สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มทดลองอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.3 (19 คน) ส่วนกลุ่มควบคุม อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 (19 คน) และ อายุระหว่าง 36 – 59 ปี ร้อยละ 50.0 (15 คน) เพศพบว่า เพศของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 66.7 (20 คน) ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 70.0 (21 คน) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่และกลุ่มควบคุมจบการศึกษา ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ร้อยละ 66.7 (15 คนและ 20 คน) สอดคล้องกับการศึกษา พรพิมล อุติผล (2561) ที่ศึกษา การใช้โปรแกรม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนคามเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขાપનમ อำเภอเขાપનม จังหวัดกระบี่ ที่พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 70.0 มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 50.0 และ จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 70.0 อภิปรายได้ว่าลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ลักษณะคล้ายๆ กัน ทางด้านเพศหญิงมากกว่า และ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า จากตาราง 6 พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง เนื่องจากความรู้ต่างๆ ของผู้ป่วยเบาหวานได้รับอาจเคยได้รับมาก่อนจากการที่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก็เป็นผู้ป่วยเบาหวานเหมือนกัน การให้ความรู้ในระยะเวลาอันสั้น ทั้งสองกลุ่มอาจมี 1) มีข้อมูลพื้นฐานโรคเบาหวานมาก่อนใกล้เคียงกัน จากการให้ข้อมูลในการมาตรวจโรคเบาหวานบ่อยๆ ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพืมา และ 2) เวลาการให้โปรแกรมให้ความรู้อาจสั้นไป คือ ประมาณ 2 เดือน และให้ความรู้แค่ให้ความรู้โดยวิทยากร หรือคณะผู้วิจัยจำนวน 2 ครั้ง 2 เดือน (วัดผลก่อนหลัง) ควรขยายระยะเวลาให้ความรู้มากขึ้น ส่วนพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่แตกต่างกัน เพราะโปรแกรมที่ให้ปรับพฤติกรรมมีแค่ 2 ครั้งเหมือนกันกับการให้ความรู้แต่ แต่มีกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านเช่น ให้จดสมุดบันทึกการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา กลุ่มทดลองต้องเอากิจกรรมไปทำที่บ้าน ทำให้เกิดการรับรู้และพฤติกรรมเหล่านี้เมื่อประเมินออกมามีการเปลี่ยนแปลงอย่างแตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัย ดวงพร และอมรรัตน์ สุนทรพทุทศาสตร์ (2563) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

(HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลยโสธร โดยทีมสหวิชาชีพ 10 คนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน 34 คน เป็นเวลา 5 เดือนพบว่า หลังได้รับความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด หลังให้โปรแกรม ได้ค่าเฉลี่ย 8.82 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52) ในงานวิจัยมีทั้งให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหวานละ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และ สร้างการรับรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง โดยสอนและสาธิตการดูแลเท้า และงานวิจัยของ กนกวรรณ ด่วงกลัด ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และ ณิชกุลมล ชาญสาธิตพร (2563) โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งศึกษา วิจัยถึงทดลอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 25 คนโดยการให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้ สร้างเสริมทักษะและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ใน 4 สัปดาห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความตระหนักรู้ สร้างเสริมทักษะและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง มากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ส่วนงานวิจัยที่ใช้กรอบแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ ของเบคเกอร์ (Becker,1974) เป็นงานวิจัยของ พรพิมล อุติผล (2561) ที่ศึกษา การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขાખนมอำเภอเขાખนม จังหวัดกระบี่ ศึกษา วิจัยถึงทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนและ กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการพฤติกรรมการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังการใช้โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน โดยใช้กรอบแนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลต่อความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เนื่องจากให้ความรู้แค่ 2 ครั้งใน 2 เดือน แต่ได้ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยก่อนและหลังใช้โปรแกรม (ค่าเฉลี่ย 1.92 เป็น 1.93) แต่ส่งผลต่อ พฤติกรรม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 เนื่องจากการปรับพฤติกรรมมีการทำอย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 2 เดือน

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. ในเชิงนโยบาย ควรมีการสนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซ้ำหลายครั้ง และใช้การปรับพฤติกรรม ตามกิจกรรมคือ ออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร ไม่เพิ่มหรือลดยาเอง และมาพบแพทย์ตามนัด
2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ หาความคิดเห็นและประสบการณ์ในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อจะได้มุมมองหลายทัศน์ในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป
3. ในเชิงการปฏิบัติผลจากการวิจัยทำให้นักวิชาการสาธารณสุข บุคลากรทีมสุขภาพควร ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซ้ำหลายครั้ง และใช้การปรับพฤติกรรม ตามกิจกรรมคือ ออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร ไม่เพิ่มหรือลดยาเอง และมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำ ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health believe model)

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ด่วงกลัด ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และ ณิชกุลมล ชาญสาธิตพร (2563) โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 36(1); 66-83

- พรพิมล อุติผล (2561) การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 3(3); 441-452
- ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท และ อมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์ (2020) การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลยโสธร วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 38(1); 78-86
- วรรณณี นิธิยานันท์ (2529) โรคเบาหวานและการรักษา วารสารเบาหวาน, 18 มกราคม-กุมภาพันธ์ , 25-36 สืบค้นวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/156120/113323/>
- สุกัญญา แซ่ลี (2551) การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษาตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี . วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อรุณี ศรีนวล (2548) การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อรุณี ยศปัญญาและคณะ, (2558) ผลโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลลูกคู่ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี: รายงานสืบเนื่องการประชุมสัมมนาวิชาการ (proceedings) การนำเสนอ ผลการวิจัยระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 17 คืบวันที่ 1 สิงหาคม 2563 จาก <http://gnru2017.psu.ac.th/proceeding/565-25600831133313.pdf>
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education. Monographs. 2,4 winter : 354-385. Becker, M.H., & Maiman .
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. From: <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Hair, F. J., Black, C.W., Babin, J.B. & Anderson, E.R. (2010). Multivariate Data Analysis. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Ministry of Public Health (2007) Thailand Health Profile (2005-2007). Bangkok Print in Press, the war veterans of Thailand.
- WHO (2009) Diabetes Mellitus: Report of WHO study group. Technical Report. Geneva: WHO.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม

The development of guidelines for caring for new pulmonary tuberculosis patients at risk of dying during treatment Nakhon Phanom Province

(Received: October 20,2021 ; Accepted: November 25,2021)

จงกล ธมิกานนท์ Jongkon Thammiganont¹

ภัทรวรรณ ชัยสวัสดิ์ Pattarawan Chaisawat²

พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ Pisit Sereethammaphithak²

วราลี วงศ์ศรีชา Waralee Wongsricha²

วรรณนิภา แสนสุภา Wannipa Seansupha²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา และประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1. ทีมสุขภาพ จำนวน 20 คน เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดนครพนม 2. ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 12 คน ประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม 3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการบริการในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม จำนวน 32 คน ที่มีคุณสมบัติและลักษณะตามที่กำหนด มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ทำการศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2563

ผลการศึกษา : 1) สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม สามารถวิเคราะห์และแยกเป็น 5 ประเด็นได้แก่ ด้านระบบบริการ, ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค, ด้านทีมสุขภาพ ด้านผู้ป่วยวัณโรค, และด้านผู้ดูแลและญาติ 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย การกำหนดแผนงานการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด การส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด การส่งเสริมทีมสุขภาพในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดและญาติ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดนครพนม เพื่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรค 3) ความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวทางการดำเนินแผนงานวัณโรคในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนมของผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโดยภาพรวมทั้งหมดมี ความเห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทั้งหมดมีความเห็นด้วยทุกข้อเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ : การพัฒนาแผนงานและแนวทาง, การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด, วัณโรค

Abstract

This study was an action research. The objective is to develop guidelines for the care of new pulmonary tuberculosis patients who are at risk of dying during treatment. and assess the feasibility of developing guidelines for the care of new pulmonary tuberculosis patients at risk of dying during treatment. Nakhon Phanom Province The samples used in this research were 1. A health team of 20 people for analysis.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Synthesis and develop guidelines for caring for TB patients in Nakhon Phanom province. 2. 12 people in charge of TB work to assess the feasibility of developing guidelines for caring for new pulmonary tuberculosis patients who are at risk of dying during treatment. Nakhon Phanom Province 3. Pulmonary tuberculosis patients receiving services in TB clinics All hospitals in Nakhon Phanom province of 32 people who have the qualifications and characteristics as specified. are willing and willing to participate in the study The research tool was a general questionnaire. A feasibility assessment form for the use of guidelines for the care of new pulmonary tuberculosis patients at risk of dying during treatment. Nakhon Phanom Province Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage and mean. The study was conducted during July – August 2020.

Results : 1) Problems in caring for new pulmonary tuberculosis patients who are at risk of dying during treatment Nakhon Phanom Province can be analyzed and divided into 5 issues as follows: service system, TB care process, health team for TB patients, and for caregivers and relatives. 2) Developing guidelines for the care of new pulmonary tuberculosis patients at risk of dying during treatment Nakhon Phanom Province consists of formulating a work plan to promote self-care for pulmonary tuberculosis patients. Promoting family members to support self-care of pulmonary tuberculosis patients Promotion of health teams to support self-care of pulmonary tuberculosis patients and their relatives and guidelines for caring for tuberculosis patients in Nakhon Phanom Province for the care of new pulmonary tuberculosis patients at risk of dying during TB treatment. 3) Possibility of developing TB program implementation guidelines for the care of new pulmonary tuberculosis patients at risk of dying during treatment. Nakhon Phanom Province of the people responsible for TB work as a whole agreed with 100%. All those responsible for TB also agreed on all points. accounted for 100 %.

Keywords : development of plans and guidelines, care for pulmonary tuberculosis, tuberculosis

บทนำ

ปัญหาวัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย พบความชุกประมาณ 14.40 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ 9.14 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี 2563 จะมีผู้ติดเชื้อวัณโรคประมาณ 1,000 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตปีละ 1.65 ล้านคน และคาดการณ์ทั่วโลกประมาณ 70 ล้านคนในปี 2563(WHO, 2014) ประเทศไทยพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 120,000 รายต่อปี ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก รวมทั้งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ² สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 มีมาตรการ

หลักในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวโดยเน้นเร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษาร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วย เน้นเร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 และเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้มีอัตราความสำเร็จในการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ก่อให้เกิดโรคได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดจึงทำให้สามารถแพร่เชื้อได้ง่าย(กรมควบคุมโรค, 2561) การแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยไอ จาม พุด ตะโกน หัวเราะ หรือร้องเพลงทำให้เกิดละอองฝอย (droplets) ของผู้ป่วยวัณโรคปอด

การแพร่เชื้อจะเพิ่มมากขึ้นถ้าผู้ป่วยเป็นชนิดเสมหะบวก ผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือใกล้ชิดกันเป็นเวลานานในห้องปิด(จินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาโน และคณะ, 2561) ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรังนาน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ มีไข้ทุกวัน เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน ซึ่งการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น (short course chemotherapy) รักษาในระยะ 6 เดือน มี 2 ระยะคือ ระยะเข้มข้น (intensive phase) 2 เดือน และระยะต่อเนื่อง (continuation phase) 4 เดือน⁵ โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาต่อเนื่องทุกวันและครบกำหนดของการรักษา(WHO, 2014) เพื่อให้ผลของการรักษามีประสิทธิภาพรวมทั้งช่วยลดภาวะการแพร่กระจายเชื้อ(พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. ,2557) โดยใช้การสังเกตโดยตรง (DOTS) จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและครบกำหนด(WHO, 2014) รวมทั้งมีระบบการติดตามหรือเยี่ยมบ้านที่ดี(พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. ,2557) เป็นวิธีการที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าสามารถแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรคได้

กลุ่มงานโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นแม่ข่ายในการบริหารจัดการระบบบริการและสนับสนุนโรงพยาบาลลูกข่าย 12 แห่ง จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยวัณโรคจากฐานข้อมูลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น จำนวน 618 ราย, 829 ราย และ 768 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 519 ราย, 700 ราย และ 660 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 83.98, 84.43 และ 85.93 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด ในขณะที่พบสถิติผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน พบจำนวน 456 ราย, 599 ราย และ 571 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 87.86, 85.57 และ 86.51 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด โดยในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบจำนวน 300 ราย, 413 ราย และ 298 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 57.80, 59 และ 45.15

เป็นผู้สูงอายุ พบจำนวน 180 ราย, 242 ราย และ 262 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 34.68, 34.57 และ 39.70 และเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบจำนวน 29 ราย, 25 ราย และ 89 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 5.59, 3.57 และ 13.48 เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยในชุมชนแออัด พบจำนวน 10 ราย, 20 ราย และ 11 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.92, 2.85 และ 1.67 เมื่อประเมินด้านคุณภาพการรักษา พบร้อยละการรักษาหายยังต่ำต่ำกว่าเกณฑ์ โดยในปี 2559-2561 พบร้อยละ 84.65, 84.64 และ 90.19 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการขาดยาร้อยละ 5.92, 4.01 และ 1.57 ตามลำดับ และรักษาล้มเหลวย้อยละ 0.21, 0.66 และ 0.00 ตามลำดับ และยังพบผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 9.21, 10.68 และ 8.23 ตามลำดับ รวมทั้งยังพบการกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 2.63, 6.34 และ 8.93 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่อันตราย ผู้ป่วยที่ไม่ตระหนัก ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการแผนการรักษา ไม่มีวินัยในการรับประทานยา รวมทั้งดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ก็จะมีโอกาสที่จะปฏิเสธการรักษา ขาดยา ล้มเหลวในการรักษา กลับมาเป็นซ้ำ ดื้อยา แพร่เชื้อโรค รวมถึงเสียชีวิตตามมาได้

กลุ่มงานโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้เน้นการส่งเสริมในด้านการบริหารจัดการระบบบริการและสนับสนุนโรงพยาบาลลูกข่าย 12 แห่ง ให้มีการดำเนินงานคลินิกวัณโรคที่ได้มาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ (QTBC) ตามแผนพัฒนายุทธศาสตร์จังหวัดนครพนม จากการประเมินระบบคลินิกบริการในโรงพยาบาลลูกข่าย พบว่าเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยส่วนใหญ่ใกล้เคียงกันคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยวัณโรคมีทั้งรับเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล และตรวจกลับ ซึ่งจะส่งขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่คลินิกวัณโรคเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การรับประทานยาและอาการ

ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัดและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ภายหลังจากจำหน่ายจะนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยส่วนใหญ่เดือนละ 1 ครั้ง ที่คลินิกโรค เมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะได้รับการซักประวัติ การซักนำหน้า วัตความดัน ตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการ การให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ให้บริการในคลินิก โรค รับการตรวจโดยแพทย์ประจำคลินิก และการนัดเพื่อมารับการตรวจในครั้งต่อไป จนครบแผนการรักษา ถึงแม้โรงพยาบาลในแต่ละแห่งจะมีแนวทางในการดูแลแต่ก็ยังพบผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ล้มเหลวในการรักษา กลับมาเป็นซ้ำ แพร่เชื้อโรคไปยังบุคคลข้างเคียงรวมถึงเสียชีวิต สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของระบบบริการที่ยังขาดประสิทธิภาพของการรักษา

ผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบงานหลักในกลุ่มงานโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม มีบทบาทหน้าที่ในการถ่ายทอดนโยบาย รวมทั้งกำหนดนโยบาย แผนงานในระดับจังหวัดสู่ผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอเพื่อขับเคลื่อนงาน แก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งหมดรวมถึงปัญหาวัณโรค อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในภาพรวม บางการศึกษามีเฉพาะเจาะจงเพียงเฉพาะด้าน ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาถึงการกำหนดแผนการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรค จังหวัดนครพนม โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง P-D-C-A โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ไม่ให้เกิดชีวิตระหว่างการรักษา ลดการแพร่เชื้อโรคแก่ครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม

2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 5 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและการกำหนดแนวทาง ขั้นตอนที่ 3 การทดลองดำเนินงานตามแผน ขั้นตอนที่ 4 การสังเกตผลการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1. ทีมสุขภาพ จำนวน 20 คน เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดนครพนม 2. ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 12 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนมในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม จำนวน 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการใช้หลักความน่าจะเป็น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติและลักษณะตามที่กำหนด มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค แบบสอบถามพฤติกรรมมาร

ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกี่ยวข้องการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการสอนเรื่อง วัณโรค และการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและแผนการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยาและการจัดการอาการข้างเคียงของยา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั่วไป และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อในครอบครัวและชุมชน และสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค

ตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน หาดดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity Index : CVI) เท่ากับ 1 คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด มาคำนวณหาค่าความเที่ยง(Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach Alpha's Coefficient ได้เท่ากับ 0.81

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา
ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและการกำหนดแนวทาง
ขั้นตอนที่ 3 การทดลองดำเนินงานตามแผน
ขั้นตอนที่ 4 การสังเกตผลการดำเนินงาน และ
ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการดำเนินงาน
การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกี่ยวข้องการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม

2. สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกี่ยวข้องการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม สามารถวิเคราะห์และแยกประเด็นได้ 5 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1. ด้านระบบบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอด และความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางการดำเนินแผนงานวัณโรคของจังหวัดนครพนม เพื่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกี่ยวข้องการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรค จังหวัดนครพนม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม และได้รับอนุมัติเลขที่ HE620022 จึงดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

1.1 ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย 39 ปี (ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 53 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 91.66 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.2 ปี (ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 19 ปี)

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ อายุเฉลี่ย 47 ปี (ต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 69 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.6 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 84.36

ปัญหาที่พบคือ ขาดกระบวนการในการทำงานที่เหมาะสม ไม่มีผังกำกับงาน หรือการกำกับงานที่ชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ แนวทางปฏิบัติเดิมไม่มีความ

ชัดเจน ไม่มีความครอบคลุม สถานที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการ เช่น พื้นที่แคบ และระยะเวลาในการรอตรวจนาน 2. ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาที่พบคือ มีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน และกระบวนการให้สุขศึกษา และการทำกลุ่มในผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา การจัดการอาการข้างเคียงของยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมาตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่เชื้อในครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการป้องกันการเป็นซ้ำไม่ชัดเจน 3. ด้านทีมสุขภาพ ปัญหาที่พบคือ การกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน บุคลากรทีมสุขภาพขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบองค์รวม ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน ขาดการประสานงานที่ดี อัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่รับผิดชอบไม่เพียงพอ และแพทย์ประจำคลินิกเปลี่ยนผู้รับผิดชอบทุก 2-3 ปี 4. ด้านผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาที่พบคือ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา การจัดการอาการข้างเคียงของยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมาตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่เชื้อในครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการป้องกันการเป็นซ้ำที่ชัดเจน พฤติกรรมไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักรู้ และไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่มีผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยงคอยกำกับ การรับประทานยา ลืมทานยา ขาดนัด อยู่รวมกับคนในครอบครัวโดยไม่แยกของใช้ที่เสี่ยงต่อการสัมผัส

น้ำมูก น้ำลายและเสมหะตนเอง และปรับลดยาตามความเข้าใจของตนเอง และ 5. ผู้ดูแลและญาติ ปัญหาที่พบคือ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ขาดความตระหนักรู้ ไม่สนใจ ไม่ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ระยะทางในการไปรับการตรวจรักษาไกล ไม่มียานพาหนะในการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด รายได้น้อย ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาในการรอตรวจนาน

3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและการกำหนดแนวทาง ขั้นตอนที่ 3 การทดลองดำเนินงานตามแผนทั้งหมด 3 แผนงาน คือ 1. แผนงานการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด 2. แผนงานการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด และ 3. แผนงานการส่งเสริมทีมสุขภาพในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดและญาติ มีทั้งหมด 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 : การเตรียมทีมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 : การนำรูปแบบการพัฒนาสู่การปฏิบัติ มี 2 ขั้นตอนย่อยคือ 2.1 ขั้นเตรียมการ และ 2.2 ขั้นดำเนินการ มี 8 กิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 การสังเกตผลการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการดำเนินงาน

4. ความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม

ตารางที่ 1 ร้อยละของความเป็นไปได้ต่อการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม

ความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม	เห็นด้วย (ร้อยละ)
1. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม	100
2. ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม	100

ตารางที่ 1 ร้อยละของความเป็นไปได้ต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม

ความเป็นไปได้ของการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม	เห็นด้วย (ร้อยละ)
3. ท่านตั้งใจมุ่งมั่นที่จะใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนมที่อยู่ในความดูแลของท่าน	100
4. นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนมสามารถปฏิบัติได้ง่าย โดยไม่มีความยุ่งยาก	100
5. นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม ในแต่ละหัวข้อมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ช่วยให้ท่านสามารถประเมินได้ทุกขั้นตอน	100
6. นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนมสามารถให้ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดได้	100
7. นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้	100
8. นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ถูกต้องและครบถ้วน	100
9. ท่านปฏิบัติตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม	100
10. นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนมสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ	100

สรุปและอภิปรายผล

ความเป็นไปได้ของการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่างทีมผู้ดูแลโดยภาพรวมทั้งหมดมีความเห็นด้วยในการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนม คิดเป็นร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างทีมผู้ดูแลทั้งหมดมีความเห็นด้วยในการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดนครพนมทุกข้อเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานคลินิกวัณโรคทุกโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนมได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ร่วมกันระดมสมองหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกันพัฒนาแนวทางและสร้างข้อตกลงร่วมกันในการนำสู่การปฏิบัติตาม

แนวทางที่กำหนดไว้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการประเมินผลหลังการนำร่องใช้นโยบายเพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน นอกจากนั้นผู้ศึกษาได้มีการประชุมผู้ร่วมงานเพื่อพิจารณา ทบทวนแนวทางที่ปฏิบัติอยู่ ร่วมกันทำประชาพิจารณ์แนวทาง และกำหนดข้อตกลงในการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางที่เกิดจากความเห็นร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานจึงทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค พบว่าร้อยละ 100 เห็นว่าตนเองได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางฯ นอกจากนี้พยาบาลยังมีความพึงพอใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแนวทางฯ เนื่องจากมีความคิดเห็นว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสม เป็นประโยชน์ ใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซึ่งแต่เดิมในหน่วยงานไม่มีแนวทางการที่ชัดเจน เมื่อมีแนวทางที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความครอบคลุมเป็นลำดับขั้นตอน มีข้อมูลในการส่งต่อการดูแลได้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานใน

คลินิกวัณโรคมีความมั่นใจในการทำงาน จึงเห็นด้วยกับการใช้แนวทางฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี อ่วมแดง พบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 สามารถปฏิบัติตามแนวทางการประเมินได้ครบทุกกิจกรรมการประเมิน ผลการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการประเมินพบว่า พยาบาลทุกคนเห็นด้วยว่าแนวทางการประเมิน เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการประเมิน(จารุณี อ่วมแดง, 2556) และการศึกษาของ ศุภิสรา วรโคตร พบว่า พยาบาลรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน และพยาบาลสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้ ตั้งแต่ร้อยละ 77.7 ถึงร้อยละ 100(ศุภิสรา วรโคตร, 2552)

ข้อสรุป

ปัญหาวัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย การหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยโดยเน้นการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการกำกับการรับประทานยาและดูแลทั่วไป ตลอดจนเจ้าหน้าที่ให้

มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ไม่ให้เกิดชีวิตระหว่างการรักษา ลดการแพร่เชื้อโรคแก่ครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลของรูปแบบในระดับโรงพยาบาลศูนย์รูปแบบการดูแลระดับ รพ.สต. เพื่อให้ลดรอยต่อในระบบการดูแลผู้ป่วย

2. ควรขยายผลและกำหนดรูปแบบในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่เฉพาะเจาะจงเช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยติดสุรา ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกรายที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้อนุเคราะห์เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือและขอขอบพระคุณบุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2014). **Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. 2nd ed**, Geneva, Switzerland.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. (2557). **บันได 5 ขั้นสู่ความสำเร็จในการทำ DOT ระดับอำเภอให้มีคุณภาพ และยั่งยืน**. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต, 35(2), 67-71.
- จินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาโน และคณะ. (2561). **หลักสูตรและประมวลรายวิชา การสื่อสารเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาผู้สัมผัสวัณโรค**. เชียงราย: วิวายนกราฟิกดีไซน์ แอนปรินต์.
- World Health Organization.(2017). **Global tuberculosis report 2017**. Geneva, Switzerland.
- จารุณี อ่วมแดง. (2556). **การพัฒนาแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาสูติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 7ศุภิสรา วรโคตร. (2552). **การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยขอนแก่น.

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

(Development self-management programs to reduce the risk of cardiovascular disease in people with diabetes and hypertension)

(Received: October 3, 2021 ; Accepted: November 10, 2021)

อุษณีย์ งามฤทธิ¹

Usanee Ramrit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) ในปี 2563 และมารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการจัดการอารมณ์ ผลลัพธ์ทางคลินิกและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้า วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการจัดการอารมณ์ ใช้ค่าจำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ไขมันคอเลสเตอรอล และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้า (CVD Risk Score) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ โปรแกรมการจัดการตนเอง, โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

Abstract

The Research and Development aimed to study the effect of developing self-management programs to reduce the risk of cardiovascular disease in people with diabetes and high blood pressure. The sample consisted of diabetic and high blood pressure patients who were assessed for cardiovascular risk score (CVD Risk Score) in 2020 and received services in a chronic disease clinic. Renu Nakhon Hospital The instrument used in this operation was divided into 2 parts. Part 1 The study instrument consisted of self-management program to reduce the risk of cardiovascular disease in diabetic patients and Hypertension Part 2 The tools used for data collection were general information questionnaire, food consumption behavior assessment form, exercise Medication and mood management Clinical outcomes and risk of cardiovascular disease in the next 10 years. Analysis of general data, using percentage values, food consumption health behaviors exercise Drug use and mood management used numbers, percentages, and mean values, and compare the clinical outcomes before and after Join the program using the Pair t-test statistics.

The results Showed that The sample group before and after participating in a self-management program to reduce the risk of cardiovascular disease, waist circumference, BMI, Blood Pressure Level, HbA1c, cholesterol and the risk of cardiovascular disease in the next 10 years (CVD Risk Score) was significantly different at the .05 level.

Keywords: Self-management program, Risk of cardiovascular disease

¹ พยม. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งครอบคลุม 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดส่วนปลาย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นของคนไทย ในแต่ละปีจะมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคนี้อย่างน้อย 54,530 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดย 3 ใน 4 ของการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular diseases) และโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart diseases) ซึ่งเกิดจากการที่หลอดเลือดตีบตันหรือขาดความยืดหยุ่นจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และแร่ธาตุที่บริเวณผนังหลอดเลือด ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประการ ความดันโลหิตสูง จัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) ใน 10 ปี โดยทำนายจากข้อมูล อายุ เพศ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวานความดันโลหิต หากไม่มีผลตรวจเลือดสามารถใช้ข้อมูลรอบเอวและส่วนสูง หรือหากมีผลเลือดจะใช้ข้อมูลระดับไขมันในการทำนายระดับความเสี่ยง โดยแบ่งคะแนนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็น 5 ระดับ คือ เสี่ยงต่ำ CVD Risk Score < 10%, เสี่ยงปานกลาง CVD Risk Score 10-19%, เสี่ยงสูง CVD Risk Score 20-29%, เสี่ยงสูงมาก CVD Risk Score 30-39%, และเสี่ยงสูงอันตราย CVD Risk Score ≥ 40% โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและมีหลักฐานทางวิชาการว่าสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ประเภทแรกคือปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และ เชื้อชาติ ประเภทที่สองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความดันโลหิตสูงระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลรวมสูง ระดับไขมันชนิดเอชดี

แอลต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วนและการสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อติดตามโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการอารมณ์ และการสูบบุหรี่
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และไขมันโคเลสเตอรอล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(The Research and Development) โดย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรของการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี 2563 และมารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) ปี 2563 และมารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 50 ราย โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีพ.ศ. 2563 2) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) ระดับปานกลางถึงเสี่ยงสูงอันตราย 3) มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเรณูนคร 4) ยินยอมเข้าร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเอง 5) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มตัวอย่าง

(Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอายุ > 60 ปีขึ้นไป หรืออายุ < 35 ปี 2) ไม่ได้มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร 3) ไม่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) 4) ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 5) ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการจัดการอารมณ์ 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต น้ำตาลสะสมในเลือดและไขมันโคเลสเตอรอล 4) โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้า

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. ขั้นวางแผน (P: Plan) ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในรอบปีที่ผ่านมา เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง 3) ออกแบบโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แนวความคิดการจัดการตนเองเสนอต่อหัวหน้างาน และนำมาปรับปรุงแก้ไข 4) ประชุมเจ้าหน้าที่และจัดเตรียมเครื่องมือ/แบบสอบถามที่ใช้ในการดำเนินงาน 5) ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. ขั้นตอนดำเนินการ (D: Do) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

2.1 ระยะเตรียมความพร้อม (เดือนที่ 1) ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง กิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค: กิจกรรมประกอบด้วย 1) วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันโคเลสเตอรอล 2) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการอารมณ์และการสูบบุหรี่ 3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและเรียนรู้การเตือนสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) เรียนรู้พิษภัยของบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 2 การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมประกอบด้วย 1) กินหวานให้พอดี 2) ไขมันตัวร้ายทำลายหลอดเลือด 3) โซเดียมตัวร้ายที่ไม่ควรมองข้าม 4) กลุ่มตัวอย่างฝึกสาธิตการเลือกรับประทานอาหารตามเทคนิค 2:1:1 จากเมนูรูปภาพ อาหารที่กำหนดให้

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรียนรู้การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมทดสอบสมรรถนะโดยการเดิน 6 นาที (6 minute walk) 2) แบ่งกลุ่มตาม

สมรรถนะและแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้จากกิจกรรม 3) เรียนรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และให้สมาชิกออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกายของตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและนำเสนอให้สมาชิกในกลุ่มรับทราบ 4) เรียนรู้การผ่อนคลายอารมณ์และการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหา ประกอบด้วย 1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเอง 2) ตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง 3) นำเสนอรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อนำไปสู่การรักษาระดับน้ำหนักตัวและรอบเอวลดลง เมื่อครบ 6 เดือน

2.2 ระยะการจัดการด้วยตนเอง (เดือนที่ 2-4) เป็นระยะของการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเองได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วันที่ 25 ของทุกเดือน พร้อมบันทึกผล 2) การกระตุ้นเตือน ได้แก่ การติดตามเยี่ยมในชุมชน คลินิกโรคเรื้อรังและทางโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์

2.3 ระยะติดตามผล (เดือนที่ 5-6) เป็นระยะการตรวจสอบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ได้รับการตรวจและติดตามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ไขมันโคเลสเตอรอล และพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการอารมณ์และการสูบบุหรี่

3. ขั้นตอนตรวจสอบและศึกษาผล (S: Study) เป็นระยะของการตรวจสอบโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องในการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่ รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ไขมันโคเลสเตอรอล โดยผู้วิจัยเชื่อว่าหลังจากผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

การจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และการสูบบุหรี่ ที่เหมาะสมส่งผลให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk Score) ลดลง

4. ขั้นตอนการรักษาและคงไว้ซึ่งคุณภาพ (A: Action) สรุปผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดังนี้ 1) ตรวจสอบผลจากการทบทวนคุณภาพเวชระเบียนและการติดตามตัวชีวิต การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมายว่าเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ 2) นำผลลัพธ์ที่ได้จากการตรวจสอบมาวิเคราะห์และพิจารณานำเสนอผลการพัฒนาต่อหัวหน้างานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวมและผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเรณูนครต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-Test

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทําวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ HE 630016 ลงวันที่ 9 กันยายน 2563 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 30 คน ร้อยละ 60 เพศหญิง จำนวน 20 คน ร้อยละ

40 อายุ 50-59 ปีมากที่สุด จำนวน 48 คน ร้อยละ 96 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา จำนวน 45 คน ร้อยละ 90 อาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุดจำนวน 37 คน ร้อยละ 74 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทั้งสองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน ร้อยละ 44 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว จำนวน 16 คน ร้อยละ 32 และโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียวจำนวน 12 คน ร้อยละ 24

2. ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร มากที่สุดจำนวน 18 คน ร้อยละ 36 เพศชายรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตรมากที่สุดจำนวน 19 คน ร้อยละ 38 ผู้หญิงรอบเอวเฉลี่ย 96 เซนติเมตร ผู้ชายรอบเอวเฉลี่ย 90.6 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI 30 ขึ้นไป) มากที่สุด จำนวน 18 คน ร้อยละ 36 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.69 ระดับความดันโลหิตส่วนบน (Systolic Blood Pressure) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 26 คน ร้อยละ 56 ระดับความดันตัวบน (Systolic Blood Pressure) เฉลี่ย 141 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic Blood Pressure) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 19 คน ร้อยละ 38 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) เฉลี่ย 82 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 39 คน น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c > 7%) มากที่สุดจำนวน 29 คน ร้อยละ 74.35 น้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 6.9% ไขมันโคเลสเตอรอล ≥ 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มากที่สุด จำนวน 38 คน ร้อยละ 76 ไขมันโคเลสเตอรอล เฉลี่ย 208 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าอยู่ในระดับสูง (CVD Risk Score 20-30%) มากที่สุด จำนวน 43 คน ร้อยละ 86

หลังเข้าร่วมโปรแกรมจัดการตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงรอบเอวเฉลี่ยลดลง 95.55 เซนติเมตร เช่นเดียวเพศชายมีรอบเอวเฉลี่ยลดลง 90.1 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (BMI 25-29.9) มากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 28 ดัชนีมวลกายค่าเฉลี่ยคงเดิม 27.69 ระดับความดันโลหิตส่วนบน (Systolic Blood Pressure) < 140 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มขึ้นจำนวน 35 คน ร้อยละ 70 ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic Blood Pressure) ลดลงค่าเฉลี่ย 135 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic Blood Pressure) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 45 คน ร้อยละ 92 ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ลดลงเฉลี่ย 78 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 39 คน น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c > 7%) จำนวน 28 คน ร้อยละ 71.79 น้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย (HbA1c) 6.3% ไขมันโคเลสเตอรอล ≥ 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 25 คน ไขมันโคเลสเตอรอลเฉลี่ย 181 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 50 ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า อยู่ในระดับปานกลาง (CVD Risk Score 10-20%) มากที่สุด จำนวน 28 คน ร้อยละ 56 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ค่ารอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ไขมันโคเลสเตอรอล และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า (CVD Risk Score) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลสุขภาพ	Mean	Std.	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
1. รอบเอว	.48	1.65	.0092	.9508	2.049	.046*
2. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	.315	.572	.152	.477	3.895	.000*
3. ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic Blood Pressure)	5.9	9.09	3.314	8.485	1.58	.000*
4. ความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic Blood Pressure)	3.8	6.52	1.945	5.654	4.118	.000*
5. น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	.59	0.91	.334	.853	4.601	.000*
6. ไขมันโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol)	26.4	52.21	11.56	41.239	3.575	.001*
7. โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า (CVD Risk Score)	8.66	9.28	6.021	11.298	6.595	.000*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$)

3. ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารทุกข้อประเภตามความต้องการโดยไม่จำกัดรับประทานอาหารที่มีไขมัน อาหารทอดหรือผัด กะทิ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดังนี้ ออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่ทำเบาๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักขึ้นเรื่อยๆ และมีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังดันขึ้นต่อเนื่องกันอยู่ในระดับน้อย ส่วนออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน แอโรบิก เป็นต้น ออกกำลังกายต่อเนื่องกันอย่างน้อย 30 นาทีทุกครั้ง อยู่ในระดับน้อยที่สุด และมีการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำงาน เช่น ตัดหญ้า ล้างรถ เป็นต้น อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการใช้ยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาดังนี้ กินยาเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อยู่ในระดับ

เนื้อสัตว์ติดมัน มักรับประทานผลไม้และขนมหวานที่มีรสหวาน รับประทานอาหารที่มีเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ผงปรุงรส ผงชูรส เป็นต้น และดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานเช่น น้ำอัดลม นมเปรี้ยว อยู่ในระดับมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่กล่าวมาข้างต้นอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยมีการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำงาน เช่น ตัดหญ้า ล้างรถ เป็นต้น อยู่ในระดับมากที่สุด ออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่ทำเบาๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักขึ้นเรื่อยๆ ออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน แอโรบิก เป็นต้น มีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังดันขึ้นต่อเนื่องกัน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการออกกำลังกายต่อเนื่องกันอย่างน้อย 30 นาที ทุกครั้งอยู่ในระดับน้อย

ปานกลาง ลืมกินยาเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและซื้อยาเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงมารับประทานเองโดยไม่ไปตรวจตามนัดอยู่ในระดับน้อย ส่วนลดขนาด

ยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้นและใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณอยู่ในระดับน้อยที่สุด

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกินยาเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนลิ้มกินยาเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ลดขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น ใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ และซื้อยาเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงมารับประทานเองโดยไม่ไปตรวจตามนัด อยู่ในระดับน้อยที่สุด

พฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์ ดังนี้ มีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์เครียด วิตกกังวล ไม่สบายใจ อยู่ในระดับน้อย ท่านควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่เอะอะโวยวาย และมีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด และทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น กินอาหาร /ดูทีวี/ ฯลฯ อยู่ในระดับ

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากผลการวิจัยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ไขมันคอเลสเตอรอล และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า (CVD Risk Score) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสมชัย อัครสุตสาร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศและสาวตรี วิชญโยธิน. (2562). เรื่อง การบูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา ที่ดำเนินการตามโปรแกรมประกอบด้วยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด CVD ในกลุ่มที่มีคะแนนเสี่ยง Thai CV risk score > 30% ติดตามดูแลและเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว หลังเข้าอบรม

ปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์ ดังนี้ ทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น กินอาหาร /ดูทีวี/ ฯลฯ อยู่ในระดับมาก จัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดี และควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่เอะอะโวยวาย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนมีอารมณ์โกรธ หงุดหงิดและมีอารมณ์เครียด วิตกกังวล ไม่สบายใจ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

พฤติกรรมกรรมการสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการสุขภาพดังนี้ สุขภาพมากกว่า 10 มวน/วัน หลังตื่นนอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรก ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน ยังต้องสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับควันบุหรี่มือสองจากบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน และสูบบุหรี่เฉพาะเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจหรือความเครียดอยู่ในระดับน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการสุขภาพในทุกข้ออยู่ในระดับน้อยที่สุด ครบ 6 เดือน กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เพิ่มขึ้น (P-value <0.001) พฤติกรรมบริโภคหวานลดลง (P-value <0.001) และพฤติกรรม บริโภคไขมันลดลง (P-value <0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์เมื่อเดือนที่ 12 สามารถติดตามได้จำนวน 109 ราย พบว่าร้อยละ 43 สามารถเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนเสี่ยงสูงลดลงมาในระดับเสี่ยงต่ำกว่านอกจากนี้ ระดับ Cholesterol ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 187.20 เป็น 182.78 mg/dL (P-value 0.001)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการออกกำลังกายโดยมีการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำงาน เช่น ตัดหญ้า ล้างรถ เป็นต้น อยู่ในระดับมากที่สุด ออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่ท่าเบาๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักขึ้นเรื่อยๆ ออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน แอโรบิค เป็นต้น มีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังดันขึ้นต่อเนื่องกัน อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการใช้ยาพบว่ากินยาเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอทุกวันอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนลิ้มกินยาเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงลดขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าการ

อาการของโรคดีขึ้นหรือใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ และซื้อยาเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงมารับประทานเองโดยไม่ไปตรวจตามนัดอยู่ในระดับน้อยที่สุด การจัดการอารมณ์โดยทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น กินอาหาร /ดูทีวี/ ฯลฯ อยู่ในระดับมาก ส่วนการจัดการปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดี และควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่เอะอะวอยวาย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนมีอาการโกรธ หงุดหงิดและมีอารมณ์เครียด วิตกกังวล ไม่สบายใจ อยู่ในระดับน้อยที่สุด และการสูบบุหรี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในทุกข้ออยู่ในระดับน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ

สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา บัวทิ, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, ศิริอร สิ้นธุ. (2555). เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ที่บ้านลาดสระบัว อำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.36$) ด้านการบริโภคอาหารมีค่าคะแนนระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.06$, $SD=0.35$) ด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.83$) ด้านการจัดการความเครียด ค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.58$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร แสงศิริและคณะ. (2558). ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.4 มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (Mean=76.07, $SD=9.84$) และการออก

กำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุป

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในครั้งนี้จะเห็นได้เป็นกระบวนการส่งเสริมและป้องกันดูแลเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญเพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง กำหนดวัตถุประสงค์ทางคลินิกที่ชัดเจนส่งผลให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ชำนาญลดลง (CVD Risk Score) อีกทั้งมีกระบวนการในการกำกับติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นขยายไปสู่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเรณูนครต่อไป
2. ควรมีการดำเนินการเพื่อยืนยันผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยมีการเปรียบเทียบแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้ความกรุณาร่วมมือในการช่วยเหลือในการทำการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์ฉาย จารนัย, ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียชื่อ (2559). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยใช้รามามาโมเดลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23 (1), 41-59.
- จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธักกิตติ และชีวันรัตน์ ต่ายเกิด (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมใน การดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัวและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *Rama Nursing Journal*, 18(2), 223-236.

- จรีพร คงประเสริฐ. (2558). ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิก. ในจรีพร คงประเสริฐและธิดารัตน์ อภิญา (บรรณาธิการ), *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. หน้า 10-13.
- จุฬาร สดะ (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น. หน้า 370.
- ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2560). การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(2), 97-104.
- ปราณี จันธิมาและสมเกียรติ ศรีธาราธิคุณ (2560). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง. *พยาบาลสาร*, 44(2), 162-71.
- ระพีพร วาโยบุตรและพินภา สุตรา (2557). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารการพยาบาล*, 41(2), 72-83.
- สุพัชรินทร์ วัฒนกุล, มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิตน์ อิมามิ และสุปรียา ตันสกุล. (2556). โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 16-30.
- อัมพร วงศ์ดีบ, นงเยาว์ อุดมวงศ์ และรังสิยา นารินทร์. (2558). การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารพยาบาลสาร*, 42 (4), 12-24.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง
ต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง
อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

Effects of Ergonomics Health Promotion Program for behavioral modification To reduce
the risk of work-related musculoskeletal disorders among the work of employees in an
establishment Nongkhai

(Received: October 15,2021 ; Accepted: November 23,2021)

อนุดา ธีรฐานกุล Anuda Thirattankul¹

วริศรา เบ้าบุญ Warisara Baunoo¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยง ต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ ใช้รูปแบบการ ศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน เลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยการจับฉลาก โปรแกรมหลัก ประกอบด้วย 1) การบรรยาย 2) กิจกรรมกลุ่มประเมินตนเอง 3) สาธิตและฝึก ปฏิบัติ การปฏิบัติท่าทางการทำงานตามหลักการยศาสตร์ 4) กิจกรรมกลุ่มย่อย ใบบาง ทำเฉพาะกลุ่มทดลอง (E) 5) เดือนที่ 1 เยี่ยม ติดตาม ทำกิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์ผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำเฉพาะกลุ่มทดลอง (E) 6) เดือนที่ 3 ติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง 2 กลุ่ม เครื่องมือ ที่ใช้เป็น แบบสอบถาม การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค และ พฤติกรรมการป้องกันฯ จำนวนและระดับความเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูล เชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและ หลังเข้าโปรแกรมในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม โดยการเปรียบเทียบค่าที (t-test)

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมพนักงาน ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน เป็นเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน อายุ เฉลี่ย 36 ปี ลักษณะงาน ที่เสี่ยงคือยืนนาน 41.7 % เคลื่อนไหวในท่าซ้ำๆ 38.3 % น้ำหนักเกิน 20 % มีปัญหาเรื่องปวด 43.3 % ปวดบริเวณไหล่และหลังส่วนล่างเท่ากัน 11.7 % ปวดหลังส่วนบน 10 % ภายหลังเข้าโปรแกรมฯ การรับรู้ความเสี่ยง ความ รุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันฯ ของทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .000 ทั้ง 4 ด้าน กลุ่มทดลอง (E) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (C) ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .004,.003,.028 และ.020 ทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนครั้งความเจ็บปวดหรือเมื่อยล้ากล้ามเนื้อหรือกระดูกไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

คำสำคัญ: การยศาสตร์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This study aims to assess the effect of a health promotion program on ergonomics towards behavior modification to reduce the risk of work-related musculoskeletal disorders by the work of employees in the workplace. The research method is a quasi-experimental study to compare 2 sample groups. The sample groups were divided into two categories 30 of each, were chosen Simple Random Sampling by random lottery and distributed evenly by qualities. This program consists of 6 sections including 1) Attending lectures 2) Focus group discussion and self-assessment 3) Demonstration and training of stretching exercises, working postures 4) Focus group discussion and worksheets for the group (E) 5) Later 1st month follow up, focus group discussion, analyze results, sharing experience for the group (E). 6) Later 3rd month for both groups follow up and evaluation, sharing experience. The tools used as questionnaires, perceived susceptibility, severity, benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action, health behaviors,

¹ โรงพยาบาลหนองคาย

number of pain, and pain scale. Analyzed using descriptive analysis t-test score to compare between pre-test and post-test performance.

The result indicated that employees from the two groups were similar in basic quality. Overall, they were similar males and females, the average age was 36 years, Risk factor occupational type was at risk prolonged of standing 41.7%, repetitive motion 38.3%, overweight 20%, pain 43.3%, pain at shoulder, lower and upper back pain 11.7%, 11.7%, and 10%. After program participation, the average score in both groups increased significantly p-value .000 in all four areas. (Perceived susceptibility, severity, benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action and health behavior). The experimental group (E) is higher than the control group (C) in all four areas significantly.004, .003, .028, and .020. No, significantly in the number of pain but the experimental group (E) is lower than the control group (C) in pain scale Significantly 001.

Keywords: Ergonomics, Health Belief Model

บทนำ

ปัญหาทางด้านการยศาสตร์ โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของแรงงาน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลการสำรวจแรงงาน ปี พ.ศ. 2561 ของ สำนักโรค จากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม พบการบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เป็นการเจ็บป่วยอันดับหนึ่ง มีจำนวน 114,578 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 189.37(กรมควบคุมโรค ,2561) การบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อ ทำให้แรงงานมีอาการเจ็บปวด ไม่สุขสบาย ความสามารถในการทำงานลดลง และต้องหยุดงานในที่สุด ส่งผลกระทบต่อองค์กร ทำให้สูญเสียกำลังการผลิต สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการจัดหาพนักงานทดแทน(วิทยา อยู่สุข ,2552) ปัจจัยด้านการยศาสตร์ (Ergonomic Health Hazards) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อ การใช้อุปกรณ์ทำงาน ไม่เหมาะสมการทำงานด้วยท่าทางผิดปกติ ผืนธรรมชาติ ท่าทางซ้ำๆ กล้ามเนื้อออกแรงมากเกินไป ความสามารถในการรับน้ำหนัก การนั่งหรือยืนทำงานในสถานที่ที่ออกแบบไม่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน การทำงานในลักษณะดังกล่าวมานี้ มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บได้(เพชรรัตน์ ภูอนันตานนท์ ,2559) ปัญหาของแรงงานในสถาน

ประกอบการ ที่ทำการศึกษา มีลักษณะคล้ายกัน คือ มีลักษณะการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อ จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า พนักงานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาการบาดเจ็บหรือเจ็บปวด 3 ลำดับแรก คือ 1) ยืนนานๆ ร้อยละ 30.40 2) ยกของขึ้นลงหรือย้ายของหนัก ร้อยละ 25.40 3) ออกแรงและเคลื่อนไหวท่าทางซ้ำๆ ร้อยละ 20.35 ในรอบปีที่ผ่านมา พนักงานมีอาการเจ็บป่วยด้านกล้ามเนื้อและกระดูกจำนวน 102 ครั้ง ลาหยุดงานจากการเจ็บป่วยจากเรื่องกล้ามเนื้อและกระดูกจำนวน 18 ครั้ง ส่วนของร่างกายที่พบความชุกของโรคสูงสุดได้แก่ บริเวณไหล่ร้อยละ 76.53 บริเวณหลังส่วนล่าง ร้อยละ 62.75 และบริเวณเข่าร้อยละ 42.10 ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า ในอนาคตอาจ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ มีอัตราป่วย หรือเกิดความเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกสูงขึ้น การควบคุมและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการทำงาน มีหลายวิธี การใช้หลักการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานด้วยหลักการยศาสตร์ (Ergonomic Health Promotion) เป็นวิธีที่ง่าย ประหยัดและได้ผลในระยะยาวที่ดีที่สุด⁴ ด้วยปัญหาดังกล่าว และบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัย ผู้วิจัยจึงสนใจทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ที่เกิดจากการทำงานของ

พนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเบคเกอร์(ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์,2557)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ที่เกิดจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ (ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันฯ จำนวนครั้ง และระดับความเจ็บปวด ก่อนและหลังในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รับรองโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 53/2563

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research: two Group Pretest-Posttest Design) เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (E) จำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุม (C) จำนวน 30 คน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับเหมือนกัน คือ 1) การบรรยาย 2) กิจกรรมกลุ่มประเมินตนเอง วิเคราะห์ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก 3) ฝึกปฏิบัติ วิธีการออกกำลังกาย การปฏิบัติท่าทางการทำงานตามหลักการยศาสตร์ 4) ติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมใน 3 เดือน (O2,O4) แต่ในกลุ่มทดลอง จะได้โปรแกรมฯ (X) ที่ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มย่อย มอบใบงาน ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย เสนอแนะรูปแบบ วิธีการออกกำลังกาย และการปฏิบัติปรับเปลี่ยนท่าทาง การทำงานตามหลักการยศาสตร์ การบันทึกติดตามประเมินผลในแบบบันทึกกิจกรรม จากนั้นเว้นระยะ 1 เดือน

เยี่ยม ติดตาม จัดกิจกรรมกลุ่มย่อย วิเคราะห์ผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ด้วยเหตุผลทางจริยธรรมทางการวิจัยเพื่อให้พนักงานในสถานประกอบการทั้ง 2 กลุ่ม ที่เข้าร่วมการวิจัย ได้รับประโยชน์จากการวิจัยเท่าเทียมกัน หลังการทดลองต้องมอบใบงาน แบบบันทึกการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ทำกิจกรรมกลุ่มกำหนดเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้ง 2 กลุ่ม

ประชากรคือ พนักงานในสถานประกอบการทุกคน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่ต้นจนจบ 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน 3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) ไม่เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หลักเกณฑ์การคัดออกคือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตั้งแต่ต้นจนจบ 2) มีโรคประจำตัว ที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติเช่นโรคหัวใจ 3) กำลังได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหรือกระดูกในระยะ 3 เดือน 4) ผู้ที่มีอาการเจ็บปวดที่มี pain score มากกว่า 7 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากให้แต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติพื้นฐานใกล้เคียงกัน จำนวนกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม นำมาจากการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ของสุวัฒน์ ชำนาญ(สุวัฒน์ ชำนาญ,2559) ใช้วัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ แบ่งเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 15 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้าน คือด้านโอกาสเสี่ยง ด้านความรุนแรง ด้านประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นแบบวัด Rating scale 3 ระดับ ด้านละ 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ เป็นแบบวัด Rating scale 3 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

ประเด็น	Mean	S.D.	Mean	S.D.	ก่อน	หลัง	p-value
การรับรู้ความเสี่ยง (20 คะแนน)							
กลุ่มทดลอง (E)	12.53	.317	18.36	.173	ปานกลาง	สูง	.000
กลุ่มควบคุม (C)	12.50	.287	16.83	.222	ปานกลาง	สูง	.000
P-value	.966		.004				
การรับรู้ความรุนแรง (20 คะแนน)							

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันฯ จำนวนครั้ง และระดับความเจ็บปวด ก่อนและหลัง ในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประเด็น	Mean	S.D.	Mean	S.D.	ก่อน	หลัง	p-value
กลุ่มทดลอง (E)	13.00	.250	17.26	.138	ปานกลาง	สูง	.000
กลุ่มควบคุม (C)	13.00	.311	16.00	.174	ปานกลาง	สูง	.000
P-value	1.000		.003				
การรับรู้ประโยชน์ฯ (20 คะแนน)							
กลุ่มทดลอง (E)	10.23	.188	16.60	.186	ปานกลาง	สูง	.000
กลุ่มควบคุม (C)	10.50	.127	15.53	.179	ปานกลาง	สูง	.000
P-value	.524		.028				
พฤติกรรม (30 คะแนน)							
กลุ่มทดลอง (E)	10.73	.166	25.83	.154	ปานกลาง	สูง	.000
กลุ่มควบคุม (C)	10.06	.168	23.52	.124	ปานกลาง	สูง	.000
p-value*	.838		.020				
ความเจ็บปวด (ครั้ง)							
กลุ่มทดลอง (E)	14.66	.507	6.200	.406	ปานกลาง	ต่ำ	.017
กลุ่มควบคุม (C)	14.00	.498	8.266	.345	ปานกลาง	ต่ำ	.03
p-value**	.610		.549				
ระดับการปวด (2คะแนน)							
กลุ่มทดลอง (E)	1.033	1.217	.266	.449	ปานกลาง	ต่ำ	.001
กลุ่มควบคุม (C)	.900	1.241	.767	.507	ปานกลาง	ปานกลาง	.19
p-value**	.676		.001				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ซึ่งประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนรู้ การวิเคราะห์ความเสี่ยง การฝึกปฏิบัติ ทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาและป้องกันโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง จากระดับปานกลาง เป็นระดับสูง และการเพิ่มกิจกรรมในรูปแบบที่ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วิธีการ รูปแบบการปฏิบัติ มีรูปแบบวิธีการ มีเครื่องมือ ในการติดตามประเมินผล อย่างชัดเจน ในกลุ่มทดลอง ทำให้ภายหลังการทดลอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของ

การป้องกันโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ในกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาหลายๆการศึกษา ที่พบว่า โปรแกรมการศึกษาโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ใหญ่ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านการรับรู้และเกิด พฤติกรรมสุขภาพ มากขึ้นก่อนการทดลองเช่น สุวัฒน์ ชำนาญ(สุวัฒน์ ชำนาญ ,2559), นิตยา ภูแสนธนาสาร (นิตยา ภูแสนธนาสาร ,2548)หลักชัย หล่อประโคน (หลักชัย หล่อประโคน ,2555), ฐิติชญา ฉลาดล้ำ และ พิมพัลดา อนันต์สิริเกษม(ฐิติชญา ฉลาดล้ำและพิมพัลดา อนันต์สิริเกษม,2560) อธิบายได้ว่า ผลการทดลองเป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อ (Becker, 1974 อ้างในศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์)(ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ ,2557) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น

โรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จะทำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น ความเชื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็น ความเข้าใจนั้น ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน การเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทำให้ผู้เข้าร่วมมีการรับรู้ฯ ตนเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้ว ยังช่วยให้ลดความรุนแรงของโรคได้ การจัดทำโปรแกรมฯโดยแนวคิดทฤษฎีความเชื่อ ในรูปแบบกิจกรรมบรรยาย การวิเคราะห์ความเสี่ยง การสาธิตและฝึกปฏิบัติ จึงทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้น(นพรัตน์ ตรงศูนย์ ,2554 ; สันติ เข้มทอง ,2553) การนำหลักการทางกายวิภาคศาสตร์ มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงสภาพ การทำงาน ช่วยลดความเจ็บปวด อันตรายที่เกิดกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ลดการประสบอันตรายจากการทำงาน ทำให้พนักงานมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน สุขภาพ คุณภาพและประสิทธิภาพในการทำงานดีขึ้น(จุไรพร โสภารักษ์ ,2553) จึงได้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้นแตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ไม่ใช่สิ่งที่จะสร้างขึ้นมาง่ายๆ ถึงแม้บุคคลจะมีการรับรู้ปัจจัยต่างๆแล้ว แต่อุปสรรคที่จะขัดขวางยังเป็นสิ่งสำคัญ เช่นเวลา ความเหนื่อยล้า มีภารกิจอื่นๆ ไม่ได้เห็นผลการปฏิบัติใน

ระยะเวลาสั้นๆ การหลงลืมตามเวลา มีสิ่งเร้าอื่นที่น่าสนใจกว่า ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูกโรคอาจไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นการใช้กลวิธีหลายรูปแบบในการจัดกิจกรรม (X) ในกลุ่มทดลอง เช่นใช้แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) สร้างสิ่งแวดล้อมสังคม (Social factor) โดยการกำหนดรูปแบบกิจกรรม เวลา สถานที่ ที่ชัดเจน มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) คือมี role model .ในกลุ่มเป็นต้นแบบ มีกลุ่มเพื่อน (Mass media communication) ช่วยกระตุ้นพาทำ ทำให้ผู้เข้าร่วมทดลอง ไม่เบื่อ มีแรงจูงใจ แรงสนับสนุนจากกลุ่ม มีความตั้งใจ มีเป้าหมาย ที่จะปฏิบัติวัดผลได้(วัลลยา ทองน้อย ,2554) กลุ่มทดลองจึงมีผลการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันฯ ดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนจำนวนครั้ง ความเจ็บปวดระหว่างกลุ่ม แม้ว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่เห็นแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้ง ความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีความรุนแรงของความเจ็บปวดน้อยกว่า แสดงว่ากิจกรรม (X) ที่ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ใหญ่ สร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) สร้างสิ่งแวดล้อมสังคม (Social factor) มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) มีกลุ่มเพื่อน (Mass media communication) โดยกลุ่ม กำหนดเป้าหมาย กำหนดวิธีการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนท่าทางการยศาสตร์ มีเครื่องมือและการติดตามประเมินผล มีความสำคัญต่อการเพิ่มการรับรู้ด้านต่างๆ และสร้างพฤติกรรมป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกมากขึ้น

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์มีผลทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานดีขึ้น ลดจำนวนครั้งและความรุนแรงของการปวดเมื่อยหรือเจ็บปวด ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปเผยแพร่และประยุกต์ใช้ในกลุ่มพนักงาน บุคลากร อื่นๆ เพื่อลด

ความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อ และกระดูกที่เกิดจากการ
ทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลอาชีวอนามัยควรนำโปรแกรม
ส่งเสริมสุขภาพฯ ไปใช้กระตุ้นให้สถานประกอบการ
จัดกิจกรรมและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

2. สถานประกอบการควรให้ความสำคัญ
กำหนดนโยบายจัดเวลาพักช่วงสั้นๆเช่นมีกริ่ง
สัญญาณเตือนเพื่อให้พนักงานสามารถยืดเหยียด
ร่างกายหรือปรับท่าทางตามหลักการศาสตร์

3. ศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการลดความ
เมื่อยล้าหรือความเจ็บปวดร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .(2561). รายงานประจำปี .2561
Annual Report 2018 จัดทำโดย: พิมพ์ครั้งที่ 1: ธันวาคม 2561 พิมพ์ที่: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก
วิทยา อยู่สุข. (2552). อาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: นวัตกรรมกราฟิก
เพชรรัตน์ ภูอนันตานนท์ .(2559). คู่มือการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการจัดการอาชีวอนามัยให้กับแรงงาน ในชุมชนด้าน
การยศาสตร์.กลุ่มอาชีวอนามัยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกรมควบคุมโรค
นัฐยา ดินเต็ม.(2562).ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารร่างกายแบบ มณีเวชต่อ
อาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการทำกิจกรรมของพยาบาลห้องผ่าตัด.พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์.(2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองพนัสนิคม
จังหวัดชลบุรี.สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สุวัฒน์ ชำนาญ.(2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อ
โรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลศรีสมเด็จ อำเภอสรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด.
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2559
นิตยา ภูแสนธาร.(2548). การลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนเอนโดยการประยุกต์ใช้โปรแกรมการยศาสตร์. วารสาร
รามคำแหง 2548; 36(4): 245-53.
หลักชัย หล่อประโคน.(2555). ผลการประยุกต์ใช้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของ คนงานท่าผลิตถ่านล้อยาว ตำบลไพศาล อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์
[วิทยานิพนธ์สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555
ฐิติชญา ฉลาดล้ำและพิมพ์ดา อนันต์ศิริเกษม.(2560).การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการ
ทำงานและ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล. วารสารพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข.น.44-59
นพรัตน์ ตรงศูนย์.(2554). ผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคม ต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอนม จังหวัดสุรินทร์
[วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554
สันติ เข้มทอง.(2553). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกัน
โรคเบาหวาน อำเภอสนม จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม; 2553.
จุไรพร โสภากาญจ.(2553). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างสำหรับพยาบาล. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
วัลลยา ทองน้อย.(2554). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้าน สังคมในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม . อำเภอชนบท
จังหวัดขอนแก่น. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

MOTIVATION FACTOR AFFECTING THE PERFORMANCE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN
COVID-19 IN KLONG LUANG DISTRICT,
PATHUM THANI PROVINCE.

(Received: October 25,2021 ; Accepted: November 29,2021)

ภรณ์อนงค์ กุลเกล้า¹
PORNANONG KULKROAW¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความสัมพันธ์ของแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ รวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 340 ตัวอย่าง สถิติในการวิเคราะห์ผลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ค่าสถิติในการทดสอบความแตกต่างใช้สถิติ t-test และ F-test ทดสอบแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีการทดสอบ Least Significant Difference (LSD) test และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลวิจัยพบว่า สถานภาพ รายได้เฉลี่ยเดือน ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความแตกต่างกัน ส่วนแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านค่าป่วยการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านการนิเทศติดตาม มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยด้านการนิเทศติดตามมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รองลงมา ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และแรงจูงใจในด้านค่าป่วยการ มีอิทธิพลเชิงลบต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ปัญหาและอุปสรรคคือ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ และค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงาน

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงจูงใจ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/(COVID-19)

Abstract

The study Incentives affecting to performance of village health volunteers in the control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Khlong Luang District Pathum. Aimed to studied personal attributes, The level of motivation for the performance of the village health volunteers, relationship of motivation with performance, and studied the factors affecting the performance of village health volunteers to control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) Khlong Luang District Pathum Thani Province. There was survey research. Data were collected by questionnaires. Sample size were 340 village public health volunteers for the control of coronavirus disease 2019 (COVID-19), Khlong Luang District. Pathum Thani Province. Statistics in the results analysis were descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. quantitative data analysis The statistical values for the difference test were t – test and F – Test. The mean difference was tested individually by the Least Significant Difference (LSD) test and the Multiple Regression Analysis.

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

The results showed that status, monthly average income, position in the community, operational period and receiving training/reviving knowledge about COVID-19 The effect on the performance of village health volunteers in the control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) is different. The motivation that affects the work performance is the cost of interpersonal relations in terms of operating conditions Security in operation Follow-up supervision influencing the performance of public health volunteers. The follow-up supervision had a positive influence on the performance of village health volunteers in the control of coronavirus disease 2019 (COVID-19), followed by work conditions. Security in operation and interpersonal relations and motivation in terms of medical expenses. There was a negative influence on the performance of village health volunteers in the control of coronavirus disease 2019 (COVID-19). The problems and obstacles were not enough equipment and the compensation is not suitable for the workload.

Keywords: coronavirus disease 2019, motivation/village health volunteers/(COVID-19)

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่เริ่มมีการระบาดจากเมืองอู่ฮั่น ในประเทศจีน ที่ลุกลามขยายการระบาดไปทั่วโลกในขณะนี้ เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) สามารถติดต่อเข้าสู่คน ผ่านทางการไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย (กรมควบคุมโรค, 2564) จากการศึกษา การติดเชื้อจากไวรัส พบว่าคนติดเชื้อคนหนึ่ง จะสามารถแพร่เชื้อ ไปให้คนอื่นได้ราว 2 -6 คน สำหรับ ประเทศไทย มีการระบาดของโรคเป็นอันดับ 146 โดยพบผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,731 ราย มีรายใหม่ 4 ราย ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 3,529 ราย รักษาอยู่ โรงพยาบาล 143 ราย เสียชีวิต 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.58 คน (กรมควบคุมโรค, 2563)

จังหวัดปทุมธานี มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) สะสม (23 มกราคม – 24 ตุลาคม 2563) จำนวน 43 เสียชีวิต 2 คน อัตราป่วยตายร้อยละ 4.65 อำเภอที่มีผู้ป่วยสูงสุดคือ อำเภอลองหลวง จำนวน 13 คนรองลงมาคือ อำเภอเมืองปทุมธานี จำนวน 9 คน, อำเภอลำลูกกา จำนวน 9 คน , อำเภอธัญบุรี จำนวน 5 คน, อำเภอลาดหลุมแก้ว จำนวน 4 คน, อำเภอหนองเสือ จำนวน 2 คนและอำเภอสารภ จำนวน 1 คน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี, 2563)

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทย มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

ตนเอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชน มีการกระจายอยู่ทุกหมู่บ้านได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพของชุมชนอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 1,095,685 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จังหวัดปทุมธานี มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 9,420 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) โดยภาพรวม อสม. 1 ท่าน รับผิดชอบ 15 หลังคาเรือน (กองสุขภาพภาคประชาชน, 2564) การปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดปทุมธานี ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด -19 อสม. มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลประชาชนในพื้นที่ เป็นกำลังหลักในการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคโควิด -19 ในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกิจกรรม “อสม. เคาะประตูบ้าน” ให้ความรู้ วิธีการป้องกันโรค ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป สังเกตอาการ ที่พักอาศัยของกลุ่มเสี่ยง (Home Quarantine) ของผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง เข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน รวมไปถึงการประสานงานเตรียมความพร้อมของชุมชน การประสานงานต่อเจ้าหน้าที่ และกิจกรรมการรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) อสม. อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีทั้งหมด 2,150 คน ปฏิบัติงานอยู่ใน 7 ตำบล

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยตระหนักและเห็นความสำคัญของการควบคุมและ

ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่ ซึ่งจะไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน สิ่งที่สำคัญที่สุดต่อการดำเนินการคือ การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมโรค โดยเฉพาะความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ในระดับชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ต่อการวางแผนการควบคุมและป้องกันโรคโควิด -19 และโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ในชุมชน และเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี การศึกษาเชิงสำรวจ

ประชากรและการกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอคลองหลวง

จังหวัดปทุมธานี จำนวน 337 คนและมีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 2 ปี ใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของทาโร ยามานะ (Taro Yamane, 1973) ที่ระดับความน่าเชื่อถือ ร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อน ที่ร้อยละ ± 5 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 337 คน ผู้วิจัยกำหนดเป็น 340 คน การสุ่มตัวอย่าง ใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เป็นการสุ่มจากสมาชิกจำนวน 106 หมู่บ้าน ใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูความรู้ ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิดและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบด้วย ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ ค่าป่วยการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นโยบายและการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว การนิเทศติดตาม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิด เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ

ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) โดยเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความถูกต้องเที่ยงตรงครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องที่จะวัด ตรวจสอบรายละเอียดและแก้ไขแบบสอบถาม ตรวจสอบความเชื่อมั่น(Reliability) ของเครื่องมือโดยผู้ศึกษานำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)จำนวน 30 คน โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีพื้นที่การทำงานใกล้เคียงกับอำเภอคลองหลวง แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช(Conbach 's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สถิติร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด(Maximum) และค่าต่ำสุด(Minimum) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ใน การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่(Bivariate Analysis) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร โดยการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (Two-tailed) ถ้าค่า p-value น้อยกว่า 0.05 แสดงว่าค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามแต่ละคู่ นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.65) อายุ 51 - 60 ปี (ร้อยละ 44.12) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.76) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า(ร้อยละ 46.76) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 38.53) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 11 - 20 ปี (ร้อยละ 33.83) เคยได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 (ร้อยละ 50.00) จำนวนครั้งได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 มีจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 54.71)

2. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยรวม มีค่าเฉลี่ย 2.54 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก โดยสูงสุด คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รองลงมา ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ด้านลักษณะของงาน ด้านการนิเทศติดตาม ด้านนโยบาย และการบริหาร ด้านสภาพการปฏิบัติงาน และด้านค่าป่วยการ ตามลำดับ

3. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีค่าเฉลี่ย 2.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ซึ่งในรายด้านนั้นมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ด้านโดยสูงสุดในประเด็น “ป้องกันตนเองจากโรค โดยการสวมหน้ากากรักษาระยะห่างล้างมือ” มีค่าเฉลี่ย 2.84 รองลงมา “เฝ้าระวังข้อมูลการระบาดล่าสุดอย่างใกล้ชิดที่เว็บไซต์ของกรมควบคุมโรคและแถลงการณ์” ($\bar{X} = 2.65$), “มีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจกับชุมชนในการนำผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน” ($\bar{X} = 2.55$), “ได้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำที่

เหมาะสมเกี่ยวกับการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงอยู่เสมอ" ($\bar{X} = 2.53$), และ"ได้ร่วมค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ร่วมกับเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ" ($\bar{X} = 2.41$)

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างรายคู่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า

ด้านสถานภาพกับ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างกันจำนวน 2 คู่ ได้แก่ 1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสถานภาพโสดมีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่ำกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสถานภาพสมรสมีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่ำกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน

ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กับ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างกันจำนวน 3 คู่ ได้แก่ 1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทมีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงกว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท และ มากกว่า 50,000 บาท 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่ำกว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001 - 50,000

บาท 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001 - 50,000 บาท มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท

ด้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน กับ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างกันจำนวน 4 คู่ ได้แก่ 1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 1 - 2 ปี มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงกว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 11 - 20 ปี และ มากกว่า 30 ปี 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 3 - 5 ปี มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงกว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน มากกว่า 30 ปี 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 6 - 10 ปี มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงกว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน มากกว่า 30 ปี 4) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 11 - 20 ปี มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่ำกว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 21 - 30 ปี

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ตารางที่ 1 แสดงผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
(n. = 340)

Model (แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน)	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t.	p-value
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0.329	0.179		1.839	0.067
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.043	0.063	0.038	0.681	0.497
ด้านการยอมรับนับถือ	0.067	0.061	0.070	1.101	0.272
ด้านลักษณะของงาน	0.022	0.066	0.022	0.338	0.736
ด้านความรับผิดชอบ	0.106	0.064	0.110	1.653	0.099
ด้านค่าป่วยการ	-0.151	0.037	-0.211	-4.028	0.000*
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.109	0.049	0.106	2.236	0.026*
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.091	0.054	0.096	1.665	0.097
ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.119	0.051	0.135	2.316	0.021*
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.157	0.067	0.134	2.360	0.019*
ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.111	0.058	0.105	1.923	0.055
ด้านการนิเทศติดตาม	0.190	0.043	0.226	4.410	0.000*

$R. = 0.633$ $R\text{ Square} = 0.400$ $R\text{ Square Adjusted } (R^2) = 38.00\% (0.745)$

$F\text{-statistics} = 19.918$ $\text{Sig.} = 0.000$ $\text{Durbin-Watson} = 1.648$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง โดยมีค่า R เท่ากับ 0.633 มีค่า R Square หรือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจที่แสดงถึงอิทธิพลของตัวแปรอิสระหรือปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานที่ 0.400 และมีค่าสัมประสิทธิ์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่มีการปรับแก้ให้เหมาะสม ร้อยละ 38.00 (Adjusted R Square = 0.380) โดยผลการทดสอบค่าสถิติค่า F-statistics เท่ากับ 19.918 และค่า Sig. เท่ากับ 0.000 < 0.05 กล่าวได้ว่า มีตัวแปรแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างน้อยหนึ่งตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการทดสอบความ

คลาดเคลื่อนมีค่าของ Durbin-Watson เท่ากับ 1.648 > 1.50 แสดงว่ามีความคลาดเคลื่อนที่เป็นอิสระต่อกันในระดับสูงไม่มีปัญหาสหสัมพันธ์ในตัวเอง (Autocorrelation) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าคงที่ เท่ากับ 0.329 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอยของ ตัวแปรอิสระเท่ากับ 0.179 โดยปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน มีค่า Sig. < 0.05 จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านค่าป่วยการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านการนิเทศติดตาม สรุปผลเป็นรายด้านได้ดังนี้

ด้านค่าป่วยการ มีค่า t. = -4.028, Sig. = 0.000 < 0.05, Beta = -0.211 เป็นการยอมรับสมมติฐาน หรือแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ด้านค่าป่วยการ มีอิทธิพลเชิงลบต่อการปฏิบัติงานมีผลต่อ

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการเปลี่ยนแปลงในด้านค่าป่วยการเพิ่มสูงขึ้น 1 หน่วยมาตรฐานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เปลี่ยนแปลงลดลง 0.211 หน่วยมาตรฐาน

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่า $t = 2.236$, Sig. = $0.026 < 0.05$, Beta = 0.106 เป็นการยอมรับสมมติฐาน หรือ แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการเปลี่ยนแปลงในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มสูงขึ้น 1 หน่วยมาตรฐานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 0.106 หน่วยมาตรฐาน

ด้านสภาพการปฏิบัติงาน มีค่า $t = 2.316$, Sig. = $0.021 < 0.05$, Beta = 0.135 เป็นการยอมรับสมมติฐาน หรือ แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ด้านสภาพการปฏิบัติงาน มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการเปลี่ยนแปลงในด้านสภาพการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้น 1 หน่วยมาตรฐานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 0.135 หน่วยมาตรฐาน

ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน มีค่า $t = 2.360$, Sig. = $0.019 < 0.05$, Beta = 0.134 เป็นการยอมรับสมมติฐาน หรือ แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการเปลี่ยนแปลงในด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้น 1

หน่วยมาตรฐานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 0.134 หน่วยมาตรฐาน

ด้านการนิเทศติดตาม มีค่า $t = 4.410$, Sig. = $0.000 < 0.05$, Beta = 0.226 เป็นการยอมรับสมมติฐาน หรือ แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ด้านการนิเทศติดตามมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการเปลี่ยนแปลงในการนิเทศติดตามเพิ่มสูงขึ้น 1 หน่วยมาตรฐานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 0.226 หน่วยมาตรฐาน

สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน ได้ว่า เป็นการยอมรับ H2 หรือ แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านค่าป่วยการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านการนิเทศติดตาม มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยด้านการนิเทศติดตามมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รองลงมา ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และแรงจูงใจในด้านค่าป่วยการ มีอิทธิพลเชิงลบต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยผลทดสอบแสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ร้อยละ 38.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-

19) อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี สามารถแยกเป็นประเด็นได้ดังนี้

6.1 ด้านค่าตอบแทน จากการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เห็นว่าได้รับค่าป่วยการไม่เหมาะสมกับภาระงานที่ได้รับ เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งอาจมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและถึงขั้นเสียชีวิตทั้งตนเองและอาจเป็นอันตรายถึงครอบครัวได้

6.2 ด้านวัสดุอุปกรณ์ จากการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เห็นว่าในการออกปฏิบัติงานแต่ละครั้ง จะต้องมียาวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยทั้งตัวผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับมาก โดยสูงสุด คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รองลงมา ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ด้านลักษณะของงาน ด้านการติดตาม ด้านนโยบาย และการบริหาร ด้านสภาพการปฏิบัติงาน และด้านค่าป่วยการ ตามลำดับ ซึ่งผลวิจัยในรายด้านความสำเร็จในการทำงานสูงสุด “องค์การอนามัยโลกขึ้นชมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข” ด้านการยอมรับนับถือสูงสุด “จากการปฏิบัติงานควบคุมโรคตามหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านมาได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม” และ “จากการปฏิบัติงานควบคุมโรคตามหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านมาได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม” ด้านลักษณะของงานสูงสุด “ปฏิบัติงานควบคุมโรคเป็นงานที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม” ด้านความรับผิดชอบสูงสุด “มีโอกาสได้รับผิดชอบปฏิบัติงานควบคุมโรคที่สำคัญๆ

ของชุมชนเสมอ” ด้านค่าป่วยการสูงสุด “ระบบเบิกจ่ายค่าป่วยการมีความสะดวก” และ “บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเบิกจ่ายเหมาะสมและเอื้อต่อการเบิกจ่าย” ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูงสุด “มีความสุขที่ได้ทำงานร่วมกัน” ด้านนโยบาย และการบริหารสูงสุด “มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่เป็นอย่างดี” ด้านสภาพการปฏิบัติงานสูงสุด “รู้สึกว่าการชุมชนให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค” ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานสูงสุด “มีความภาคภูมิใจในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข” ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวสูงสุด “การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทำให้มีโอกาสศึกษาหาความรู้ใหม่ๆ ได้สะดวกขึ้น” และด้านการติดตาม “เจ้าหน้าที่มีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขสม่ำเสมอ”

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านค่าป่วยการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านการติดตาม มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยด้านการติดตามมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รองลงมา ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และแรงจูงใจในด้านค่าป่วยการ มีอิทธิพลเชิงลบต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากผลวิจัยพบว่า ด้านการติดตามมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัย อภิสิทธิ์ บุญเกิด (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า การ ติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน งานวิจัยพบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการเปลี่ยนแปลงในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มสูงขึ้นมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัย อมรมิตร มงคลเคหา (2552) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบล นิเวศน์ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในเชิงบวก

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพรายได้เฉลี่ยเดือน ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่แตกต่างกัน ซึ่งเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความแตกต่างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสถานภาพโสดและสมรสมีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่ำกว่า กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ากลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทมีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงกว่า กลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท และ มากกว่า 50,000 บาท กลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่ำกว่า กลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001 - 50,000 บาท และ กลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001 - 50,000 บาทมีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงกว่า กลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท สอดคล้องกับงานวิจัย ธวัชชัย วีรกิตกุล (2552) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตาม บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ

สุขภาพ จังหวัด พัทลุง พบว่ารายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มระยะเวลาการปฏิบัติงานจำนวน 1 - 2 ปี มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงกว่า กลุ่มระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 11 - 20 ปี และมากกว่า 30 ปี กลุ่มระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 3 - 5 ปี และจำนวน 6 - 10 ปี และ จำนวน 21 - 30 ปี มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงกว่า กลุ่มระยะเวลาการปฏิบัติงาน มากกว่า 30 ปี และกลุ่มระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 11 - 20 ปี มีการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่ำกว่า กลุ่มระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 21 - 30 ปี สอดคล้องงานวิจัย กิตติพงษ์ บัวดิก (2551) ได้ศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และงานวิจัย สุรินทร์ สุรยงค์ (2551) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง: กรณีศึกษาอำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง และด้านการได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 จะมีการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-

19) สูงกว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทนที่นอกเหนือจากค่าป่วยการและมีเบี้ยเลี้ยงในการดำเนินกิจกรรมควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2.ด้านวัสดุอุปกรณ์ สนับสนุนการดำเนินงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ให้เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง มีการบูรณาการการทำงานกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายอื่นทั้งในและนอกพื้นที่ อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์
แนวทางการแก้ไขปัญหา

3. ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงาน

และให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการควบคุม ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้มากขึ้น

4. สนับสนุนให้มีการประชุม จัดเวทีประชาคม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แก้ไข ปัญหาชุมชนร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีรูปแบบตามความเหมาะสม กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2.ควรศึกษารูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี.(2563). รวมแนวทางการป้องกันควบคุมโรค กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19).สืบค้นจาก <http://203.157.108.3/pathum/Fileupload/knowledge/137fdeca3828b749c2c1a22f5f879cdd.pdf/>
- กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. สืบค้น 23 มิถุนายน 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การจัดระบบอสม. และภาคประชาชน สำหรับ Local quarantine และ Home quarantine. (2563) . สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/km08_120363.pdf
- กองสุขภาพภาคประชาชน. (2564). ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน. สืบค้น 23 มิถุนายน 2564, สืบค้นจาก<http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00013.php>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2563). สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) จังหวัดปทุมธานี
- สุรินทร์ สุรยงค์. (2551). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง: กรณีศึกษา อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. การศึกษาอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- อภิสิทธิ์ บุญเกิด. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานยุติธรรมและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อมรมิตร มลคงเคหา. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลนิเวศน์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- รัชชัย วีรกิติกุล. (2552) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตาม บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัด พัทลุง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ
- Taro Yamane. (1973). Statistics: An Introduction Analysis.

แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดสกลนคร

THE MOTIVATION AFFECTING THE GOOD GOVERNANCE ADMINISTRATION OF THE CHIEF AT
HEALTH CENTERS IN MUEANG DISTRICT, SAKONNAKHON PROVINCE.

(Received: November 15,2021 ; Accepted: December 29,2021)

ณัฐพล มีพรหม¹

Natthaphol Meeprom¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ หัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 29 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.95 และสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 14 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

จากการศึกษาแรงจูงใจในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.89$, S.D. = 0.38) และการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัย อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.22$, S.D. = 0.44) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.689$, p-value < 0.01) และ ตัวแปรที่พยากรณ์การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัย ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยด้านจิตวิญญาณเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยด้านเงินเดือนและปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปัจจัยทั้ง 6 ด้านสามารถพยากรณ์การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 59.00 ($R^2 = 0.590$, P-value < 0.035) ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.33 คือ แรงจูงใจด้านปัจจัยด้านเงินเดือน

คำสำคัญ : แรงจูงใจ, การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัย

ABSTRACT

The study is a cross - sectional descriptive research. The purpose of this research was to study about the motivation that affects a good governance administration of the chief of health centers in Mueang district, Sakon Nakhon. The populations of this study were chiefs of health centers at Sakonnakhon. The data were collected by using questionnaires from 29 people randomly and the Cronbach coefficient of instruments was 0.95. Moreover, 14 interviews were collected. The data were analyzed to acquire percentage, mean, standard deviation, Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression.

The motivation of the chief at health centers was 'high' level ($\bar{x} = 3.89$, S.D. = 0.38) and the good governance administration of the chief at health centers was also 'high' level ($\bar{x} = 4.22$, S.D. = 0.44). The motivations were significantly related to the good governance administration of the chief at health centers in Mueang district at 0.05 level ($r = 0.689$, p-value < 0.01). There were significance variables that predicted the good governance administration of the chief at health centers in Mueang district such as motivation factors for respect, personal life factors, policy and administrative factors, responsibility factors, salary factor and operational condition factor. The statistical significance was 0.05 level. All 6 factors can predict a good governance administration of the chiefs of health centers in Mueang

¹ รักษาการ สาธารณสุขอำเภอบ้านม่วง,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านม่วง,จังหวัดสกลนคร

district, Sakon Nakhon as 59.00 percentages ($R^2 = 0.590$, P -value < 0.035). Almost problems and obstacles were 33.33 percentages came from salary factor.

Keywords: The Motivation, The Good Governance Administration of The Chief at Health center

บทนำ

ในสังคมปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าด้านต่าง ๆ เช่นด้านเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยทำให้ชีวิตความเป็นอยู่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก ความเจริญก้าวหน้าทางสังคมดังกล่าวมีผลทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายส่วนกลายเป็นปัญหาสาธารณะที่ต้องได้รับการดูแลและการปรับปรุงแก้ไขโดย หน่วยงานภาครัฐต้องเข้ามามีส่วนรับผิดชอบเพื่อไม่ให้ปัญหาสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้น การบริหารสาธารณะจึงเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมาโดยตลอดทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติโดยเฉพาะ ที่เน้นการเชื่อมโยงการบริหารสาธารณะที่เหมาะสมกับยุคปัจจุบัน การบริหารสาธารณะแนวใหม่จึงเป็นเรื่องของการที่รัฐไม่ควรบริหารงานในลักษณะองค์กรธุรกิจแต่เป็นการบริหารงานด้วยการยึดหลักประชาธิปไตยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน เนื่องจากปัญหาในการบริหารงานมีความซับซ้อนและทรัพยากรมีจำนวนจำกัดทั้งยังมีสาธารณชนคอยวิพากษ์การทำงานอยู่เสมอ (จิระประภา เพ็ญศรี, 2560) หน่วยงานราชการที่จะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน การจูงใจผู้ปฏิบัติงานจึงมีผลอย่างยิ่งต่อองค์กรซึ่งเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าผลการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับความจูงใจและความสามารถของบุคคล (สมบัติ อาริยาศาล, 2560)

การปฏิบัติงานของข้าราชการที่ต้องปฏิบัติงานในหน่วยงาน ตามหลักการของการทำงานนั้นมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งเชอร์เมอร์ฮอร์นและคณะ (Schermerhorn, et al., 2003) ได้อธิบายว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) ซึ่งได้แก่ ลักษณะประชากร ความสามารถ จิตวิทยา ร่วมกับ ความพยายามในการทำงาน (Work Effort) ซึ่งปัจจัยแรงจูงใจในการทำงาน คือ ความสำเร็จในงาน ตำแหน่งงาน ความรับผิดชอบในงาน และสภาพในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($R = .727$) และมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นลพรรณ บุญฤทธิ์, 2558) เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg F, et al., 1990) ได้กล่าวถึงปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ประกอบด้วย ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน กับปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ประกอบด้วย เงินเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน สภาพภาพของวิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว เมื่อความต้องการด้านการจูงใจได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่มนุษย์จะรู้สึกพึงพอใจพร้อมปฏิบัติงานด้วยความรักในหน้าที่ อุทิศตนเอง อย่างหนักแน่นทั้งเสียสละทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจให้กับองค์กรอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย (ณรงค์ ศรีเกรียงทอง, ประสพชัย พสุนนท์, 2558)

ธรรมาภิบาล เป็นพื้นฐานที่จะช่วยพัฒนาองค์กรทั้งระบบให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพโดยยึดถือหลัก 6 ประการ คือ ความซื่อสัตย์สุจริต ความเปิดเผยโปร่งใส ความรับผิดชอบต่อที่สามารถตรวจสอบได้ ความชอบธรรมและยุติธรรม ความมีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมถึงความมีคุณธรรมจริยธรรม องค์กรนั้นๆสามารถนำหลัก ธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารงาน ประกอบด้วย หลักนิติธรรม คุณธรรมจริยธรรม ความโปร่งใส การมีส่วนร่วมของประชาชน สำนักความรับผิดชอบต่อสังคมและความคุ้มค่า สอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542 มีว่าในการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดีควรจัดหรือส่งเสริมให้สังคมไทยอยู่บนพื้นฐานของหลักสำคัญอย่างน้อย 6 ประการ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบต่อสังคม และหลักความคุ้มค่า (คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2544) ในภาคราชการหลายหน่วยงานเช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้เริ่มแนวทางการปฏิบัติตามหลักธรรมาภิบาลของ

การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี มาใช้แล้ว กล่าวคือได้มีข้อสั่งการมุ่งเน้นปรับระบบธรรมาภิบาลในการบริหารงาน ตั้งแต่ วันที่ 23 ตุลาคม 2563 เป็นต้นมา เพื่อพัฒนาระบบและกลไกต่างๆของทางภาครัฐโดยยึดหลักการ ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการและบริการสะดวกรวดเร็ว มีระบบบริหารจัดการที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและเป็นธรรม (สิริพร วงศ์ตรี, 2560)

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหัวหน้าสถานีอนามัยหรือปัจจุบันคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้บังคับบัญชาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวิชาชีพอื่นๆในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดรูปแบบการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย การมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบแก่บุคลากรอื่นๆ ให้เป็นไปตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับปริมาณงาน จำนวนประชากร และจำนวนหมู่บ้าน ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ และควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากร การพัฒนารูปแบบการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามี 5 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างการบริหารแบบครอบครัว (2) การสร้างการมีส่วนร่วมและโปร่งใส (3) การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเพื่อนร่วมงาน (4) การปลูกฝังการมีจริยธรรมและศีลธรรม และ (5) การสร้างค่านิยมใหม่ที่ถูกต้อง ทั้งยังมีบทบาทอย่างสูงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับชุมชนให้ประชาชนมีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น (ฉัตรสุนัน พงษ์นิญโญ, 2560) ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร มีการพัฒนารูปแบบการบริหารการทำงานภายในเพื่อมุ่งเน้นบุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วม คือ การจัดแบ่งคณะทำงานในสถานีอนามัยและระดับอำเภอ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลงานสาธารณสุข (กวป.) 2) กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและบริการ (กพค.) และ 3) กลุ่มคณะกรรมการวิชาการและสารสนเทศ (กวช.) ภายใต้การติดตาม (ชนิกา ทองอันทัง, 2561) กำกับและประเมินผลจาก หัวหน้าสถานีอนามัยและผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ตามลำดับ ด้วยภาระงานในปัจจุบันที่ต้องดำเนินงานตามนโยบายหลักของกระทรวง เขตสุขภาพที่ 8 และของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนครรับทราบปัญหาด้านความพึงพอใจของประชาชน โดยมีข้อร้องเรียน 10 เรื่อง ด้านความโปร่งใสและข้อขัดแย้งภายใน 3 เรื่อง ซึ่งเป็นปัญหาการปฏิบัติงานที่ไม่เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร, 2564)

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาถึงแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีอนามัย เพราะปัจจัยดังกล่าว น่าจะมีผลต่อระดับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลและส่งผลให้การบริหารงานประสบผลสำเร็จ เพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะและช่วยพัฒนาศักยภาพการบริหารงานให้บรรลุเป้าหมายซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการบริหารงานของสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจและระดับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อแนะนำในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง(Cross - sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ หัวหน้าสถานีนามัยที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสกลนคร จำนวน 29 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ได้คำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2548) เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้เป็นที่น่าเชื่อถือ จึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 29 คน

การสุ่มตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงปริมาณใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 29 ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่ให้ข้อมูลสำคัญได้ (Key informants) ได้แก่ หัวหน้าสถานีนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กลุ่มตัวอย่างใช้แบบสอบถามจำนวน 29 คน และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 14 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 4 ตุลาคม 2564 ถึง 1 พฤศจิกายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล : ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากร พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.17 อายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 62.07 อายุเฉลี่ย 42.07 ปี (S.D. =6.00) อายุต่ำสุด 39 ปี อายุสูงสุด 57 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 86.4 ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.1 รายได้ 40,001-50,000 บาท ร้อยละ 51.72 ประสบการณ์การปฏิบัติงานในบทบาทหัวหน้าสถานีนามัย 11-20 ปี ร้อยละ 48.28 เฉลี่ย 15.86 ปี (S.D.=7.91) ประสบการณ์การปฏิบัติงานในบทบาทหัวหน้าสถานีนามัย ต่ำสุด 4 ปี สูงสุด 32 ปี

2.ระดับแรงจูงใจของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยภาพรวมของแรงจูงใจในการบริหารงานของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D. = 0.38)) สอดคล้องกับผลการศึกษาของพิเชษฐ์ ศรีไชยวาน (2560) เมื่อพิจารณารายด้านของแรงจูงใจพบว่า ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D. = 0.40) ปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านเงินเดือน อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านลักษณะของงาน ค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D. = 0.45) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านเงินเดือน ค่าเฉลี่ย 3.29 (S.D. = 0.69)

3.ระดับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยภาพรวมของการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนครอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D. = 0.44) สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ พึ่งดวง (2560) และอรทัย ทวีระวงษ์ (2560) เมื่อพิจารณาตามรายการหลักการบริหาร พบว่า อยู่ในระดับมากทุกหลักการบริหาร หลักที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ หลักคุณธรรม มีค่าเฉลี่ย 4.33 (S.D. = 0.49) รองลงมาคือ หลักความมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D. = 0.53) ตามลำดับ ส่วนหลักที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หลักนิติธรรม มีค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D. = 0.59)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการ

บริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า เพศ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.178$, $p\text{-value} < 0.047$ และ $r = -0.200$, $p\text{-value} < 0.025$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา รายได้ อายุและประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน ในบทบาทของหัวหน้าสถานีนอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแรงจูงใจกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.689$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนปัจจัยจูงใจรายด้านทุกด้านและปัจจัยค่าจูงรายด้านส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเศษ นิลนาถ (2560) และส่วนปัจจัยค่าจูงด้านเงินเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร รายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ	การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ	-0.178	0.047*	ต่ำ
อายุ	-0.006	0.944	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	-0.200	0.025*	ต่ำ
ระดับการศึกษา	0.018	0.842	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	-0.010	0.915	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน	0.003	0.977	ไม่มีความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	0.689	<0.001**	ปานกลาง
ปัจจัยจูงใจ	0.690	<0.001**	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.506	<0.001**	ปานกลาง
ด้านการยอมรับนับถือ	0.596	<0.001**	ปานกลาง
ด้านลักษณะของงาน	0.556	<0.001**	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ	0.544	<0.001**	ปานกลาง
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.482	<0.001**	ปานกลาง
ปัจจัยค่าจูง	0.627	<0.001**	ปานกลาง
ด้านเงินเดือน	0.049	0.587	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.523	<0.001**	ปานกลาง
ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.411	<0.001**	ปานกลาง
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.564	<0.001**	ปานกลาง

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับการบริหารงานตามหลัก
ธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ	การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.474	<0.001**	ปานกลาง
ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	0.539	<0.001**	ปานกลาง
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.476	<0.001**	ปานกลาง
ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.559	<0.001**	ปานกลาง

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 และ ** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

5.คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ซึ่งวิเคราะห์โดยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) (วิเศษ นิลนาถ, 2556) พบว่า ตัวแปรอิสระที่นำเข้าสมการที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยค่าจูงด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยค่าจูงด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยค่าจูงด้านเงินเดือนและปัจจัยค่าจูงด้านสภาพการปฏิบัติงาน (p-value< 0.004, p-value< 0.001,p-value < 0.008,p-value< 0.003,p-value< 0.001 และ p-value< 0.035 ตามลำดับ)รายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในจังหวัดสกลนคร

ตัวแปร	B	Beta	t	P-value	R	R ²
1. ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ	0.17	0.22	2.969	< 0.004	0.596	0.355
2. ปัจจัยค่าจูงด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.21	0.27	3.432	< 0.001	0.689	0.475
3. ปัจจัยค่าจูงด้านนโยบายและการบริหาร	0.18	0.20	2.690	< 0.008	0.716	0.512
4. ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ	0.21	0.22	3.053	< 0.003	0.736	0.542
5. ปัจจัยค่าจูงด้านเงินเดือน	-0.14	-0.23	-3.375	< 0.001	0.758	0.574
6. ปัจจัยค่าจูงด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.13	0.15	2.130	< 0.035	0.768	0.590
ค่าคงที่ = 1.056, F = 28.253 , P-value < 0.001						

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

หัวหน้าสถานีนามัยที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีแรงจูงใจในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านปัจจัยจูงใจ และด้านปัจจัยค่าจูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านลักษณะของงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดโดยมีแรงจูงใจในระดับมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ด้านเงินเดือน โดยมีแรงจูงใจในระดับปานกลาง ระดับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัย พบว่า ในภาพรวมหัวหน้าสถานีนามัยมีการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลอยู่ในระดับมากทุกด้าน

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านหลักคุณธรรม รองลงมาคือ ด้านหลักความร่วมมือ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านหลักนิติธรรม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพสมรส)แรงจูงใจ (ทุกด้านของปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ยกเว้นปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือน) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร คือ แรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} < 0.004$, $p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} < 0.008$, $p\text{-value} < 0.003$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.035$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภิพร จิตต์เที่ยง (2554) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว สามารถพยากรณ์การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 59.00 ($R^2 = 0.590$, $P\text{-value} < 0.035$)

ข้อเสนอแนะ

1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรกำหนดนโยบายในด้านการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลให้มีความชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.ผู้บังคับบัญชาส่งเสริมและสนับสนุนรูปแบบการพัฒนาระบบบริหารภายในที่หัวหน้าสถานีนามัยมีอิสระกำกับ ติดตามและประเมินผลเพื่อส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัดของงาน ตลอดจนสนับสนุนให้มีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานในตำแหน่งหน้าที่ราชการที่เหมาะสมกับระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

3. ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนด้านเงินค่าตอบแทน/เงินประจำตำแหน่งหรือการเลื่อนระดับสู่ระดับชำนาญการพิเศษแก่หัวหน้าสถานีนามัยที่มีการพัฒนาระบบงานบริหารจัดการภายในดีเด่น สอดคล้องกับการบริหารงานในสถานีนามัย ขนาด S M และ L ตามลำดับ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในด้านการบริหารหน่วยงาน ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณพื้นฐานเพิ่มขึ้นจากเดิม เพื่อให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากส่วนกลางที่เพิ่มขึ้น

4. ผู้บังคับบัญชา ควรเอาใจใส่ในสภาพการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนามัยอย่างสม่ำเสมอ รวมไปถึงการมอบนโยบายการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาลให้มีความชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และส่งเสริมให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการปฏิบัติงานของหน่วยงานตามหลักธรรมาภิบาล

5. ควรมีการส่งเสริมด้านการพัฒนาความรู้ หรืออบรมเพื่อเพิ่มทักษะการบริหารงานสาธารณสุข จากหน่วยงานหรือองค์กรที่เป็นที่ยอมรับอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นางรัชณี เต็มอุดม นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ที่ให้ความกรุณาให้การชี้แนะ และดูแลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณ นายพลนาภา นนสุราษ สาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร ที่ได้อนุญาตให้ทำการศึกษาในพื้นที่และขอขอบคุณหัวหน้าสถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง/ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- กมลพรรณ พึ่งดวง.(2560). การบริหารตามหลักธรรมาภิบาลกับประสิทธิผลของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
ประถมศึกษาสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา.(2560) การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Window (พิมพ์ครั้งที่ 12).กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา.
- คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน,(2544). สำนักงาน.คู่มือการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี ตามระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี. กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- จิระประภา เพ็ญศรี.(2560). ธรรมาภิบาลในการบริหารงานภาครัฐ กรณีศึกษา สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ.(2560) คู่มือบริหารงานสาธารณสุข.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิกา ทองอั้ง.(2561) การพัฒนารูปแบบการบริหารการทำงานภายในของสถานอนามัย.ใน: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง
สกลนคร, เทพพิทักษ์ ดงญาว, บรรณาธิการ.การรายงานประชุมประจำเดือน; 2 พฤศจิกายน 2561; ห้องประชุมอินทนิล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.สสอ.เมืองสกลนคร. หน้า 3-6.
- ณรงค์ ศรีเกรียงทอง, ประสพชัย พสุนนท์.(2558). ปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการสร้างประสิทธิผลในงานขายของพนักงานที่ปรึกษางาน
ขาย (PC) และพนักงานที่ปรึกษาความงาม (BA) ของบริษัทโมเดิร์นคาสเตอร์เนชั่นเนลคอสเมติกส์ จำกัด [วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นลพรรณ บุญฤทธิ์.(2558). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท].ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิเชษฐ์ ศรีไชยวาน.(2560). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัด
ร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].ชัยภูมิ:มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.
- วิเศษ นิลนาถ.(2556). แรงจูงใจที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสโมสรเทนนิสจังหวัดพิจิตร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก.
- ศุภพร จิตต์เที่ยง. (2554). ความพึงพอใจในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์การของพนักงานบริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน)
สำนักงานใหญ่[วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก.
- สมบัติ อาริยาสาธ.(2560). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].มหาสารคาม: มหา
ลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร (2564). ห้องร้องเรียน ร้องทุกข์.สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2564,จาก
http://www.cupsakol.org/muangsakol/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=82
- สิริพร วงศ์ตรี.(2560) การพัฒนารูปแบบการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน
จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรทัย ทวีระวงษ์.(2560) การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอมโนพูน จังหวัดกาญจนบุรี
[วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].กาญจนบุรี:มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี.
- อรุณ จิรวัดน์กุล.(2548). ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น: สำนักพิมพ์ลักษณ์.

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The Model of Health Behavioral Promotion for Delaying Renal Degeneration in Chronic Kidney Disease stage 3 Patients Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province

(Received: December 17,2021 ; Accepted: December 30,2021)

สิทธิพงษ์ พรหมแสง¹

Sittipong promsaeng

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม จำนวน 177 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไต เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการชะลอการเสื่อมของไต แบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย ศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ dependent Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย 1) การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับอำเภอ 3) การจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาแก่ทีมผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง โดยทีมคลินิกโรคเรื้อรังระดับอำเภอ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อชะลอไตเสื่อม ช่วยทำผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 เข้าถึงระบบบริการและสามารถเรียนรู้ในการดูแลตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดย หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}=18.67$, S.D.=0.52, $\bar{x}=13.36$, S.D.=3.33, $\bar{x}=107.48$, S.D.=4.49, $\bar{x}=97.16$, S.D.=9.82 ตามลำดับ)

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ eGFRs จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3, การส่งเสริมสุขภาพ, การชะลอการเสื่อมของไต

Abstract

This research is an action research to study the health promotion model for slowing kidney degeneration in patients with chronic kidney disease stage 3, Phonsawan Hospital. Nakhon Phanom Province The sample group was Patients with chronic kidney disease stage 3 who come to the chronic disease clinic Phon Sawan Hospital Nakhon Phanom Province consisted of 177 people. The research instrument was a general questionnaire. Chronic Kidney Disease Knowledge Quiz Behavioral questionnaire on slowing renal deterioration The experimental instrument was a guide to slowing the progression of the kidneys. physical examination results record form The study was conducted during October to December 2021. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage,

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

mean, and comparative knowledge of chronic kidney disease. behavior to slow down the deterioration of the kidneys and laboratory results using inferential statistical analysis of the dependent Sample t-test.

The results showed that The health promotion model for slowing the deterioration of the kidneys in patients with chronic kidney disease stage 3 consists of 1) health screening in patients with chronic kidney disease stage 3 2) development of personnel potential by establishing a project to develop personnel capacity in caring for chronic kidney disease patients at the district level; 3) organizing a mobile unit to provide advice, help and solve problems for the team responsible for the chronic disease clinic. by the chronic disease clinical team at district level 4) Behavior modification of patients with chronic kidney disease stage 3 to slow the progression of kidney disease helps patients with chronic kidney disease stage 3 to access the service system and be able to learn to take care of themselves.

Knowledge of chronic kidney disease and behavior of slowing renal deterioration among patients with chronic kidney disease stage 3 were found. The mean scores on chronic kidney disease knowledge and behavioral slowing renal impairment in patients with chronic kidney disease stage 3 were different before the trial and after the trial. with statistical significance at the 0.05 level (=18.67, S.D.=0.52, =13.36, S.D.=3.33, = 107.48, S.D.=4.49, = 97.16, S.D.=9.82, respectively).

Mean Body Mass Index blood sugar levels, blood pressure, blood lipid levels, and eGFRs from the results of the study, it was found that Before the experiment and after the experiment were different. After the experiment is better than before. with statistical significance at the 0.05 level

Keywords: Patients with chronic kidney disease stage 3, health promotion, slowing down renal deterioration

บทนำ

ปัญหาโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย พบอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี แตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ(อำนาจชัยประเสริฐ, 2551) ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Richard, 2006) โดยประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาปีละ 3,000,000 บาท (ลักขณา ขอบเสียง, 2558) รายงานคาดการณ์สถานการณ์ในปี 2565 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตทุกสิทธิถึง 310,806 คน นอกจากนี้ผู้ป่วยมีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการใช้ชีวิต ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากถึง 2,000 รายต่อปี (นุสรวิโรจน์, 2560) สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคไตเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของหน่วยไต, ท่อไตและหลอดเลือด เกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งจากโรคของไตหรือระบบทางเดินปัสสาวะหรือสาเหตุจากโรคอื่นๆ และจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไต

เรื้อรัง ได้แก่ การใช้ยาหรือสารที่ส่งผลต่อไต การดื่มน้ำน้อย การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกินเป็นต้น (วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2550) การเสื่อมของไตจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ถ้ามีปัจจัยส่งเสริมก็จะทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ได้เร็วขึ้นกว่าปกติ (อัมพร ขอฐานานุศักดิ์, 2551) เมื่อหน่วยไตถูกทำลายมากขึ้นจนไตสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หน้าที่การงาน ครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตซึ่งเป็นการรักษาระยะยาวตลอดชีวิต (Curtin and other, 2005) การป้องกันการเสื่อมของไตและการชะลอการเสื่อมของไตจนเกิดโรคไตเรื้อรังจึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด(อัมพร ขอฐานานุศักดิ์, 2551)

โรงพยาบาลโพธารณบุรี จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง พบสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาใช้บริการในปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 602, 562 และ 496 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 271, 226 และ 221 ราย นอกจากนั้นพบระยะที่ 4-5 ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบบำบัดทดแทน

ไต จำนวน 331, 336 และ 275 ราย โดยพบว่ามีผู้ป่วยระยะที่ 4-5 เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 308, 309 และ 252 ราย, การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 18, 21 และ 19 ราย, การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด จำนวน 5, 6 และ 4 ราย ส่วนการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 0, 0 และ 0 ราย โรงพยาบาลโพสสวรรค์ได้จัดตั้งคลินิกและรูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามบริบทของพื้นที่ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง จะรับเข้าคลินิกโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะได้รับการตรวจระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจระดับน้ำตาล ผู้ป่วยจะได้รับการให้สุศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง รอรับการตรวจโดยแพทย์ประจำคลินิก และการนัดเพื่อมารับการตรวจในครั้งต่อไป ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินการของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4-5 จนต้องได้รับการส่งตัวเพื่อเข้าไประักษาโดยการบำบัดทดแทนไตที่โรงพยาบาลนครพนม การตรวจประเมินการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว และชะลอการเสื่อมของไตที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยชะลอและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ยังพบว่ายังมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสื่อมของไต เช่น ผู้ป่วยดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง รวมถึงยังขาดความตระหนักถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง⁴ ไม่ควบคุมปริมาณอาหาร (มยุรา อินทรบุตร และเบญจา มุกตพันธุ์, 2550) ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และมีวิธีการรักษาเยียวยาแบบอื่นร่วมด้วย เช่น รับประทานยาสมุนไพรและยาพื้นบ้าน (เกจรีย์ พันธุ์เขียน, 2549) รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปรับลดยาเอง (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษานำร่องโดยใช้

คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้น้ำตาลปรับลดยาเอง ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย ตื่นสุรระหว่างทำงานและหลังทำงานเพราะช่วยลดอาการปวดตามร่างกาย ทานยาแก้ปวดทั้งที่ไม่ปวดเนื่องจากเกรงว่าหลังทำงานจะเกิดอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ กลั้นปัสสาวะบ่อยครั้ง ตื่นน้ำน้อย รับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ สะท้อนให้เห็นถึงการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการเสื่อมของไตเข้าสู่ระยะที่ 3-4 จนได้รับการบำบัดทดแทนไตตามมา

การลดผลกระทบดังกล่าว โดยเริ่มจากการดำเนินการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตจนเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ดีที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยและคณะทีมกลุ่มงานโรคไตติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลโพสสวรรค์ จังหวัดนครพนมในฐานะที่เป็นผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานในการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นบุคลากรสาธารณสุข และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบาย จึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพสสวรรค์ จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ยึดมั่นในการรักษา ควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และตัดสินใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพสสวรรค์ จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบ 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์กำหนดรูปแบบและผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโพสวรรณ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอโพสวรรณ จังหวัดนครพนม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 177 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไต และแบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย และเครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง การดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการเตรียม เตรียมผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษา โดยการประเมินภาวะสุขภาพ สอบถามข้อมูลตามชุดแบบสอบถาม

ขั้นตอนดำเนินการ ดำเนินการวิจัยตามรูปแบบที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการประเมินผล ประเมินผล สรุปผล เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการศึกษาวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่จะศึกษา และสร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือได้เท่ากับ 1 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือเพื่อหาความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.8 และแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้สูตร Cronbach Alpha's Coefficient ได้เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ และขั้นตอนที่ 5 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทําวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ผ่านขอพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 013/64 จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพธิ์สรวรค์ จังหวัดนครพนม พบว่ากระบวนการพัฒนาโดยมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ 4 ขั้นตอน คือ

1.1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) การประชุมระดมสมองของทีมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์บริบทปัญหาสุขภาพ สาเหตุปัจจัยการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 ด้าน 1) ด้านระบบบริการ ปัญหาที่พบคือขาดกระบวนการในการทำงานที่เหมาะสม ไม่มีผั่งกำกับงาน หรือการกำกับงานที่ชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติในการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แนวทางปฏิบัติเดิมไม่มีความชัดเจน ไม่มีความครอบคลุม 2) กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปัญหาที่พบคือ มีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน กระบวนการให้สุขศึกษา และการทำกลุ่มในผู้ป่วยเพื่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไม่ชัดเจน มีความหลากหลาย 3) ด้านทีมสุขภาพ ปัญหาที่พบคือ การกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน บุคลากรทีมสุขภาพขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน ขาดการประสานงานที่ดี อัตรากำลังเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหมู่บ้านไม่เพียงพอ 4) ด้านประชาชนกลุ่มเสี่ยง ปัญหาที่พบคือ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน พฤติกรรมไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักรู้ และไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่มีผู้ดูแล และ 5) ดูแลและญาติ ปัญหาที่พบคือ ขาด

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ไม่สนใจ ไม่ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ขาดความตระหนักรู้

1.2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Do) ผู้ศึกษาวิจัยจึงได้ร่วมกับทีมในการกำหนดรูปแบบการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จังหวัดนครพนม เพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย 1) การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้แก่ BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมัน และ eGFRs 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับอำเภอ 5 ฐานดังนี้ ฐาน 1 ความรู้เรื่องโรคไต โดยแพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรัง ฐาน 2 ไข้ยาอย่างไร ไม่ให้ไตวาย โดยเภสัชกรประจำคลินิกโรคไต ฐาน 3 อาหารป้องกันไตวาย โดยนักโภชนาการ ฐาน 4 ออกกำลังกายอย่างไร ไม่ให้ไตวาย โดยนักกายภาพบำบัด ฐาน 5 ต้องทำอะไร เมื่อเป็นไตวาย โดยพยาบาลผู้จัดการโรคเรื้อรัง (Manager CKD) 3) การจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาแก่ทีมผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง โดยทีมคลินิกโรคเรื้อรังระดับอำเภอ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 6 ครั้งดังนี้ ครั้งที่ 1 : “ตะเตือนไต” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ครั้งที่ 2 : “ไขมันตัวร้ายไต” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอการเสื่อมของไต ครั้งที่ 3 : “คุมดัน กันภัยไต” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอการเสื่อมของไต ครั้งที่ 4 : “ลดหวาน ชะลอไตเสื่อม” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอการเสื่อมของไต ครั้งที่ 5 : “รักษไต” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอการเสื่อมของไต ครั้งที่ 6 : “แลกยา แลใจ ไตไม่เสื่อม” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการชะลอการเสื่อมของไตแก่ญาติผู้ป่วย

1.3. ขั้นตรวจสอบ (Check) การกำกับติดตามการดำเนินงานในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 12 แห่ง เพื่อประเมินผลการดำเนินงานและปัญหา อุปสรรคในการทำงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข พบว่าการสร้างกระบวนการเรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติงานจริงและการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติงานจริงสามารถทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ และทักษะมั่นใจในการให้บริการตรวจและรักษาผู้ป่วยทำให้บุคลากรได้เรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

1.4 ขั้นตอนการปรับปรุงและประเมินผล (ACT) การตรวจสอบผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม การวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปปรับแผนพัฒนารูปแบบ ๆ ข้อค้นพบการสร้างกระบวนการเรียนรู้โดยการปฏิบัติจริงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาและฝึกปฏิบัติแบ่งออกเป็นฐานการเรียนรู้ทำให้ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร่วมเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติจริง ประสานความร่วมมือกับทีมสห

วิชาชีพในการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย สนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวปฏิบัติส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต ควบคุมอาหาร ควบคุมความดันโลหิต และควบคุมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งแนวทางปฏิบัติเหล่านี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร่วมเรียนรู้และจัดการตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นทีมสหวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. ผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (N=30)			หลังทดลอง (N=30)			t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	13.36	3.33	ปานกลาง	18.67	0.52	สูง	-22.56	176	.000
พฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเพื่อชะลอการเสื่อมของไต	13.58	.82	ปานกลาง	43.18	2.36	ดี	152.53	176	0.000
พฤติกรรมทั่วไปในการควบคุมปัจจัยส่งเสริมชะลอการเสื่อมของไต	55.97	6.89	ดี	61.17	2.33	ดี	-16.55	176	0.000
พฤติกรรมชะลอการเสื่อมของไตโดยภาพรวม	97.16	9.82	ดี	107.48	4.49	ดี	-38.12	176	0.000

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 13.36$, S.D.=3.33) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 18.67$, S.D.=0.52) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมแตกต่างกัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังภาพรวมหลังการทดลองมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังภาพรวมก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงตารางที่ 1

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 97.16$, S.D.=9.82) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 107.48$, S.D.=4.49) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตโดยภาพรวมแตกต่างกัน โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตภาพรวมหลังการ

ทดลองมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตภาพรวมก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และ eGFRs ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ eGFRs ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดและ eGFRs ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (N=177)		หลังทดลอง (N=177)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
BMI	23.98	1.76	20.23	1.13	36.93	176	0.000
HbA1C	7.71	0.57	6.01	0.59	30.68	176	0.000
BP	153.57/104.41	13.18/3.35	123.90/71.33	56.21/4.76	3.21/17.72	176	0.001
LDL	183.41	21.62	94.06	19.25	86.84	176	0.000
eGFRs	72.18	7.88	91.68	5.83	-43.47	176	0.000

* $p < 0.05$

การอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x} = 18.67$, S.D.=0.52, $\bar{x} = 13.36$, S.D.=3.33) ดังการศึกษาของ อัมพร จันทชาติ และคณะ (2560) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการเข้ารับแบบการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของศิริลักษณ์ ถูทองและคณะ (2558) พบว่าหลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลอง

มีคะแนนความรู้ในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

พฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x} = 107.48$, S.D.=4.49, $\bar{x} = 97.16$, S.D.=9.82) ดังการศึกษาของอัมพร จันทชาติ และคณะ (2560) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการเข้ารับแบบการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยรวม และรายด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ถูทองและคณะ (2558)

พบว่าหลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และ eGFRs ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพสสวรรค์ จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ eGFRs ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังการศึกษาของอัมพร จันทชาติ และคณะ (2560) พบว่าตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง, ระดับ HbA1c, ระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพสสวรรค์ จังหวัดนครพนม เน้นจัดรูปแบบระบบบริการในการคัดกรองที่มีความครอบคลุม บุคลากรมีความพร้อมด้านทักษะ องค์ความรู้เฉพาะทางในการดูแล

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ยึดมั่นในการรักษา ควบคุมพฤติกรรมของตนเองและตัดสินใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอให้คำแนะนำแก่ผู้รับผิดชอบทีมคลินิก จะเพื่อช่วยประคับประคองได้ให้ทำหน้าที่ได้ดี ทำให้ชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรขยายผลการศึกษาโดยกำหนดกลุ่มให้เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ทีมเจ้าหน้าที่ ภาศึเครือข่ายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- อำนาจ ชัยประเสริฐ. (2551). การศึกษาความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 14(2), 16-19.
- Richard, C.L. (2006). Self-care management in adult undergoing hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33(4), 387-392.
- ลักขณา ขอบเสียง (2558). การจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 16(3). 2-12.
- นุสรา วิโรจนกัญ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*. 31(1), 41-48.
- วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2550). โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy). ใน สมชาย เอี่ยมกลาง, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). *โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- อัมพร ขอฐานานุกิตต์. (2551). บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *Journal Nursing Science*, 26(2-3), 33-42.

- Curtin, R. B., Mapes, D., Schatell, D., & Hudson, S. B. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease : Exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), 389–394.
- มยุรา อินทรบุตร, & เบญจา มุกตพันธุ์. (2550). การรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 22(3), 283-290.
- เกจूरีย์ พันธุ์เขียน. (2549). พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสทศพรชัย จังหวัดเชียงใหม่. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). การศึกษาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนระหว่างกองทุนภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน กรณีศึกษา ตำบลบุงคำ อำเภอลำดัก จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 10(1), 37-49.
- อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และ เพ็ญศรี จาประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย เบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 280-291.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อ ชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 67-84.

**การพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนเข้าสู่มาตรฐานการผลิตอาหารที่ดี
กรณีศึกษา: วิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอบำบัด
Development guidelines for the operation of community enterprises into the GMP: A
Case Study of Ban Kong Nang Farmer Housewives Amphoe Tha Bo Community
enterprises.**

(Received: November 4, 2021 ; Accepted: December 7, 2021)

วิภาพร องค์กรสรณ์, เณลิมาธิ์ ประเสริฐสังข์¹
Wipaporn Oungkanussorn, Chalermrat Prasertsang

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินธุรกิจวิสาหกิจชุมชน 2) เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมของกระบวนการผลิตในวิสาหกิจชุมชนให้เป็นไปตามมาตรฐานการผลิตอาหารที่ดี และ 3) กำหนดแนวทางในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนเข้าสู่มาตรฐานการผลิต กับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอบำบัด ตำบลกองนาง อำเภอบำบัด จังหวัดหนองคาย เป็นกรณีศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยแบบผสม โดยนำหลักแนวคิดการบริหารจัดการองค์กร อ้างอิงตามหลักการ McKinsey 7-S Framework และหลักเกณฑ์มาตรฐานการผลิตอาหารที่ดีมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งอาศัยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประเมินผลในกระบวนการผลิตตามมาตรฐาน GMP ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ.2563 จากการมีส่วนร่วมของประธาน สมาชิกและ/หรือตัวแทนวิสาหกิจเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักผลการวิจัยพบว่า ระบบการจัดการองค์กร(System) โดยเฉพาะด้านการบริหารการเงิน เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานมากที่สุด รองลงมาคือกลยุทธ์ขององค์กร(Strategic) การจัดการบุคคลในองค์กร (Staff, Style, Skill) โครงสร้างการบริหารองค์กร (Structure) ค่านิยมร่วม (Shared Value) และการสนับสนุนส่งเสริมของภาครัฐบาล (Government Support) ตามลำดับ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานธุรกิจ สำหรับผลการประเมินสภาพแวดล้อมในกระบวนการผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP จากการประเมินหลังการปรับปรุงด้วยกิจกรรม 5ส. พบว่า ในส่วนของระดับคะแนนแต่ละหมวดและคะแนนรวมสูงกว่าร้อยละ 60 (หมวดที่ 1 ร้อยละ 86.11, หมวดที่ 2 ร้อยละ 79.17, หมวดที่ 3 ร้อยละ 68.94, หมวดที่ 4 ร้อยละ 83.33, หมวดที่ 5 ร้อยละ 93.75 และคะแนนรวมทุกหมวดร้อยละ 79.31) แต่ยังคงพบข้อบกพร่องที่รุนแรง(Major Defect) ทำให้ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP เนื่องจากหลักการ 5ส. ไม่ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐานบางหัวข้อ และเมื่อพิจารณาในหัวข้อที่ไม่ผ่านการประเมินข้อบกพร่องที่รุนแรง พบว่าสาเหตุเกิดจากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนไม่มีงบประมาณในการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐาน GMP

คำสำคัญ: วิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอบำบัด, มาตรฐานการผลิตอาหารที่ดี, ประกาศกระทรวงสาธารณสุข(ฉบับที่ 420) พ.ศ.2563

Abstract

The objectives of this research are 1) to find problems and obstacles affecting community enterprise business operations, 2) to assess the environment of the production process in community enterprises to ensure compliance with good food production standards, and 3) to formulate guidelines for The operation of community enterprises has reached production standards. with the Community Enterprise Group, Ban Kong Nang Farmer Housewives Amphoe Tha Bo Community enterprises, Tumbon Kong Nang, Amphoe Tha Bo, Nong Khai Province. It is a case study with qualitative research and quantitative research. Applying the concept of organizational management Based on the McKinsey 7-S Framework and the Criteria for Good Food Production as a research conceptual framework. which relies on observation techniques and evaluation in the production process according to GMP standards in the announcement of the Ministry of

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย *E-mail: tlek9@hotmail.com, เบอร์โทรศัพท์ 095 656 4848

Public Health (No. 420) B.E.2563 from the Members and/or enterprise representatives provided key information. The results of this research are as follows: Organizational management system (System), especially in terms of financial management. It is the most problem and obstacle to the operation. followed by organizational strategy management of people in the organization (Staff, Style, Skill), organizational structure (Structure), shared values (Shared Value) and promotion of the government sector (Government Support), respectively. This is a key factor for success in business operations. For the results of environmental assessment in the production process according to GMP guidelines, From the assessment after improvement with 5S activities, it was found that the score in each category and the total score was higher than 60 percent (section 1 86.11 percent, section 2 79.17%, section 3 68.94 percent, Category 4 83.33 percent, Category 5 93.75 percent and the total score of all categories 79.31 percent). But still found a Major Defect, making it not meet the GMP standard, Because the 5S principle does not cover some standard criteria. And when considering the topic that has not been assessed (Major Defect), it was found that the cause was caused by the community enterprise group that did not have the budget to implement GMP standards.

Key Words : KONG-NANG Thabo District Enterprise, Good Manufacturing Practice, Ministry of Public Health Notification(No.420) B.E. 2563

บทนำ

วิสาหกิจชุมชน เป็นกลุ่มกิจกรรมที่ชุมชนคิด ได้จากการเรียนรู้ จากการสำรวจวิจัยสภาพชีวิต ของตนเองรวมทั้งศักยภาพและทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นทุนของตนเองที่ยังไม่ได้มีการพัฒนา ยังไม่มี กระบวนการเพิ่มมูลค่าให้สิ่งเหล่านั้น กิจกรรม เหล่านี้ก็ไม่ได้มีอะไรซับซ้อนล้วนแต่เป็นการทำกิน ทำใช้ แทนการซื้อขายในตลาดเป็นการจัดการระบบ การผลิตและการบริโภคใหม่นั้นเองเช่น การที่ ชุมชนผลิตสิ่งของเครื่องใช้ อาหารและเครื่องนุ่งห่ม ได้เอง โดยไม่ยุ่งยากอะไร เท่ากับเป็นการลด รายจ่าย การลดรายจ่ายเท่ากับเพิ่มรายได้ ทำอย่าง นี้จะไม่ทำให้ระบบเศรษฐกิจใหญ่เสียหายหรือ ตรงกันข้ามคือ ทำให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น เพราะเท่ากับ เป็นการจัดระบบเศรษฐกิจใหม่ปรับฐานเศรษฐกิจ ใหม่ ฐานที่เป็นฐานจริงในชุมชน ถ้าชุมชนเข้มแข็ง อยู่รอดพึ่งตนเองได้เศรษฐกิจของประเทศก็เข้มแข็ง และอยู่ได้ ที่ผ่านมาระบบเศรษฐกิจโตแต่ข้างบน แต่ข้างล่าง (รากหญ้า) อ่อนแอ ทำให้การพัฒนามี ปัญหา ระบบเศรษฐกิจแบบไม่ยั่งยืน และเมื่อเกิด การทำงานรวมกลุ่มกันที่เข้มแข็งมากพอ จึงควรมี การพัฒนาระดับจากองค์การที่เน้นการอยู่ร่วมกัน ของสมาชิกกลุ่ม ขึ้นมาเป็นองค์กรที่มีรูปแบบทาง ธุรกิจมากขึ้น(ณัฐพันธ์ ปัญญาโรจน์,2562)

วิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้าน กองนางอำเภอท่าบ่อ ตำบลกองนาง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เกิดขึ้นจากการรวมกลุ่ม จัดตั้งปี 2540 ด้วยจำนวนสมาชิก 33 คน ได้รับการจด ทะเบียนวิสาหกิจชุมชนตามพระราชบัญญัติ ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ.2548 ตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2548 มีทุนเริ่มต้นประมาณ 100,000 บาท ไม่รวมอาคารสถานที่ และทรัพย์สิน มี กิจกรรมหลักคือ การแปรรูปผลิตภัณฑ์ทางการ ประมง โดยมีสินค้าหลัก คือ ปลาแดดเดียว แหนม ปลาและไส้กรอกปลา ซึ่งตัวปลาที่เอามาทำได้จาก ปลาที่เพาะเลี้ยงที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยเลี้ยงเป็นปลากระชังในแม่น้ำโขง สามารถเลี้ยง ได้ตลอดทั้งปี เป็นการนำผลผลิตทางการเกษตรใน ท้องถิ่นมาแปรรูปเพิ่มมูลค่าของสินค้า ที่ผ่านมา ทางกลุ่มได้มีการพัฒนาการตลาดและสินค้าในทาง ที่ดี .ในปี พ.ศ.2561 ทางกลุ่มมียอดจำหน่ายอยู่ที่ 300,000 บาท ในปี พ.ศ.2562 มียอดจำหน่าย 320,000 บาท และในปี พ.ศ.2563 มียอดจำหน่าย 350,000 บาท โดยได้คัดสรรสุดยอดผลิตภัณฑ์ OTOP ระดับ 4 ดาว และมีความตั้งใจที่จะพัฒนา ให้เป็นสุดยอดผลิตภัณฑ์ OTOP ระดับ 5 ดาว ทำให้เล็งเห็นถึงโอกาสการพัฒนาในเชิงนวัตกรรม สินค้า และการตลาด 4.0 ในการพัฒนา

กระบวนการบริหารจัดการ เป็นตัวประสานและช่วยในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตและการบริหารจัดการในท้องถิ่น รวมถึงเป็นการยกระดับของสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ของชุมชน (OTOP) ได้ในระดับหนึ่ง (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน, 2560)

ในปี พ.ศ.2563 กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ.2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาอาหาร ซึ่งเป็น GMP ฉบับใหม่ ได้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 193) พ.ศ.2543 ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐาน GMP ทั่วไปฉบับเดิม และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 342) พ.ศ.2555 ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐาน Primary GMP โดยจะมีผลบังคับใช้ในสถานที่ผลิตอาหารรายเก่าในวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2564 ทำให้สถานที่อาหารที่เคยตรวจประเมินโดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน Primary GMP ต้องตรวจประเมินโดยใช้ GMP ฉบับใหม่ทุกแห่ง ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารของกลุ่มวิสาหกิจเพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาสถานที่ผลิตของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP โดยเกณฑ์มาตรฐาน GMP แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อกำหนดพื้นฐาน เป็นหลักเกณฑ์ที่นำไปใช้ปฏิบัติสำหรับอาหารทุกประเภท อีกส่วนหนึ่ง คือ ข้อกำหนดเฉพาะ ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่เพิ่มเติมจากข้อกำหนดพื้นฐาน เพื่อมุ่งเน้นในเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยของแต่ละผลิตภัณฑ์อาหารเฉพาะมากยิ่งขึ้น

ด้วยเป้าหมายที่ต้องการพัฒนาตัวเองในการดำเนินงานต่างๆ ของตนเอง ทำให้ทางวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอท่าบ่อ ได้กำหนดทิศทางการดำเนินงาน 3 ข้อ ได้แก่ 1. ให้มีการพัฒนาระบบบริหารการตลาด 4.0 โดยอาศัยเทคโนโลยีและทีมงานที่มีคุณภาพ 2. พัฒนา

ระบบมาตรฐานการผลิต ยกย่องมาตรฐานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายเข้าสู่มาตรฐาน GMP ฉบับใหม่ เทคโนโลยีในการผลิต และวิจัยสินค้านวัตกรรม และ 3. จัดการระบบวัตถุดิบให้มีปริมาณและคุณภาพที่เชื่อถือได้ จากประเด็นดังกล่าวจึงนำมาสู่การวิจัยโดยใช้ชื่อกิจกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาวิสาหกิจชุมชนไปสู่การดำเนินงานเชิงธุรกิจกรณีศึกษา: วิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอท่าบ่อ เริ่มจากการศึกษาความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการวิสาหกิจชุมชน เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างและพัฒนาผลการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนให้เกิดการพัฒนาเป็นธุรกิจชุมชนที่ยั่งยืนที่มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงเพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และสอดคล้องกับทิศทางเรื่องการค้าชายแดนของจังหวัดหนองคายที่ส่งผลในทิศทางเชิงบวกต่อการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน(เทพรักษ์ สุริผาย, 2561)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอท่าบ่อ ตำบลกองนาง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมของกระบวนการผลิตในวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอท่าบ่อ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการผลิตอาหารที่ดี (GMP)
3. เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนให้เข้าสู่มาตรฐานสากล

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) กับการวิจัยเชิงปริมาณ

(Quantitative Research) การวิจัยเชิงคุณภาพ อาศัยเทคนิคเชิงการสังเกตการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยอ้างอิงจาก McKinsey 7-S Framework (กรรณิการ์ สิทธิชัย, 2561) การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการประเมินผลทั้งก่อนและหลังการปรับปรุงใน กระบวนการผลิตตามมาตรฐาน GMP จากการมีส่วนร่วมของประธาน สมาชิกและ/หรือตัวแทน วิสาหกิจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชนิด คือ

1. แบบสัมภาษณ์อ้างอิงจาก McKinsey 7-S Framework เพื่อเป็นแบบสอบถามชี้แนะในการ สัมภาษณ์ (Guided interview) เพื่อวิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ตามแนวคิด การบริหารจัดการองค์กร ซึ่งผ่านการตรวจคุณภาพ เครื่องมือและปรับปรุงตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ

2. บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิต อาหาร โดยมีข้อกำหนดพื้นฐาน ทั้งสิ้น 5 หมวด คือ หมวดที่ 1. สถานที่ตั้งและอาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา หมวดที่ 2. เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา หมวดที่ 3. การควบคุม กระบวนการผลิต หมวดที่ 4. การสุขาภิบาลหมวด ที่ 5. สุขลักษณะส่วนบุคคล (สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข , 2564) ส่วนข้อกำหนดเฉพาะไม่ได้ทำการตรวจ ประเมิน เนื่องจากประเภทของอาหารที่ผลิตไม่เข้า ข่ายต้องตรวจประเมินตามกฎหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิง ปริมาณ โดยใช้การวิจัยเอกสาร วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงการประเมินผลทั้งก่อนและหลังการปรับปรุง กระบวนการผลิต แล้วนำมาเขียนบรรยายเชิง พรรณนา

ผลการวิจัย

1. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของ วิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนาง อำเภอบำบอง โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอยู่ 6 ประเด็น อ้างอิงตามหลักการ McKinsey 7-S Framework ได้แก่ กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) โครงสร้างการบริหารองค์กร (Structure) ระบบ การจัดการองค์กร (System) การจัดการบุคคลใน องค์กร (Staff, Style, Skill) ค่านิยมร่วม (Shared Value) และเพิ่มเติมในส่วนของหัวข้อการสนับสนุน ส่งเสริมของภาครัฐบาล (Government Support) มี รายละเอียดดังนี้ (ดังตารางที่ 1)

ในอีกแง่มุมมองในการเพิ่มศักยภาพในการ บริหารจัดการของวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้าน เกษตรกรบ้านกองนางอำเภอบำบอง คือ มีการจัด โครงสร้างการบริหารกลุ่มที่เป็นทางการที่ชัดเจน มีการ แต่งตั้งคณะกรรมการ การกำหนดบทบาท หน้าที่การทำงานสามารถทดแทนกันได้อย่าง สมบูรณ์ การกำหนดกฎระเบียบหรือข้อตกลง ร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม จัดหา เงินกองทุนโดยการระดมเงินจากสมาชิกและเงินทุน สนับสนุนจากภาครัฐ มีการจัดทำระบบบัญชีแบบ ง่าย มีการประชุมหารืออย่างสม่ำเสมอและมีส่ว นร่วม มีการจัดสรรผลประโยชน์ให้แก่สมาชิกอย่าง ยุติธรรม ยินดีและมีความเต็มใจในการพัฒนาองค์ ความรู้ กระตือรือร้นในการหาช่องทางจำหน่าย ผลิตภัณฑ์และแปรรูปผลิตภัณฑ์หรือปรับปรุงบรรจุ ภัณฑ์ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของ กลุ่มเป้าหมายตลาด เน้นวัตถุดิบในท้องถิ่นในการ แปรรูปเพื่อเป็นการกระจายรายได้ให้กับชุมชน ใกล้เคียง มีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองด้วย การศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน เพื่อ ปรับปรุงและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อได้รับ การรับรองตามมาตรฐานสากลต่างๆ เป็นต้น

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชน

หัวข้อ	ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกอนางอำเภอท่าบ่อ
กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy)	● องค์กรพึ่งพาทรัพยากรจากทางภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ หากอาคารหรือเครื่องจักรขนาดใหญ่ชำรุด แล้วไม่มีการสนับสนุนทรัพยากรจากทางภาครัฐ จะทำให้กระบวนการผลิตหยุดชะงักได้
โครงสร้างการบริหารองค์กร (Structure)	● โครงสร้างองค์กรเป็นแบบครอบครัว ญาติพี่น้อง ไม่มีผู้เชี่ยวชาญหรือชำนาญการด้านธุรกิจมาเป็นที่ปรึกษา ● โครงสร้างองค์กรขึ้นตรงกับประธานกลุ่มเพียงคนเดียว ไม่สามารถหาคนมาทดแทนได้ ● สมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการใช้เทคโนโลยี
ระบบการจัดการองค์กร (System) ● ด้านการจัดการองค์กรทั่วไป ● ด้านการจัดการผลิต ● ด้านการตลาด ● ด้านการบริหารการเงิน	● ระบบการบริหารงานเป็นแบบครอบครัว ใช้เงินทุนของสมาชิกในการหมุนเวียน จึงมีการหมุนเวียนไม่เพียงพอต่อการบริหารงาน ● ระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิก เช่น สมาชิกไม่มีโทรศัพท์มือถือ หรือบางพื้นที่ไม่มีสัญญาณ ทำให้ไม่สามารถติดต่อสมาชิกได้ ● การประชุมหารือกัน บางครั้งไม่ได้ทำการบันทึกรายงานการประชุมที่เป็นลายลักษณ์อักษร ● ระบบการจัดการสินค้าคงคลัง (Stock) ทำให้บางช่วงวัตถุดิบไม่เพียงพอต่อการผลิต ● กำลังการผลิตเป็นไปอย่างจำกัด เนื่องจากใช้พนักงานเฉพาะสมาชิกในกลุ่ม และไม่ได้ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย ● มีแหล่งจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ค่อนข้างน้อย แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในการแสดงผลผลิตในที่ต่างๆ ● ไม่มีการทำตลาด Online อย่างต่อเนื่อง อาศัยลูกค้าประจำ ● ขาดการทำระบบบัญชีที่ถูกต้อง ● ขาดเงินทุนเพื่อพัฒนากิจการ ต้องอาศัยแหล่งเงินทุนจากภาครัฐ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินธุรกิจของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกอนางอำเภอท่าบ่อ
การจัดการบุคคลในองค์กร (Staff, Style, Skill) ● จำนวนบุคลากร ● ลักษณะบุคลากร ● ทักษะของบุคลากร	● บุคลากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร่วมด้วย หากถึงฤดูทำการเกษตร เช่น กรีดยาง ทำนา ฯลฯ จะทำให้ขาดบุคลากรในการผลิต ● ขาดทักษะในการบริหารจัดการกระบวนการผลิต ● ขาดทักษะในการบันทึกการขายรายได้
ค่านิยมร่วม (Shared Value)	● สมาชิกบางคนมีค่านิยมต่างกัน เกิดจากการแบ่งปันผลประโยชน์เป็นไปตามการถือหุ้น บางครั้งมีปัญหาเรื่องการลงทุนมากน้อยแตกต่างกันแล้วรู้สึกได้ค่าตอบแทนไม่คุ้มกับการลงทุน
การสนับสนุนส่งเสริมของภาครัฐบาล (Government Support)	● การสนับสนุนไม่ต่อเนื่อง เป็นโครงการปีต่อปีแล้วเมื่อเสร็จสิ้นโครงการก็ไม่ได้มีการดำเนินการต่อ

ที่มา : จากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลัก

2. ผลการประเมินสภาพแวดล้อมของกระบวนการผลิต ให้เป็นไปตามมาตรฐานการผลิตขั้นต้นในหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร โดยการสังเกตจากสภาพแวดล้อมทั่วไปของพื้นที่การผลิตสินค้าและบริการของวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกอนางอำเภอบำบ่อ ด้วย

ประเมินผล 3 ระดับ คือ ดี เท่ากับ 2,พอใช้ เท่ากับ 1 และ ปรับปรุง เท่ากับ 0 รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีประเมินตนเองจากประธาน ตัวแทนกลุ่มและตัวแทนจากคณะวิจัย (หัวหน้างานวิจัย) ทั้งหมดจำนวน 3 ท่าน ในการประเมินตามข้อกำหนดของ GMP ดังผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตามข้อกำหนดของ GMP (ก่อนการปรับปรุง)

หมวดที่	หัวข้อ	คะแนนเต็ม (รายชื่อ)	ผลการประเมิน (ค่าเฉลี่ย)	คิดเป็นร้อยละ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1	สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	24	9.67	40.28	1.25
2	เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	16	6.00	37.50	1.41
3	การควบคุมกระบวนการผลิต	44*	14.67	33.33	0.47
4	การสุขาภิบาล	16	5.67	35.42	0.47
5	สุขลักษณะส่วนบุคคล	16	8.33	52.08	0.94
รวม		116	44.00	37.93	4.97

หมายเหตุ * ตัดฐานคะแนนข้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกอนาง พบข้อบกพร่องที่รุนแรง(Major Defect) ได้แก่ 1) อาคารผลิตมีพื้นที่ในการผลิตเป็นสัดส่วนและเป็นไปตามสายงานการผลิตไม่ก่อให้เกิดการปนเปื้อนข้าม 2) กรณีใช้วัตถุเจือปนอาหาร ต้องใช้ตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งตรวจด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสม ผลไม่เข้ากันอย่างทั่วถึง มีบันทึกผล หรือการใช้สารช่วยในการผลิตต้องใช้ตามข้อมูลความปลอดภัยและมีมาตรการกำจัดออกให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย 3) น้ำและน้ำแข็งที่เป็นส่วนผสมหรือที่สัมผัสกับอาหารที่พร้อมสำหรับการบริโภค มีคุณภาพหรือมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข มีผลการตรวจวิเคราะห์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและมีการจัดเก็บในลักษณะที่ไม่ก่อให้เกิดการปนเปื้อน 4) มีการควบคุมกระบวนการผลิตและจัดอันตรายด้านจุลินทรีย์ให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อการบริโภค และมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ และบันทึกผล 5) ในกระบวนการผลิตมีการขนย้ายวัตถุดิบ ส่วนผสม วัตถุเจือปนอาหารและผลิตภัณฑ์สุดท้าย ในลักษณะที่ไม่เกิดการปนเปื้อนข้าม 6) มีบันทึกเกี่ยวกับชนิด ปริมาณการผลิตและข้อมูลการจำหน่าย รวมทั้งมีการเรียกคืนสินค้า 7) ผลิตภัณฑ์สุดท้ายมีคุณภาพหรือมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยมีผลวิเคราะห์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นผลการประเมินด้วยวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาอาหาร จะต้องมีการกำหนด วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และเก็บรักษาอาหาร ตามข้อกำหนดของ GMP (จากเกณฑ์ประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยกำหนดเกณฑ์ในการผ่านการประเมินครั้งนี้ ได้คะแนนในแต่ละหมวดและคะแนนรวมทุกหมวดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรง(Major Defect)

พบว่า คะแนนเฉลี่ยหมวดที่ 1 ได้เท่ากับ 9.67 คะแนน(ร้อยละ 40.28) คะแนนเฉลี่ยหมวดที่ 2 ได้เท่ากับ 6 คะแนน (ร้อยละ 37.50) คะแนนเฉลี่ยหมวดที่ 3 ได้เท่ากับ 14.67(ร้อยละ 33.33) คะแนนเฉลี่ยหมวดที่ 4 ได้เท่ากับ 5.67(ร้อยละ 35.42) คะแนนเฉลี่ยหมวดที่ 5 ได้เท่ากับ 8.33 (ร้อยละ 52.08) คะแนนเฉลี่ยที่ได้รวม(ทุกหมวด) ได้เท่ากับ 44 คะแนน จากคะแนนรวม 116 คะแนน (ร้อยละ 37.93) โดยคะแนนในแต่ละหัวข้อน้อยกว่าร้อยละ 60 และพบข้อบกพร่องที่รุนแรง จำนวน 6 ข้อ จาก

ข้อบกพร่องรุนแรงทั้งหมด 6 ข้อ(ร้อยละ 100) ถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GMP (จากเกณฑ์ประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น (หัวข้อ) พบว่าการควบคุมกระบวนการผลิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด(ร้อยละ 33.33) เมื่อพิจารณาหัวข้อในการควบคุมกระบวนการผลิต พบว่าผู้ประเมินส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ากระบวนการผลิตอาหารยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน GMP ฉบับใหม่ จากการพบสาเหตุดังกล่าวข้างต้น คณะวิจัยจึงได้นำสาเหตุข้างต้นนี้มาเป็นแนวทางการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการผลิตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

3. การกำหนดแนวทางการปรับปรุงในกระบวนการผลิตของวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกอนางอำเภอท่าบ่อ โดยมุ่งเน้น

ปรับปรุงกระบวนการผลิตด้วยกิจกรรม 5ส ได้แก่ สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย หลังจากที่ได้นำหลักการ 5ส มาประยุกต์ใช้ในการจัดการกระบวนการผลิตและพื้นที่อาคารบริเวณโดยรอบ โดยแบ่งพื้นที่และหมวดหมู่ในการวางเครื่องมือ อุปกรณ์การผลิต รวมถึงวัตถุดิบ กรรมวิธีในการผลิต และบรรจุภัณฑ์ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นพร้อมทั้งจัดบริเวณโดยรอบให้มีความเป็นระเบียบสะอาด และถูกสุขลักษณะ มีการจัดทำเอกสารคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน และการจัดทำรายงานที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เป็นต้น ส่งผลให้การประเมินครั้งที่ 2 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากหน่วยงานของรัฐ เพื่อประเมินผลหลังการปรับปรุงด้วยกิจกรรม 5ส เป็นดังผลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินตามข้อกำหนดของ GMP (หลังการปรับปรุง)

หมวดท	หัวข้อ	คะแนนเต็ม (รายชื่อ)	ผลการประเมิน (ค่าเฉลี่ย)	คิดเป็น ร้อยละ	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1	สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	24	20.67	86.11	0.47
2	เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	16	12.67	79.17	0.47
3	การควบคุมกระบวนการผลิต	46*	30.33	68.94	0.47
4	การสุขาภิบาล	16	13.33	83.33	0.47
5	สุขลักษณะส่วนบุคคล	16	15.00	93.75	0.00
รวม		118	92.00	79.31	0.82

หมายเหตุ * ตัดฐานคะแนนข้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกอนาง พบข้อบกพร่องที่รุนแรง(Major Defect) ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สุดท้ายมีคุณภาพหรือมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยมีผลวิเคราะห์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมปรับตัวเพิ่มสูงขึ้นทุกหัวข้อ และได้คะแนนสูงกว่าร้อยละ 60 แต่ยังคงพบข้อบกพร่องที่รุนแรง ในเรื่องการส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุดท้ายส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนไม่มีงบประมาณในการส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ เพื่อ

ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงและพัฒนา ควรมีการส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารตามประเภทที่ผลิตเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1

ครั้ง และมีการกำหนดช่วงเวลาในการบำรุงรักษา อุปกรณ์และเครื่องจักร การใช้วัตถุดิบด้วยหลักการ First in First out และกำหนดวัน Big Cleaning Day เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมและเกิดความสามัคคี ซึ้งกันและกัน

สรุปประเด็นเรื่องการประเมินผลตาม มาตรฐาน GMP จากการประเมินตนเองและ ผู้ทรงคุณวุฒิ จากหน่วยงานของรัฐ พบว่าการตรวจ ประเมินกระบวนการผลิตของวิสาหกิจชุมชนกลุ่ม แม่บ้านเกษตรกรกรบ้านกองนางอำเภอบ้านบ่อ อยู่ใน ระดับที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจาก หลักการ 5ส. ไม่ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐานบาง หัวข้อ และเมื่อพิจารณาในหัวข้อที่ไม่ผ่านการ ประเมิน(ข้อบกพร่องที่รุนแรง) พบว่าสาเหตุเกิด จากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนไม่มีงบประมาณในการส่ง ตัวอย่างอาหาร เพื่อตรวจวิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้พบว่า ระบบการจัดการองค์กร (System) โดยเฉพาะด้านการบริหารการเงิน เป็น ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงาน มากที่สุด รองลงมาคือกลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) การจัดการบุคคลในองค์กร (Staff, Style, Skill) โครงสร้างการบริหารองค์กร (Structure) ค่านิยมร่วม(Shared Value) และการ สนับสนุนส่งเสริมของภาครัฐบาล (Government Support) ตามลำดับ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญสู่ ความสำเร็จในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกรกรบ้านกองนางอำเภอบ้านบ่อ สอดคล้องกับ ธงพล พรหมสาขา ณ สกลนคร และ อุทิศ สังขรัตน์ (2556) พบว่าปัจจัยด้านการตลาด บัญชีและการเงิน การผลิตการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ การออกแบบ ผลิตภัณฑ์และต้นทุนการ ผลิต เป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการ ดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนในเขตกลุ่มทะเล สงขลา(นครศรีธรรมราช และสงขลา) และได้ เสนอแนวทางการพัฒนา โดยให้หน่วยงานภาครัฐ สนับสนุนการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะด้านต่างๆ การสนับสนุนด้านการตลาด และการกำหนด

ระเบียบต่างๆ เพื่อสนับสนุนวิสาหกิจชุมชนให้มี ความชัดเจนมากขึ้น

เมื่อมีผลการประเมินสภาพแวดล้อมใน กระบวนการผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP ฉบับใหม่ พร้อมทั้งมีการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการ ผลิตด้วยวิธีหลักการ 5ส พบว่า การประเมิน กระบวนการผลิตของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่ม แม่บ้านเกษตรกรกรบ้านกองนางอำเภอบ้านบ่อ อยู่ใน ระดับที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจาก หลักการ 5ส. ไม่ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐานบาง หัวข้อ และเมื่อพิจารณาในหัวข้อที่ไม่ผ่านการ ประเมิน(ข้อบกพร่องที่รุนแรง) พบว่าสาเหตุเกิด จากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนไม่มีงบประมาณในการส่ง ตัวอย่างอาหาร เพื่อตรวจวิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP

ข้อเสนอแนะ

1. ผลสำเร็จที่จะได้รับการจากการวิจัย ผล การศึกษาจะให้ประโยชน์ดังต่อไปนี้ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นดังนี้คือ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ มีรายละเอียดดังนี้

ผลผลิต (Output) ได้แก่ 1) ทำให้ทราบถึง ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานวิสาหกิจชุมชน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกรกรบ้านกองนาง อำเภอบ้านบ่อใน ด้านต่างๆ 2) ทราบถึงการพัฒนากระบวนการ GMP ซึ่ง เป็นประโยชน์ต่อมาตรฐานผลิตภัณฑ์ขององค์กร และสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในขั้นสูงต่อไป 3) สามารถนำผลที่ได้ใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ กำหนดแนวทางเสริมสร้างและพัฒนาผลการ ดำเนินงานวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร กรบ้านกองนางอำเภอบ้านบ่อ ให้พัฒนาเป็นระบบ องค์กรธุรกิจมากขึ้นและมีความเข้มแข็ง

ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ 1) ได้รูปแบบ การบริหารจัดการของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่ม แม่บ้านเกษตรกรกรบ้านกองนางอำเภอบ้านบ่อที่ เหมาะสมกับ ศักยภาพ ความ พร้อม และ ความสามารถของประชาชนท้องถิ่นในชุมชนของ

พื้นที่เป้าหมายและบริเวณใกล้เคียง 2) สามารถนำแนวทางการพัฒนาระบบมาตรฐานผลิตภัณฑ์ GMP มาใช้ศึกษาและพัฒนาต่อยอดและเข้าสู่มาตรฐานอื่นๆ ต่อไป 3) สามารถนำผลที่ได้ใช้เป็นข้อมูลเพื่อส่งเสริมและพัฒนากระบวนการเรียนรู้แก่สมาชิกวิสาหกิจชุมชนให้สามารถกำหนดแนวทางและจัดทำแผนการพัฒนากิจการวิสาหกิจชุมชนอื่นๆ และดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายต่อไป

ผลกระทบ (Impact) ได้แก่ 1) เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอท่าบ่อ โดยให้ชุมชนเป็นหลักภายใต้ความเข้มแข็งของชุมชนการร่วมแรงร่วมใจ การประสานงาน ความสามัคคีในชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน 2) พัฒนาและยกระดับจากการรวมกลุ่มชุมชนเพื่อความเข้มแข็งมาเป็นกลุ่มธุรกิจที่สร้างรายได้อย่างมั่นคง 3) พัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนและบริเวณใกล้เคียงให้

สามารถพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

2. งานวิจัยนี้ได้ข้อค้นพบ คือ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอท่าบ่อส่วนใหญ่เป็นประเด็นด้านแหล่งเงินทุนในการสนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญมากที่สุด ดังนั้นภาครัฐบาลควรเข้ามาดูแล ส่งเสริม และสนับสนุน เช่น การสนับสนุนเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ การให้ความรู้ในด้านการบริหารจัดการองค์กรโดยเฉพาะการบริหารธุรกิจให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มทักษะและช่องทางการจัดจำหน่ายทาง Online Marketing และเข้าไปส่งเสริมพัฒนามาตรฐานการผลิตให้เป็นไปตามกฎหมาย เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของตัวผลิตภัณฑ์ รวมไปถึงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนทางกฎหมายให้กับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนด้วย

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐพันธ์ ปัญญโรจน์;กนกรัตน์ ดวงพิกุล และ ธัญทิพย์ ศิริพรอัครชัย. 2562,มกราคม-มิถุนายน.การพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนเข้าสู่มาตรฐานการผลิตขั้นต้น กรณีศึกษา : วิสาหกิจชุมชน นานมอลต์.วารสารบริหารธุรกิจและศิลปศาสตร์ ราชมงคลล้านนา.7(1):107.สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2564,จาก<https://so05.tci-thaijo.org/article/download>.
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน. (2560). วิสาหกิจชุมชน [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://smce.doae.go.th/ProductCategory/SmceCategory.php>
- เทพรักษ์ สุริฝ่าย; ลำปาง แม่ณมาตย์. 2561,มกราคม-เมษายน.บทบาทการค้าขายแดนในการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน กรณีศึกษา จังหวัดหนองคาย จังหวัดนครพนมและจังหวัดมุกดาหาร : วารสารการเมืองการปกครอง. 8(1):153.สืบค้นเมื่อวันที่26พฤศจิกายน 2564,จาก <http://copag.msu.ac.th/journal/filesjournal/8-1/20042018110817.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP 420). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรรณิการ์ สิทธิชัย;สันติธร ฐิริภักดี.2561,กันยายน-ธันวาคม.การจัดการองค์กรตามแนวคิด 7s ของ McKinsey ที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรนวัตกรรม กรณีศึกษาองค์กรที่ได้รางวัลองค์กรนวัตกรรมยอดเยี่ยม : Veridian E-Journal, Silpakorn University. 11(3).สืบค้นเมื่อวันที่26พฤศจิกายน 2564,จาก <https://he02.tci-thaijo.org/article/download>.

รูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Surveillance and Management Model for Coronavirus disease 2019, Kantharalak District, Sisaket Province.

(Received: November 18, 2021 ; Accepted: December 20, 2021)

อนุสรณ์ จันทสิทธิ์¹
Anusorn Chanthasit

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคโควิด-19 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มขับเคลื่อนเพื่อสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคโควิด-19 จำนวน 50 คน และกลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 จำนวน 380 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการดำเนินงาน ใช้สถิติ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย รูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคโควิด-19 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ: P CAN ID Model ประกอบด้วย 1. การมีส่วนร่วมขององค์กร หน่วยงาน และภาคีที่เกี่ยวข้อง (P: Participation) 2. การจัดวางปรึกษาหารือในการจัดการโรคโควิด-19 Mini EOC ระดับอำเภอ (C: COVID-19) 3. การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (D: Data Management) 4. การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 (N: Network) 5. การพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคในระดับอำเภอ/ตำบล (I: Investigation) 6. การสร้างการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 (A: Awareness) ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอยู่ในระดับสูง โดยก่อนดำเนินงาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 323 คน ร้อยละ 85 หลังดำเนินงาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 374 คน ร้อยละ 98.42 มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.42 และแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงาน เท่ากับ 0.28

คำสำคัญ การเฝ้าระวัง, การจัดการโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstracts

This research was an action research using PAOR circuit. To study the Model of surveillance and management of COVID-19 Kantharalak District, Sisaket Province. Population and sample The drive group to create a model for COVID-19 surveillance and management of 50 people and the outcome assessment group, 380 people at risk for COVID-19, were collected by questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics such as number, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics comparison of COVID-19 prevention behaviors Before and after the operation, pair t-test was used to determine the level of statistical significance at $p < 0.05$.

Research results, Model of surveillance and management of COVID-19 Kantharalak District, Sisaket Province: Model of P CAN ID consists of 1. Participation of relevant organizations, agencies and parties (P: Participation) 2. Arrangement of consultations on the management of COVID-19 Mini EOC at district level (C: COVID-19) 3. Data Management for Coronavirus Disease Surveillance 2019 (D: Data Management) 4. Construction of a Surveillance Network to Prevent COVID-19 (N: Network) 5. Developing Potential Disease investigation team at district/sub-district level (I: Investigation) 6. Building awareness of COVID-19 prevention (A: Awareness) resulted

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

in high level of people's disease prevention behavior. before operating Preventive behaviors for COVID-19 Most of them are at a high level of 323 people, 85 percent after the operation. Preventive behaviors for COVID-19 Most of them were at a high level, of which 374 people, 98.42%, had a 13% increase in disease prevention behaviors. 42 and differed at the level of statistical significance of 0.05 after the operation. Has a higher average score than before the operation is 0.28

Keywords: Surveillance, Disease management, Coronavirus disease 2019

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลกจนถึงปัจจุบัน การติดต่อผ่านทาง การไอจาม สัมผัส โดยตรงกับสารคัดหลั่งของคนและสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง

ตามที่นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ได้มีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 ต่อมาได้ขยายระยะเวลาการบังคับใช้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวออกไปเป็นคราวที่ 13 จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 และออกข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 30) ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2564 และคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ 11/2564 ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2564 กำหนดเขตพื้นที่สถานการณ์ ปรับระดับการกำหนดเขตพื้นที่สถานการณ์ เพื่อการบังคับใช้มาตรการควบคุมแบบบูรณาการจำแนกตามเขตพื้นที่ เป็น 5 ระดับ คือ พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด (สีแดงเข้ม), พื้นที่ควบคุมสูงสุด (สีแดง), พื้นที่ควบคุม (สีส้ม), พื้นที่เฝ้าระวังสูง (สีเหลือง), และพื้นที่เฝ้าระวัง (สีเขียว โดยกำหนดให้จังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด (สี

แดง) ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เป็นต้นไปนั้น

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกเดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ออกประกาศมาตรการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ฉบับที่ 8 ถึง ฉบับที่ 36 รวม 2๙ ฉบับ แล้วนั้น โดยที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังคงทวีความรุนแรง โดยเฉพาะไวรัสกลายพันธุ์ชนิดสายพันธุ์เดลตาที่เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายและติดต่อกันได้โดยง่าย ทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในแต่วันเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในเขตพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด กระจายตัวออกไปในหลายพื้นที่อย่างรวดเร็วจากการเคลื่อนย้ายของบุคคล และพบการติดเชื้อแบบกลุ่มก้อน (Cluster) ในพื้นที่ที่มีความแออัดแพร่กระจายการระบาดเป็นการติดเชื้อในครอบครัวและชุมชน และยังพบการติดเชื้อแบบกลุ่มก้อน (Cluster) ในบางพื้นที่ในจังหวัดสถานการณ์โรคเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ในช่วงการระบาดระลอกเมษายน 2564 จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 – 31 สิงหาคม 2564 จำนวน 12,509 ราย เสียชีวิต 52 ราย ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ PUI 5,112 ราย ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 28,794 ราย (ศูนย์ข่าวโควิด 19 ศรีสะเกษ, 2564) สำหรับอำเภอกันทรลักษ์ มีผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 1,500 คน อัตราป่วย 8.98 ต่อประชากรพันคน เสียชีวิต 6 คน อัตราตาย ร้อยละ 0.4 เมื่อจำแนกตามจำนวนผู้ป่วยตามเพศพบว่า เป็นเพศชาย ชาย 729 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 หญิง 771 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.4 อัตราส่วน

เพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1 : 1.05 มีอายุเฉลี่ย 32.29 ปี อายุสูงสุด 96 ปี และอายุต่ำสุด 22 วัน พบผู้ป่วยสูงสุด ในเดือนสิงหาคม จำนวน 1,072 คน ต่ำสุด เดือนมิถุนายน จำนวน 4 คน (ดังรูปที่ 4.1) จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายตำบลพบว่า ตำบลที่มีผู้ป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ ตำบลบึงมะลู จำนวน 139 ราย ตำบลสวนกล้วย จำนวน 138 ราย ตำบลขนุน จำนวน 124 ราย ตำบลลุง จำนวน 108 ราย และตำบลกระแซง จำนวน 100 ราย (ดังรูปที่ 4.2) จำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำแนกตามประเภทผู้ป่วยพบว่าติดเชื้อภายในพื้นที่ จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 13.60 ติดเชื้อมานอกพื้นที่ จำนวน 1,296 คน คิดเป็นร้อยละ 86.40 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์, 2564) การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อเป็นกระบวนการจัดเก็บการวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการและประเมินผลมาตรการป้องกัน และควบคุมปัญหาสาธารณสุข ระบบเฝ้าระวังต้องถูกนำมาใช้ร่วมกับมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินมาตรการด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์เป็นสำคัญและลดผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม จึงมีความจำเป็นต้องมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคต่อเนื่อง จนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดจะอยู่ในระดับที่ควบคุมได้หรือจนกว่าสถานการณ์จะคลี่คลายจากข้อมูลที่กำลังมาในข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มขับเคลื่อนเพื่อสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ จำนวน 50 คน

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรค COVID-19 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่ม ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง, ผู้สัมผัสกับผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และผู้ใกล้ชิดกับผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ ยินดีให้ ข้อมูลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม ซึ่งใช้แบบสอบถามของอนามัยโพล กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การ

ประกอบอาชีพ แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความเกี่ยวข้องกับผู้บุคคลในพื้นที่เสี่ยงจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และ ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) มีเกณฑ์การให้ การแปลผล (Best John W, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0.00-0.66) ระดับปานกลาง (0.67-1.33) ระดับสูง (1.34-2.00)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทำการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหา (Content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิง เนื้อหาของแบบประเมินทั้งชุด (Index of item objective: IOC) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถาม ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนที่มี ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผล ที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งเกณฑ์ค่าความ เที่ยงของแบบวัดที่ยอมรับได้ควรมีค่าเท่ากับ 0.70 ขึ้น ไป (บุญใจ ศรีสถิตนราดูล, 2550) ได้ค่าความเที่ยง 0.85

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขึ้นวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงาน

1.1 ศึกษาบริบท สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ

1.2 ทบทวนบทบาทหน้าที่คณะกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ

1.3 จัดประชุมคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ โดยการจัดวง ปรึกษาหารือในการจัดการโรค COVID-19 ซึ่งเป็นกลไก สำคัญทำหน้าที่ประสานภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องใน ระดับอำเภอให้เข้ามาร่วมกันหารือถึงมาตรการทาง สังคมช่วยหนุนเสริมการดำเนินงานของกลไกหน่วยงาน ภาครัฐ รวมถึงกำหนดแนวทางการสนับสนุนการจัดวง ปรึกษาหารือระดับตำบล และการเป็นจุดประสานการ ทำงานระหว่างระดับจังหวัดและระดับตำบล ให้เกิดการ ส่งผ่านข้อมูล ความรู้ และผลการดำเนินการ

1.4 กำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการ การจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทร ลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. ขึ้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแนวทางและ แผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดวงปรึกษาหารือในการจัดการโรค COVID-19 Mini EOC ระดับอำเภอ 2) การจัดการข้อมูลการเฝ้า ระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) การสร้างเครือข่าย เฝ้าระวังป้องกันโรค COVID-19 4) พัฒนาศักยภาพทีม สอบสวนโรคในระดับอำเภอ/ตำบล 5) การสร้างการรับรู้ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. ขึ้นการติดตามและประเมินผล

3.1 ประเมินผลกระทบของการโดยการเก็บ แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง และสังเกตการณ์มีส่วนร่วม และสะท้อนผลของการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับ อำเภอในแต่ละระยะของการวิจัย

3.2 สรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4. ขึ้นการปรับปรุง

การสะท้อนผลการปฏิบัติงานการจัดการโรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการถอดบทเรียน วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนจาก ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน

เพื่อหาทวิวิธีในการปฏิบัติและปรับปรุงรูปแบบ การสะท้อนการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเป็นวงจรขึ้นต่อเนื่องกันไป ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงและกระชับให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่เป้าหมายไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบพฤติกรรมกำหนัดโรค COVID-19 ก่อนและหลังการดำเนินงาน ใช้สถิติ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ: P CAN ID Model ประกอบด้วย

1.1 การมีส่วนร่วมขององค์กร หน่วยงาน และภาคีที่เกี่ยวข้อง (P: Participation) เป็นการประชุม ทบทวนบทบาทหน้าที่คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ ในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ รวมทั้ง การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ การเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม

1.2 การจัดวางปรึกษาหารือในการจัดการโรค COVID-19 Mini EOC ระดับอำเภอ (C: COVID-19 Mini EOC) การดำเนินการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอซึ่งมีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ เป็นกลไกสำคัญทำหน้าที่ประสานภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอให้เข้ามาร่วมกันหารือถึงมาตรการทาง

สังคมช่วยหนุนเสริมการดำเนินงานของกลไกหน่วยงานภาครัฐ รวมถึงกำหนดแนวทางการสนับสนุนการจัดวางปรึกษาหารือระดับตำบลและการเป็นจุดประสานการทำงานระหว่างระดับจังหวัดและระดับตำบล ให้เกิดการส่งผ่านข้อมูล ความรู้ และผลการดำเนินการจัดการโรค COVID-19 Mini EOC ระดับอำเภอ เป็นการเปิดพื้นที่กลางระดมการมีส่วนร่วมจากทุกองค์กร ทุกรูปแบบในการสร้างมาตรการทางสังคม และหนุนเสริมการสร้างมาตรการสังคมระดับตำบลรับมือโควิด 19

1.3 การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (D: Data Management) ระบบข้อมูลของชุมชน ที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองโรค การเตือนภัย และการควบคุมโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้สำรวจคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงตามคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) แล้วรายงานไปยังหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงหรือเป็นเจ้าพนักงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งพนักงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ จะตรวจสอบข่าว รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลตามนิยามผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาหรือกลุ่มเสี่ยงตามประกาศจาก ศบค. มีการบริหารจัดการข้อมูล COVID-19 โดยการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai QM ของกระทรวงมหาดไทย โดยให้มีการบันทึกข้อมูลทุกคนที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลจัดทำเป็นหมวดหมู่เพื่อการวิเคราะห์เชิงพรรณนาตามบุคคล สถานที่และเวลา การกระจายข้อมูลสถานการณ์ COVID-19 ในรูปแบบ Infographic ผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ เช่น Facebook Line เวทีประชุม กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. เป็นต้น เพื่อเป็นการกระจายข้อมูลข่าวสารให้ทั่วถึง

1.4 การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันโรค COVID-19 (N: Network) ภาคีเครือข่ายองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นเขตการศึกษา วัด วิทยาลัย และองค์กรภาคี เครือข่ายอื่น ๆ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 ร่วมประเมินมาตรการผ่อนปรน ร่วมจัดการ ปัญหาความเสี่ยงไม่ยอมกักตัว ภายใต้ "คนกันทรลักษณ์ไม่ ทอดทิ้งกัน ฝ่าฟันโควิด" และสนับสนุนทรัพยากรอย่าง เพียงพอและมีประสิทธิภาพ

1.5 พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคในระดับ อำเภอ/ตำบล (I: Investigation) 1) การอบรมให้ความรู้ ภาควิชาเครือข่ายทีม SRRT ระดับตำบล ในเรื่องการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 2) อบรมภาควิชาเครือข่ายทีม SRRT ระดับตำบล ให้ความรู้เข้าใจบทบาทหน้าที่และ มีทักษะในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค COVID-19

1.6 การสร้างการรับรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 (A: Awareness) 1) อสม. เคาะประตู บ้าน ให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกัน COVID-19 2) ให้ความรู้ที่ตลาดตลาดสด ตลาดนัด ร่วมกับเครือข่ายในตำบล ตามมาตรการปลอดภัย สำหรับองค์กร (Covid Free Setting) 3) สำหรับองค์กร มีการให้ความรู้แก่พนักงานเรื่องการระบาดของโรค COVID-19 ผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ 4) การสื่อสารความ เสี่ยง ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ความรู้ ผ่านบอร์ด หรือ ป้ายประชาสัมพันธ์ ณ ศูนย์เผยแพร่ข้อมูล หรือสถานที่ ที่คนในชุมชน เห็นได้สะดวก รวมถึงใช้สื่อเสียงตามสาย หรืออื่น ๆ เพื่อแจ้งเตือนคนในชุมชนถึงสถานการณ์การ ระบาดของโรค COVID-19

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส โควิด (COVID-19)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วน ใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 287 คน ร้อยละ 75.53 เพศ ชาย จำนวน 93 คน ร้อยละ 24.47 อายุเฉลี่ย 47.52 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 94 ปี กลุ่มอายุส่วนใหญ่ 40-49 ปี จำนวน 126 คน ร้อยละ 33.16 สถานภาพสมรส ส่วน

ใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 278 คน ร้อยละ 73.18 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 254 คน ร้อย ละ 66.84 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 130 คน ร้อยละ 34.21

การเดินทางมาจากนอกพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ในรอบ 14 วันที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการเดินทาง มาจากนอกพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 338 คน ร้อย ละ 88.95 เดินทางมาจากนอกพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 42 คน ร้อยละ 11.05

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทางกระจาย ข่าวหรือเสียงตามสาย จำนวน 369 คน ร้อยละ 97.11 จากโทรทัศน์ จำนวน 374 คน ร้อยละ 98.42 ไปสเตอร์/ แผ่นพับ/เอกสาร จำนวน 331 คน ร้อยละ 87.11 ทาง สื่อโซเชียลต่าง ๆ เช่น Facebook, YouTube, LINE เป็นต้น จำนวน 365 คน ร้อยละ 96.05 จากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 377 คน ร้อยละ 99.21 และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 374 คน ร้อยละ 98.42

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อ ไวรัสโคโรนา (COVID-19) ก่อนดำเนินการจัดการโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรี สะเกษ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อ ไวรัสโคโรนา (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 323 คน ร้อยละ 85 ระดับปานกลาง จำนวน 38 คน ร้อยละ 10 และ ระดับต่ำ จำนวน 19 คน ร้อยละ 5

หลังดำเนินการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 374 คน ร้อยละ 98.42 ระดับปานกลาง จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.26 และ ระดับต่ำ จำนวน 5 คน ร้อยละ 1.32 ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ก่อนและหลัง ดำเนินงาน

ระดับพฤติกรรม	ก่อนดำเนินงาน		หลังดำเนินงาน	
	จำนวน (n=380)	ร้อยละ (100)	จำนวน (n=380)	ร้อยละ (100)
ต่ำ	19.00	5.00	5.00	1.32
ปานกลาง	38.00	10.00	1.00	0.26
สูง	323.00	85.00	374.00	98.42

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ก่อนดำเนินการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.67 (S.D. = 0.45)

และหลังดำเนินงานพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.95 (S.D. = 0.24) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ก่อนและหลังการดำเนินงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงาน เท่ากับ 0.28 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ก่อนและหลัง ดำเนินงาน

พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)	ก่อนดำเนินงาน		หลังดำเนินงาน		Mean Diff.	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
1. สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า ตลอดเวลาเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ	1.83	0.47	1.97	0.23	0.14	5.31	<0.001*
2. ล้างมือ ด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์	1.78	0.49	1.97	0.24	0.19	6.98	<0.001*
3. ทำความสะอาดพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย (เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ฯลฯ) ทั้งที่ตัวเองและมีผู้อื่นทำความสะอาดให้	1.57	0.60	1.91	0.34	0.34	9.45	<0.001*
4. หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่คนพลุกพล่าน	1.67	0.57	1.94	0.28	0.28	8.31	<0.001*
5. รักษาระยะห่าง และใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด	1.66	0.57	1.94	0.28	0.29	8.68	<0.001*
6. ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง	1.78	0.52	1.94	0.28	0.17	5.47	<0.001*
7. ลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ	1.66	0.62	1.97	0.25	0.31	9.29	<0.001*
8. ไม่ได้เดินทางไปไหน / อยู่บ้านตลอด	1.40	0.66	1.93	0.31	0.53	14.24	<0.001*
รวม	1.67	0.45	1.95	0.24	0.28	10.72	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ก่อนดำเนินการจัดการโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 323

คน ร้อยละ 85 หลังดำเนินงาน พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 374 คน ร้อยละ 98.42 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.42 และแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินงาน เท่ากับ 0.28 อธิบายได้ว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ เป็นกลไกสำคัญทำหน้าที่ประสานภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ ที่เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม และร่วมประเมินผล รวมถึงเป็นการเปิดพื้นที่กลางระดมการมีส่วนร่วมจากทุกองค์กรทุกรูปแบบในการสร้างมาตรการทางสังคม และหนุนเสริมการสร้างมาตรการสังคมระดับตำบลรับมือโควิด 19 ให้เกิดการส่งผ่านข้อมูล ความรู้ และผลการดำเนินการการจัดวงปรึกษาหารือในการจัดการโรค COVID-19 Mini EOC ระดับอำเภอ กระบวนการกิจกรรมการสร้างการรับรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ดังผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 จำนวน 380 คน ร้อยละ 100 โดย กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารทางหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย ผ่านช่องทางต่าง ๆ จำนวน 369 คน ร้อยละ 97.11 จากโทรทัศน์ จำนวน 374 คน ร้อยละ 98.42 ไปสเตอร์/แผ่นพับ/เอกสาร จำนวน 331 คน ร้อยละ 87.11 ทางสื่อโซเชียลต่าง ๆ เช่น Facebook, YouTube, LINE เป็นต้น จำนวน 365 คน ร้อยละ 96.05 จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 377 คน ร้อยละ 99.21 และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 374 คน ร้อยละ 98.42 ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนอยู่ในระดับมาก ประชาชนเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิต มาตรการ

ป้องกันตัวเองหลายอย่างทั้งการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือ ใช้เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น การรักษาระยะห่างจากผู้อื่น การมีสุขอนามัยที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคมในการกักตัวเองที่บ้านตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขนำไปสู่พฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธาณีกล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ ทักษิชา ชัชรรัตน์ (2563) พบว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่ได้ให้ข้อมูลทุกวันและมีการเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพและอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนที่ถูกต้องได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2561) Abdulah et al. (2020) และ Bashirian et al. (2020) ที่พบว่า ระบบบริหารจัดการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมีประสิทธิภาพมาก มีการเผยแพร่ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทั้งในระดับส่วนกลางจนถึงระดับชุมชน ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมอยู่ทั่วประเทศช่วยดูแลและขับเคลื่อนให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการของรัฐในการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ดังที่มหาวิทยาลัยจอนส์ ฮอปกินส์ เสนอผลวิจัยเกี่ยวกับระดับความเข้มแข็งด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) ของทุกประเทศทั่วโลก พบว่า ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับให้เป็นประเทศที่มีความเข้มแข็งด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) เป็นอันดับที่ 6 จากทั้งหมด 195 ประเทศ และเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศเดียวที่ถูกจัดให้อยู่ในอันดับ 1 ใน 10 ของโลก และอันดับที่ 1 ในเอเชีย โดยการจัดอันดับนี้ประเมินจากเกณฑ์ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกันโรค 2) ความสามารถในการตรวจจับโรคและรายงานที่รวดเร็ว 3) การตอบโต้ที่รวดเร็ว 4) มีระบบ

สุขภาพที่เข้มแข็ง 5) มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพของประเทศ มีแผนงบประมาณด้านป้องกันควบคุมโรคและดำเนินงานตามแนวปฏิบัติสากล และ 6) มีความเสี่ยงต่อภัยคุกคามด้านชีวภาพต่ำ นอกจากนี้ กลยุทธ์ในการสื่อสารของกระทรวงสาธารณสุขตลอดระยะเวลาที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เป็นการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพเป็นไปอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ได้แก่ การล้างมือบ่อยๆ เพื่อลดเชื้อโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การไม่ใช้ช้อน ภาชนะ หรือสิ่งของร่วมกับผู้อื่น การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ เพื่อความมั่นใจว่าอาหารสะอาดปลอดภัย การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้ได้ผลเป็นอย่างดีในสถานะที่มีการระบาดของโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ กรมควบคุมโรค (2564) และ คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ (2564) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ประชาชนสามารถจดจำและนำไปปฏิบัติ ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับสูง

ปัจจัยความสำเร็จ อำเภอกันทรลักษ์ใช้กลไก "คณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอ" ซึ่งมีประสบการณ์และมีต้นทุนทั้งทุนเชิงโครงสร้าง ทุนทางสังคมหรือเครือข่าย ทุนด้านการเงิน และทุนทางปัญญา คือ การมีความรู้ความเชี่ยวชาญของบุคลากร สรุปเป็นปัจจัยความสำเร็จ 4 ประการ คือ

1. องค์การดี หมายถึง กลไกคณะทำงานควบคุมโรคระดับอำเภอ ที่ประกอบด้วยองค์ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.), สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), วัด โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หน่วยงานเอกชน และภาคประชาสังคม ที่มีประสบการณ์และเอาใจใส่ต่อปัญหา และปฏิบัติงานอย่างเข้มแข็งรวดเร็ว

2. เครือข่ายหนุน คือการมีภาคีเครือข่าย อสม. จิตอาสา ภาคประชาสังคม และสื่อ ที่ช่วยสนับสนุน

3. กองทุนนำ หมายถึง การมีแหล่งทรัพยากรที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานได้ในชุมชนโดยไม่ต้องรอมงบประมาณจากภายนอก อำเภอกันทรลักษ์ได้นำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และกองทุนในชุมชน รวมทั้งระดมเงินบริจาคจากสมาชิกชุมชนมาช่วยเหลือผู้ที่กักกันตัวและมีความเดือดร้อนเร่งด่วน รวมทั้งใช้ในการดำเนินงานต่าง ๆ ซึ่งเป็นทุนภายในชุมชนเองทั้งสิ้น

4. กิจกรรมต่อเนื่อง คือการดำเนินงานที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. รูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการกลไกการขับเคลื่อน "คณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอ" สามารถจัดการในเชิงระบบได้ดี ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ คำสั่งแต่งตั้งทีมดำเนินการตามนโยบายระดับอำเภอ และดำเนินการต่อเนื่องตามบริบทของพื้นที่ ดังนั้นควรมีการขับเคลื่อน "คณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบล/หมู่บ้าน"

2. การจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน ดังนั้นต้องมีกิจกรรมการดำเนินงานที่ต่อเนื่องผ่านรูปแบบการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน

3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคในระดับอำเภอ/ตำบลในทุกๆ ปี เพื่อทบทวนบทบาทหน้าที่ของพัฒนาทีมทีมสอบสวนโรคในระดับอำเภอ/ตำบล รวมทั้งองค์ความรู้ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ และเป็นภาพพัฒนาโดยทีม SRRT ให้เข้มแข็งต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษามาตรการในการช่วยเหลือสำหรับประชาชนที่มีภาวะเครียดในสถานการณ์การระบาดเพื่อลดปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การให้คำปรึกษาหรือแนะนำกรณีของโรค COVID-19 โดยเฉพาะรายกรณี การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2. ควรมีการสร้างความตระหนักรู้การป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เช่น การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องในการควบคุมและการป้องกันโรค COVID-19 อยู่เสมอ เพื่อปรับตัวให้ทันกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เนาว์สุวรรณ. 2563. การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14 (2), 104-115
- กรมควบคุมโรค. 2564. นิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation : PUI) 15 เมษายน 2564. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_170464.pdf (15 มิถุนายน 2564).
- กรมควบคุมโรค. 2564. แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง ฝ้าระวัง และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ฉบับวันที่ 4 ธันวาคม 2563. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_041263.pdf (15 มิถุนายน 2564).
- คำนวน อึ้งชูศักดิ์. 2563. แนวโน้ม ผลกระทบ และการเตรียมรับมือการระบาดรอบที่สองของ COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29 (4), 765-768
- ธานี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัยรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 21(2), 29-39
- วิชาญ ปาวัน และคณะ. (2561). การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรค และ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร : พุ่มทอง.
- Abdulah DM, Aziz Qazli SS, Suleman SK. (2020) Response of the public to preventive measures of coronavirus infection in Iraq Kurdistan. Disaster Med Public Health Prep [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 31]. Available from: <https://www.cambridge.org/core/services/aop->
- Bashirian S, Barati M, Jenabi E, Khazaei S, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al. Factors Associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the protection motivation theory. J Hosp Infect 2020;105(3): 430–3.

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษ
สุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Development care model for HIV/AIDS patient with antiretroviral therapy at
Ragsugkapap clinic in Nakae Hospital, Nakhon Panom province

(Received: November 24,2021 ; Accepted: December 28,2021)

ภัทรกันย์ วงศ์ตาหล้า¹

Mrs.phattarakan wongtalar¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกสุขภาพโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 คน ระยะเวลาในการศึกษาเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพทั่วไป แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และแบบประเมินความพึงพอใจ

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 15 ปี ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสหลังการเข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีค่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.6 (S.D. = 2.5) เป็นร้อยละ 98.9 (S.D. = 1.2) และ ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.8 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 2.6) เป็น 21.2 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 2.4) และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 396.5 เซลล์/มม.³ (S.D. = 203.2) เป็น 500.9 เซลล์/มม.³ (S.D. = 190.0) ซึ่งมีค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์, ยาต้านไวรัสเอดส์,

Abstract

This action research aimed to develop and study the outcomes of utilizing the care model for HIV/AIDS patient with antiretroviral therapy (ART) at Ragsugkapap clinic in Nakae Hospital, Nakhon Panom province. Thirty HIV/AIDS patients with ART were included into the study. Data was conducted three months. Research instruments comprised the personal characteristic, the general health assessment, the knowledge of AIDS questionnaire, the knowledge of antiretroviral drug use questionnaire, the ART adherence questionnaire, and the satisfaction questionnaire.

The research results revealed that most of the participants was male, the time from HIV infection to diagnosis was from one year to fifteen years, the knowledge of antiretroviral drug use was significantly increased, the mean of ART adherence was significantly increased from 91.6% (S.D. = 2.5) to 98.9% (S.D. = 1.2), health indexes; BMI was significantly increased from 20.8 kg/m² (S.D. = 2.6) to 21.2 kg/m² (S.D. = 2.4), CD4 Lymphocyte was significantly increased from 396.5 cell/mm³ (S.D. = 203.2) to 500.9 cell/mm³ (S.D. = 190.0) (p < 0.05). Moreover, participants were satisfied with the care model.

Keywords: Development care model, HIV/AIDS patient, Antiretroviral therapy

¹ โรงพยาบาลนาแก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางการแพทย์ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและพบมากขึ้นทุกปี และในการควบคุม ป้องกัน ดูแล รักษา ตลอดจนคิดค้นหาวิธีที่จะหยุดยั้งการระบาดของโรคเอดส์นั้น ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก เป็นโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง อันเนื่องมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV: Human Immunodeficiency Virus)) เมื่อร่างกายติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะไปทำลายเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งเป็นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายอ่อนแอลงจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย จนในที่สุดเชื้อไวรัสเอชไอวีจะโจมตีร่างกายทั้งหมด และดำเนินสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ต่อไป²⁸ ซึ่งความช้าเร็วของการดำเนินโรคและผลกระทบที่เชื้อเอชไอวีมีต่อร่างกายขึ้นอยู่กับผู้ติดเชื้อแต่ละคน ปัจจัยหลายอย่างเช่น สุขภาพและอายุ รวมถึงความช้าเร็วในการได้รับการรักษา ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคทั้งสิ้น

เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์¹ ลดการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่เหลือไม่เกิน 1,000 รายต่อปี 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหลือปีละไม่เกิน ๔,๐๐๐ ราย และ 3) ลดอัตรา รังเกียจ การเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจาก เอชไอวี และเพศภาวะลงจากเดิมร้อยละ ๙๐ สำหรับแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย 2564 ผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ คือ 1) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงหรือรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เร็ว 2) เพื่อยืดชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และ 3) เพื่อลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (VL <50 copies/mm และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อหยุดการดำเนินโรคและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึง ลดการดื้อยา) ซึ่งการจะทำให้บรรลุ

เป้าหมายในการรักษาได้นั้น จะต้องอาศัยทั้งระบบบริการและตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เอง จึงจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงบริการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ได้ และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา จนมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด มีภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น ช่วยชะลอการดำเนินของโรค ช่วยลดปัญหาการดื้อยา ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส และช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่เพิ่มขึ้น สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มี 5 ประการ ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย ปัจจัยด้านยา ลักษณะของโรค ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ และสุดท้ายคือ ปัจจัยด้านระบบบริการ ซึ่งเมื่อนำมาสรุปสามารถแยกเป็นองค์ประกอบใหญ่ ๆ ได้ 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านระบบให้บริการ และปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านระบบให้บริการ คือ มีสถานบริการที่สะอาด บรรยากาศดี เป็นสัดส่วน สามารถเข้าถึงได้สะดวก รวมถึงบุคลากรผู้ให้การดูแลจะต้องมีความพร้อม มีทักษะและสมรรถนะที่ดีในการให้คำปรึกษา รวมทั้งมีกระบวนการติดตามความสม่ำเสมอ และการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง(ประจักษ์ เทิกขุน. 2564) ปัจจัยด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ยังมีการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่เหมาะสม โดยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ตรงเวลา ไม่สม่ำเสมอ และไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด ขาดยา จนส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดการดื้อยาด้านไวรัสเอดส์ มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ลดลง มีอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้น รวมถึงยังพบอุบัติการณ์การตายเร็วขึ้น การดื้อยาด้านไวรัสเอดส์ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดผลเสียเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นการเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาไปสู่บุคคลอื่นได้อีกด้วย ทำให้ไม่สามารถรักษาด้วยยาสูตรเดิมได้ ต้อง

เปลี่ยนไปรักษาด้วยยาสูตรใหม่ที่มีราคาสูงขึ้น มีความยุ่งยากในการรับประทานหรืออาจมีอาการข้างเคียงของยามากขึ้นด้วย(กมลรัตน์ อินทิสักดิ์. 2551) ด้านตัวผู้ป่วยถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง เนื่องจากประสิทธิภาพในการรักษาขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องในการรับประทานยา ร่วมกับมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม(ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ , รัตติยา ทองอ่อน, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และคณะ ,2556)

โรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาล ขนาด 60 เตียง มีประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 76,744 คน เปิดให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่รับผิดชอบ ใช้สถานที่ร่วมกันกับผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไป และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เปิดให้บริการทุกวันอังคาร เวลา 08.00-12.00 น. ยกเว้นวันหยุดทุกกรณี จากสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สะสมเพิ่มขึ้นได้แก่ 196 ราย, 221 ราย และ 218 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 24-49 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยทำงาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือยาเปลี่ยนสูตรยาใหม่ แนวโน้มสูงขึ้น จำนวน 8 ราย 9 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตสะสม 9 ราย 6 รายและ 11 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามนัด มารับยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 20 ราย มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ $\geq 95\%$ คิดเป็นร้อยละ 89 ผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 26 มีการติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และไม่ได้รับการรักษา อันดับแรกคือ ปอดบวม 2 คน และเชื้อราในสมอง 1 คน จากข้อมูลเบื้องต้นสะท้อนถึงความจำเป็นและความสำคัญของปัญหาการดูแลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลนาแกต้องเร่งดำเนินการแก้ไขต่อไป ดังนั้นเพื่อให้การบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างครบถ้วน บุคคลที่ให้บริการสุขภาพ จึง

จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการจัดการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานที่เหมาะสมกับทรัพยากรศักยภาพและสิทธิ์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์พึงได้รับ เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จึงได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ขึ้น โดยมีแนวคิดมุ่งเน้นให้มีการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายให้เกิดการยกระดับคุณภาพ และพัฒนาต่อยอด ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีการดำเนินงานอย่างครบถ้วน ตั้งแต่ 1) การวางแผนกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติ 2) การนำทางเลือกที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน ลงมือปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ และ 4) เกิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานใหม่ และก่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ ถูกทิศทาง หากพบปัญหา หรืออุปสรรคระหว่างทาง ก็จะรู้ตัวได้ก่อนสามารถปรับแก้และหาทางรับมือได้ทัน เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามต้องการ ผู้วิจัยจึงได้สนใจนำกลยุทธพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกโรคสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน ตลอดจนสามารถนำไปปรับใช้กับโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ได้ และจะเป็นประโยชน์ในการสร้างโอกาสพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิกโรคสุขภาพ ในโรงพยาบาลนาแก ให้ได้คุณภาพและมีมาตรฐานบริการที่ครบถ้วน ระบบบริหารจัดการทั้งในด้านระบบข้อมูลสารสนเทศที่สมบูรณ์และนำมาใช้ประโยชน์ได้ มีระบบบริการและการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลให้เป็นสัดส่วนมากขึ้น และบริการได้รวดเร็ว ลดความแออัด ระยะเวลาการรอคอยลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรักษาสุภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรักษาสุภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรักษาสุภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกรักษาสุภาพตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 รวมทั้งสิ้น 3 เดือนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสุขภาพทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส และผลการตรวจ CD4 รวมถึงผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนการวิจัยที่ผ่านมาทั้งจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และจากการพูดคุยกับผู้ป่วยทั้งผ่านทางไลน์ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการให้คำปรึกษารายบุคคลในคลินิก นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่มารับบริการในคลินิกรักษาสุภาพ

โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยกำหนดคุณสมบัติของประชากรดังต่อไปนี้ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่เข้ารับการบริการในคลินิกรักษาสุภาพ 2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และสามารถสื่อความหมายได้ดี 3) มีโทรศัพท์ติดตัวได้ 4) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวไม่เป็นอิสระต่อกัน มีการทดสอบก่อนและหลังการทำการวิจัย การคำนวณขนาดตัวอย่างได้จากวิธีการคำนวณการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกันของ Schiesselman ,1973 แทนค่าในสูตรได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ทั้ง เพศชาย และเพศหญิง อายุ 15-60 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกรักษาสุภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จนกว่าจะครบ 30 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

1. มีการศึกษาสถานการณ์การดูแลติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ ระบบบริการในคลินิกรักษาสุภาพ การเข้าถึงการรับบริการ รวมถึงความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการของแพทย์ เภสัช เทคนิคการแพทย์ และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ราย

2. มีการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างร่วมกัน กับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วย จำนวน 4 คน

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ระบุปัญหา ลำดับ ความสำคัญ และนำเสนอต่อคณะกรรมการทางคลินิก และคณะกรรมการกลุ่มการพยาบาล และคณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล เพื่อหาข้อสรุปและข้อเสนอแนะใน การดำเนินงานต่อไป

4. วางแผนสร้างกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาในคลินิก รัษฎา สุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

1. ปฏิบัติตามแผนกิจกรรมตามรูปแบบที่ พัฒนาขึ้น

2. เตรียมความพร้อมมีการมอบหมายงาน จัดแบ่งหน้าที่ และกำหนดทิศทางการดำเนินงานของ คลินิก ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำคลินิก นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลจิตเวช เป็นต้น

3. นำรูปแบบที่พัฒนามาศึกษานำร่องกับ ผู้รับบริการในคลินิก รัษฎา สุขภาพ จำนวน 20 คน

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ คือ

1. พยาบาลประจำคลินิก และผู้รับผิดชอบงาน ตามที่รับมอบหมายจะมีการจดบันทึก ปัญหาอุปสรรค และอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยใน คลินิก รัษฎา สุขภาพ บันทึกความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จากพฤติกรรมการ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มารับบริการที่คลินิก รัษฎา สุขภาพ ได้อย่าง ถูกต้อง ถูกวิธี ถูกขนาด ครบทุกเม็ด ถูกเวลาทุกมื้อ อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 95 ของ จำนวนยาที่จะต้องรับประทานทั้งหมด ซึ่งสามารถ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์คลาดเคลื่อนไม่เกิน 30 นาที จากเวลาที่กำหนด สามารถประเมินได้จาก แบบ

ประเมินความสม่ำเสมอในการรักษา ที่ประกอบด้วย ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และด้านการ รับประทานถูกเวลา ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการให้ ผู้ป่วยรายงานถึงจำนวนครั้งที่ขาดยาในรอบ 3 เดือนที่ ผ่านมา ร่วมกับการนับเม็ดยา (pill count) ในเวลาที่ ผู้ป่วยมาตามนัด การเกิดเชื้อฉวยโอกาส ความพึงพอใจ ในการให้บริการ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เป็นต้น

2. ติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติตาม ขั้นตอนการดำเนินงานที่พัฒนาไว้แล้ว

3. บันทึกความเสี่ยง/ปัญหา อุปสรรคในการ ปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลจากการสังเกตการ อย่างมี ส่วนร่วมจากการปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ที่มารับบริการใน คลินิก รัษฎา สุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติ

1. มีการสะท้อนผลการปฏิบัติรายบุคคล เป็น การคืนข้อมูลรายบุคคล บนพื้นฐานของข้อมูลร่องรอย ต่าง ๆ ที่ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่ได้ โดย กระบวนการกลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกัน วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการ บันทึกข้อมูล การสังเกต และอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในการดำเนินการปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ใน คลินิก รัษฎา สุขภาพ

2. วิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข จุดแข็ง ที่ต้องสร้างเสริมพัฒนาต่อเนื่อง และนำข้อมูลที่ตกผลึก มาปรับกิจกรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการรักษาในคลินิก รัษฎา สุขภาพ สามารถทำให้ เกิดการพัฒนาได้ใน 4 ประเด็น คือ 1) ประเด็นเรื่อง ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยยังไม่เปิดเผยสถานะการเจ็บป่วย ยัง ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีพฤติกรรมและ การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ไม่มารับยาตามนัด มารับ ยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่สม่ำเสมอ รูปแบบการดูแลครั้งนี้ จะมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการ รักษา การดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับ

โรค รวมทั้งส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกรักษาสุภาพรายบุคคล 2) ประเด็นอาคารสถานที่ พบว่ามีความแออัดในการให้บริการ ไม่มีพื้นที่ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงาน ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ไม่สะดวกในการมารับบริการ ที่นั่งไม่เพียงพอ จึงได้ทำการย้ายคลินิกจากแผนกผู้ป่วยนอก ไปใช้ตึกกายภาพเดิม ซึ่งไม่แออัด มีความเป็นส่วนตัว คนไม่พลุกพล่าน มีห้องตรวจที่มิดชิด มีพื้นที่เพียงพอ เป็นสัดส่วนสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินกิจกรรมตามหน้าที่และบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย 3) ประเด็นด้านระบบการให้บริการ พบว่าความยุ่งยาก หลายขั้นตอน ดังนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจะต้องมาขึ้นบันได กดบัตรคิวมาที่คลินิกรักษาสุภาพ ที่ฝ่ายเวชระเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตที่จุดคัดกรอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะนั่งรอซักประวัติที่หน้าห้องตรวจเบอร์ 4 กลุ่มงานผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำคลินิกจะทำการซักประวัติ พร้อมทั้งส่ง CXR เพื่อคัดกรองวัณโรคตามเกณฑ์ ที่กลุ่มงานรังสีวิทยาห้องเบอร์ 9 ส่งเจาะเลือดที่กลุ่มงานปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องเบอร์ 10 ตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทยปี 2563-2564 หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมีโรคร่วมก็สามารถพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสมก่อนพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและพบแพทย์สั่งจ่ายยา พบพยาบาลประจำคลินิกให้คำปรึกษาออกไปนัด แล้วส่งไปคิดค่าใช้จ่ายที่การเงิน ห้องเบอร์ 7 สุดท้ายรับยาที่กลุ่มงานเภสัชกรรม ห้องเบอร์ 6 พร้อมทั้งนำประวัติการรักษามาคืนที่คลินิกก่อนกลับบ้าน ดังนั้นในรูปแบบการดูแลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรักษาสุภาพ โรงพยาบาลนาแกจึงได้จัดให้มีการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) มีการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi-disciplinary team) ผู้ป่วยสามารถพบเจ้าหน้าที่ที่แพทย์มอบหมาย

ให้ดูแลแทน (task shifting) ได้ในกรณีอาการคงที่ และมีการตรวจรักษาโดยแพทย์ในรายที่อาการผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สิทธิในการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วย การเปิดเผยสถานะการเจ็บป่วย ประสบการณ์เข้าร่วมทำกิจกรรมและกลุ่มต่าง ๆ ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้วิจัยได้ขอคัดแปลงแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของ วรณานิภา แสนสุภา (2553) มีจำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ จำนวน 13 ข้อ คำถามเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ยาต้านไวรัส จำนวน 12 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับความรู้ถึงผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคลินิกรักษาสุภาพ ของโรงพยาบาลนาแก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) วิเคราะห์ความรู้ความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ ดัชนีมวลกาย ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte และความพึงพอใจในรูปแบบบริการ โดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา (descriptive statistic) เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์และความพึงพอใจในรูปแบบบริการ ก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Pair t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์จากเอกสารแฟ้มประวัติผู้ป่วย การสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสัมภาษณ์รายบุคคลในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับบริการในคลินิก แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 30.0 ตามลำดับ อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 70 ปี เฉลี่ย 43.06 ปี (S.D.= 11.51) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือสถานภาพโสด และหม้ายเท่ากัน ร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.0 รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6500 - 9000 บาท/เดือน กลุ่มตัวอย่างใช้ส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาบัตรทอง รองลงมาคือเบิกจากต้นสังกัด ร้อยละ 90.0 และร้อยละ 6.7 ตามลำดับ มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ในเขตอำเภอนาแก ร้อยละ 100

2. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 15 ปี เฉลี่ย 7.4 ปี (S.D. = 3.9) กลุ่มตัวอย่างรับยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 15 ปี เฉลี่ย 7.3 ปี (S.D. = 3.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุของการติดเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ ร้อยละ 76.7 รองลงมาคือมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ร้อยละ 23.3 สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคือสูตรพื้นฐาน

ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ สูตรดื้อยา ร้อยละ 10.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดเผยสถานะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ร้อยละ 66.7 และไม่เปิดเผย ร้อยละ 33.3 โดยเปิดเผยสถานภาพการเจ็บป่วยกับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา/มารดา/พี่/น้อง/บุตร ร้อยละ 26.7 บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยปัจจุบัน คือบุคคลในครอบครัว เช่น บุตร/บิดา/มารดา/พี่/น้อง ร้อยละ 60 รองลงมาคือสามี/ภรรยา ร้อยละ 40.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเปลี่ยนสูตรยาใหม่ ร้อยละ 83.3 และเคยเปลี่ยนสูตรยา ร้อยละ 16.7 สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปลี่ยนสูตรยาใหม่คือเกิดจากการดื้อยาร้อยละ 10.0 และเกิดจากผลข้างเคียงจากยารุนแรงมาก ร้อยละ 6.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ คือ มีไขมันย่ำที่ แก้มตอบ แขน ขาลีบ ร้อยละ 16.7 เกิดผื่นแพ้ตามร่างกาย ร้อยละ 6.7

3. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิจัยพบว่าก่อนการเข้าร่วมการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิก ทัศนคติของสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{x} = 6.5$, S.D. = 1.4) เป็นระดับดีมาก ($\bar{x} = 12.6$, S.D. = 0.5), มีความรู้เกี่ยวกับที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{x} = 5.7$, S.D. = 1.9) เป็นระดับดีมาก ($\bar{x} = 11.6$, S.D. = 0.8) และความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.3$, S.D. = 2.7) เป็นระดับดีมาก ($\bar{x} = 12.5$, S.D. = 0.9) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความเข้าใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษพบว่า หลังเข้าร่วม

การวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีค่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.6 (S.D. = 2.5) เป็นร้อยละ 98.9 (S.D. = 1.2) และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.8 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 2.6) เป็น 21.2 กิโลกรัม/เมตร² (S.D. = 2.4) และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 396.5 เซลล์/มม.³ (S.D. = 203.2) เป็น 500.9 เซลล์/มม.³ (S.D. = 190.0) ซึ่งมีค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) สารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ สารถอภิปรายได้ดังนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์นั้นปัจจัยด้านระบบบริการนั้นถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การให้บริการในคลินิกมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย (ประจักษ์ เหมขุน. 2564) รวมถึงผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในระบบการให้บริการ ซึ่งรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ นั้นจะต้องเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการ ของผู้ป่วย และเหมาะสมกับกับบริบทของแต่พื้นที่ ต้องมีการผสมผสานการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม (วันทีย์ ธารณธนบุลย์. 2562) นอกจากนี้จะต้องมีสถานบริการที่สะอาด บรรยากาศดี เป็นสัดส่วน สามารถเข้าถึงได้สะดวก รวมถึงบุคลากรผู้ให้การดูแลจะต้องมีความพร้อม มีทักษะและสมรรถนะที่ดีในการให้คำปรึกษา รวมทั้งมีกระบวนการ

ติดตามความสม่ำเสมอ และการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง¹¹ มีระบบการจัดการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานที่เหมาะสมกับทรัพยากร ศักยภาพ และสิทธิ์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์พึงได้รับ เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จึงได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ขึ้น โดยมีแนวคิดมุ่งเน้นให้มีการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายให้เกิดการยกระดับคุณภาพ และพัฒนาต่อยอด ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินงานอย่างครบถ้วน ตั้งแต่ 1) การวางแผนกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติ 2) การนำทางเลือกที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน ลงมือปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ และ 4) เกิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานใหม่ และก่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ ถูกทิศทาง หากพบปัญหา หรืออุปสรรคระหว่างทาง ก็จะสามารถรู้ตัวได้ก่อน สามารถปรับแก้และหาทางรับมือได้ทัน เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามต้องการ ผู้วิจัยจึงได้สนใจนำกลยุทธ์พัฒนาคุณภาพมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน ตลอดจนสามารถนำไปปรับใช้กับโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ได้ และจะเป็นประโยชน์ในการสร้างโอกาสพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิกสุขภาพ ในโรงพยาบาลนาแก ให้ได้คุณภาพและมีมาตรฐานบริการที่ครบถ้วน ระบบบริหารจัดการทั้งในด้านระบบข้อมูลสารสนเทศที่สมบูรณ์และนำมาใช้ประโยชน์ได้ มีระบบบริการและการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลให้เป็นสัดส่วนมากขึ้น และบริการได้รวดเร็ว ลดความแออัด ระยะเวลาการรอคอยลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ดังนี้

มีการปรับกิจกรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มาได้รับการรักษาในคลินิกสุขภาพ สามารถทำให้เกิดการพัฒนาได้ใน 4 ประเด็น คือ 1)

ประเด็นเรื่องผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยยังไม่เปิดเผยสถานะการเจ็บป่วย ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ไม่มารับยาตามนัด มารับยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่สม่ำเสมอ รูปแบบการดูแลครั้งนี้จะมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกโรคสุขภาพประชาชน 2) ประเด็นอาคารสถานที่ พบว่ามีความแออัดในการให้บริการ ไม่มีพื้นที่ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงาน ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ไม่สะดวกในการมารับบริการ ที่นั่งไม่เพียงพอ^{11,14} จึงได้ทำการย้ายคลินิกจากแผนกผู้ป่วยนอก ไปใช้ตึกกายภาพเดิม ซึ่งไม่แออัด มีความเป็นส่วนตัว คนไม่พลุกพล่าน มีห้องตรวจที่มีขีด มีพื้นที่เพียงพอ เป็นสัดส่วนสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินงานตามหน้าที่และบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย 3) ประเด็นด้านระบบการให้บริการ พบว่าความยุ่งยาก หลายขั้นตอน ดังนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจะต้องมายื่นบัตร กดบัตรคิวมาที่คลินิกโรคสุขภาพ ที่ฝ่ายเวชระเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตที่จุดคัดกรอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะนั่งรอซักประวัติที่หน้าห้องตรวจเบอร์ 4 กลุ่มงานผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำคลินิกจะทำการซักประวัติ พร้อมทั้งส่ง CXR เพื่อคัดกรองวัณโรคตามเกณฑ์ ที่กลุ่มงานรังสีวิทยาห้องเบอร์ 9 ส่งเจาะเลือดที่กลุ่มงานปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องเบอร์ 10 ตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทยปี 2563-2564 หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมีโรคร่วมก็สามารถพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสมก่อนพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและพบแพทย์ พยาบาลประจำคลินิกให้คำปรึกษาออกใบนัด แล้วส่งไปคิดค่าใช้จ่ายที่การเงิน ห้องเบอร์ 7 สูดทำยาที่กลุ่มงานเภสัชกรรม ห้องเบอร์ 6 พร้อมทั้งนำประวัติการรักษามาคืนที่คลินิกก่อนกลับบ้าน ซึ่งจากรูปแบบการ

ดูแลแบบเดิมมีหลายขั้นตอน และต้องเข้ารับบริการในหลายจุด ดังนั้นในรูปแบบการดูแลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกโรคสุขภาพ จึงได้จัดให้มีการบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) มีการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi-disciplinary team) ผู้ป่วยสามารถพบเจ้าหน้าที่ที่แพทย์มอบหมายให้ดูแลแทน (task shifting) ได้ในกรณีอาการคงที่ และมีการตรวจรักษาโดยแพทย์ในรายที่อาการผิดปกติ แต่จากการศึกษาครั้งนี้มีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นระหว่างการทำวิจัยคือสถานที่ที่เตรียมจัดทำคลินิก มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ทางโรงพยาบาลได้จัดให้เป็นตึกผู้ป่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยโควิด-19 (Cohort ward) จึงได้ย้ายสถานที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในช่วงแรกที่ทำการศึกษา แต่ทางผู้วิจัยได้ไลน์แจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเปลี่ยนแปลงสถานที่คลินิก ซึ่งจากการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้ปรับแก้ปัญหานี้พบว่า เกิดประสิทธิผลตามผลการวิจัยคือ กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมการวิจัยพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมเพิ่มขึ้น มีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ $\leq$ ร้อยละ 95 เพิ่มขึ้น มีดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ (BMI, CD4) เพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในคลินิกโรคสุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ดังนี้

2.1 ความรู้ สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ (ชนัญญา คุ่มครอง และคณะ. 2557) ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทายา

ด้านไวรัสเอดส์(เจตนิพัทธ์ มิตขุนทด. 2562 ;ชนัญญา คุ่มครอง และคณะ. 2557) สามารถร่วมกำหนดเป้าหมาย ทิศทางในการรักษากับทีมแพทย์ได้ จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย (พรกรณิการ์ วีระกุลและคณะ ,2554 ; ยุทธชัย ไชยสิทธิ์และคณะ ,2556) จากการศึกษาในครั้งนี้มีชุดคอยสอบถามความรู้ ความเข้าใจ และซักถามข้อสงสัย ตลอดจนค้นหาปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยรายบุคคลอย่างมีแบบแผน และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยแต่ละรายได้เหมาะสม ตรงจุด รวมทั้งมีการให้ความรู้ทั้งจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น แพทย์จะให้ความรู้เรื่องโรค และแนวทางการรักษาเบื้องต้น เภสัชกรให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความสำคัญของยา การรับประทายา และผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์แต่ละชนิดที่ผู้ป่วยรับประทายา พยาบาลประจำคลินิกจะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการหรือผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการรับประทายาอย่างสม่ำเสมอ ผลดีผลเสียของการรับประทายาไม่สม่ำเสมอ ตลอดจนเทคนิคกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทายาได้สม่ำเสมอ ไม่ลืม ไม่ขาดยา เป็นต้น นักโภชนาการในความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค และประเมินพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตวิทยาสามารถปรึกษาพยาบาลจิตเวชได้ที่คลินิก เป็นต้น จากผลการวิจัยในครั้งนี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการให้ความรู้มีแบบแผนสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ได้(ฐานิชญาณ์ หาญณรงค์. 2552 ; ยุทธชัย ไชยสิทธิ์และคณะ ,2556)

2.2 ความสม่ำเสมอในการรับประทายา
ด้านไวรัสเอดส์ สามารถอภิปรายได้ดังนี้ การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรักษสุขภาพ ที่มี การให้บริการเบ็ดเสร็จ (One stop service) แบบผสมผสานจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้พัฒนาขึ้น มีการปรับปรุงแบบการให้การดูแลจากการดูแลผู้ป่วยนอกทั่วไป มาเป็นแบบเบ็ดเสร็จในคลินิก ทำให้ผู้ป่วยสะดวกสบาย มีการบริการที่รวดเร็วขึ้น ไม่ต้องยุ่งยากเดินไปหลายจุด มีการย้ายสถานที่คลินิกให้เป็นสัดส่วน ไม่แออัด เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ปกปิดการเจ็บป่วย มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน และสอนทักษะอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรค และการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ รวมถึงให้คำปรึกษาผ่านทางไลน์ มีการโทรติดตามผู้ป่วยให้มารับยาตามวันนัด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการจัดการปัญหาการให้บริการ และต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงบริการการรักษา รวมถึงผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพในด้านความต่อเนื่องในการรับประทายา จึงจะทำให้ผู้ป่วยมารับยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาด ไม่ขาดยา การรักษาด้วยยาต้านไวรัสบรรลุตามเป้าหมาย(ดวงเนตร ธรรมกุลและคณะ ,2553 ; ยุทธชัย ไชยสิทธิ์และคณะ ,2556)

2.3 ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย **ดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte** สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.3.1. ดัชนีมวลกาย (BMI) จากลักษณะอาการทางคลินิกของโรคเอดส์นั้น มีอาการกล้ามเนื้อฝาด ขาว เบื่ออาหาร มีการติดเชื้อราในระบบทางเดินอาหาร

ท้องร่วงเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และทำให้น้ำหนักลดลง ร่างกายผ่ายผอม(เกียรติ รัชชธรรม. 2549) และการที่จะมีภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะต้องมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และต้องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ตีมาก คือรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอถึงร้อยละ 95 ตั้งแต่เริ่มต้นให้ยาและมีความต่อเนื่องไปตลอดชีวิต การรักษาจึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดบรรลุเป้าหมายจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ค่าดัชนีมวลกายมีค่าสูงขึ้นตามไปด้วย สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ มีปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการเบ็ดเสร็จ (One stop service) แบบผสมผสานจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสะดวกสบาย มีการบริการที่รวดเร็วขึ้น ไม่ต้องยุ่งยากเดินทางไปหลายจุด มีการย้ายสถานที่คลินิกให้เป็นสัดส่วน ไม่แออัด เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ปกปิดการเจ็บป่วย มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน และสอนทักษะอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรค และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ รวมถึงให้คำปรึกษาผ่านทางไลน์ มีการโทรติดตามผู้ป่วยให้มารับยาตามวันนัด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การจัดการปัญหาการให้บริการ และต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงบริการการรักษา รวมถึงผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพในด้านความต่อเนื่องในการรับประทานยา จึงจะทำให้ผู้ป่วยมารับยาอย่างต่อเนื่อง

ไม่ขาดนัด ไม่ขาดยา การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์บรรลุตามเป้าหมาย ประกอบด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ แนวทางการรักษา และการจัดการตนเองที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมขณะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ คือให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารจำพวกโปรตีน เช่น เนื้อ นม ไข่ เป็นต้น และแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสมของแต่ละคน ร่วมกับหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น งดอาหารแสลง งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการรับเชื้อเพิ่ม เป็นต้น ก็จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมการวิจัยมีดัชนีมวลกาย (BMI) สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.2 ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 โรคเอดส์เป็น กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง อันเนื่องมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เชื้อไวรัสเอชไอวีจะไปทำลาย CD4 Lymphocyte ซึ่งเป็นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย และดำเนินสู่การป่วยด้วยโรคเอดส์ในที่สุด^๑และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte ถือเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการติดตามประสิทธิภาพการรักษา และยังเป็นตัวบ่งชี้ว่าเมื่อใดที่สามารถหยุดการกินยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสแต่ละชนิด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte สูงขึ้นจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถอธิบายได้ว่า จากพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกวิชานั้นได้มีการผสมผสานในการ

ดูแลร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจในการรักษาของแพทย์ จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา ไม่ขาดนัด ขาดยา รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ เฉลี่ยร้อยละ 98.9 (S.D. = 1.2) ทำให้บรรลุเป้าหมาย และเกิดประสิทธิผลสูงสุดในการรักษา คือ มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte สูงขึ้นตามผลการวิจัยข้างต้น ซึ่งสอดคล้อง กับวรรณิณีภา แสนสุภา (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์, ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte, และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์, ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte, และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เช่นเดียวกับ

2.4 ความพึงพอใจต่อคลินิกโรคสุขภาพ จากผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้มีการพูดคุย สอบถามปัญหา อุปสรรคต่างเกี่ยวกับผู้ป่วยในการมารับบริการที่คลินิก และทำการศึกษานำร่อง ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในคลินิก แล้วทำการรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาข้อสรุปในการดำเนินงาน วางแผน

พัฒนารูปแบบ สะท้อนผลการปฏิบัติรายบุคคล ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขจนได้รูปแบบการดูแลติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในคลินิกที่เหมาะสมกับบริบท สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อคลินิกโรคสุขภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ ในรูปแบบที่ได้ทำการพัฒนาไปแล้ว และควรมีการดำเนินงานในวงล้อของการดำเนินงานต่อไป เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ในการวิจัยในครั้งนี้มีการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เปิดเผยสถานะกับบุคคลในครอบครัว ยังไม่เปิดเผยสถานะการเจ็บป่วยกับบุคคลอื่น ดังนั้นควรมีการพัฒนาแบบการดูแลที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเปิดเผยการเจ็บป่วยกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อสามารถให้การดูแลแบบรายกลุ่มมากขึ้น เป็นประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแลตนเองภายในคลินิกได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์รวมทั้ง การร่วมกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนจบ ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ ความร่วมมือจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ อินทิสักดิ์. (2551). ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องของ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 4(1), 34-41.
เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม. (2549). สถานการณ์เชื้อเอชไอวีที่อยู่ในปัจจุบันและความท้าทายใหม่. ใน: พิระมณ นิงสา

- นนท์, ทองกร ยัณรังสี, ลีซ่า กันธมาลา, และคณะ. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- เจตนิพัทธ์ มิตขุนทด. (2562). ความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ : กรณีศึกษา โรงพยาบาลตากสิน นครสวรรค์. วารสารโรคเอดส์. 31 (2), 85-99.
- ชนัญญา คุ่มครอง, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, พูลสุข เจนพานิชย. (2557) ความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารเกื้อการุณย์. 21 (2), 211-228.
- ฐานิชญาณ หาดูณรงค์. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุฑทาศ, อุษณีย์ เทพรชัย และคณะ. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 4(2), 1-11.
- ประจักษ์ เทิกขุน. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว. วารสารโรคเอดส์. 33 (3), 151 -164.
- ปรีชา มนทกานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, นวกรณ์ วิมลสารวงศ์,และคณะ. (2550). การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน จำกัด.
- พรกรณีการ วีระกุล, อารยา ประเสริฐชัย & สุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2 , 1-14
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ , รัตติยา ทองอ่อน, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และคณะ (2556). ศึกษากลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 5(3),13-24.
- วิลาวรรณ ชมาฤกษ์. (2556). ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี:อุบลราชธานี.
- วันทีย์ ธารณบุญย์. (2562). การประเมินรูปแบบการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารโรคเอดส์. 31(2), 70-84.
- วรรณนิภา แสนสุภา. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์ & ดวงฤดี วรชิน. (2562). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์. 32(1),15-27.

การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Perception and Risk Prevention and Control Behaviors among Laundry Workers in Uttaradit Hospital

(Received: October 26, 2021 ; Accepted: November 22, 2021)

พงษ์เทพ อินทรัพย์¹

Pongthap Insup¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 40 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' correlation product moment) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานโดยรวม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับมาก การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอกโดยรวม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

คำสำคัญ: การรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง บุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก

Abstract

The purpose of this research was to study the relationship between risk perception and risk prevention and control behaviors of personnel working in laundry. The population of 40 laundry workers from Uttaradit Hospital. The questionnaire was used for collecting the data. The data were analyzed by statistics of frequency, percentage, mean, standard deviation and pearson's correlation product moment at a significance level of .05.

The results showed that Perceived overall operational risk Perceived barriers to disease prevention and control behaviors/health problems Perceived likelihood of disease/health problem Perceived likelihood of disease/health problem was at a moderate level. However, the perceived benefit of preventive behavioral practice was at a high level. Preventive and risk control behaviors of personnel working in laundry Uttaradit Hospital It was at the moderate level, followed by the high level. Perceived risks from operations at the laundry as a whole The perceived benefits of preventive behavior practice and perceived barriers of disease prevention and control behaviors/health problems were statistically related to preventive and risk control behaviors ($p < .05$). However, perceived risk of disease/health problem and perceived severity of disease/health problem were not statistically related to preventing and controlling risk behaviors ($p > .05$).

Keyword: Risk perception, Risk prevention and control, Behavior, Laundry Worker

¹ นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

บทนำ

งานซักฟอกในโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานของโรงพยาบาลทุกระดับ ทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเสื้อผ้าและเครื่องนอนสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในโรงพยาบาลเพื่อใช้ปฏิบัติงานด้วยการซักล้างและทำความสะอาดให้ปราศจากเชื้อและนำส่งแก่ผู้ใช้ ทั้งนี้ ลักษณะการทำงานของแผนกซักฟอกส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ปฏิบัติงานทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพตามมา จากผลการวิจัยการประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเปอร์คลอไรด์เอธิลีนของพนักงานซักแห้งในประเทศไทยพบว่า อาการ 3 อันดับแรกของพนักงานซักแห้งที่เกิดขึ้นจากการซักด้วยเครื่องซักผ้าคือ อาการระคายเคืองผิวหนัง ร้อยละ 47.8 รองลงมา คือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 43.5 และอาการเวียนศีรษะ ระคายเคืองตาและจมูก ร้อยละ 37 (บุตรี เทพทอง, 2548) นอกจากนี้ที่กล่าวมาแล้ว งานซักฟอกต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามที่หลากหลาย ได้แก่ สิ่งคุกคามทางกายภาพ เช่น ความร้อน เสียงดัง ฝุ่นฝ้าย สิ่งคุกคามทางเคมี ได้แก่ การสัมผัสน้ำยาซักล้าง การสัมผัสสารเคมีที่ซัดจากถุงมือ สิ่งคุกคามทางชีวภาพ ได้แก่ สารคัดหลั่งที่ปนเปื้อนมากับเสื้อผ้า สิ่งคุกคามทางกายศาสตร์ ได้แก่ การยกของหนัก การเข็นรถ การรับผ้าส่งผ้า การเคลื่อนไหวบ่อยครั้ง การยืนหรือการนั่งเป็นเวลานาน สิ่งคุกคามทางจิตใจ ได้แก่ ความเครียดจากการทำงานที่จำเจ รวมทั้ง อุบัติเหตุที่เกิดจากเข็มตำขณะแยกผ้า อุบัติเหตุอื่นๆ และอาจเกิดอัคคีภัย (สลิธร เทพตระการพร, 2551) จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานในงานซักฟอกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ทั้งนี้ งานซักฟอกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานและเป็นปัญหาที่ท้าทายต่อผู้บริหารเสื้อผ้าและสิ่งทอ พบว่า มีการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึง

ต่ำ (บุญยิ่ง ทองคุปต์, 2552) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง (กฤตธีรา เครื่องนันทา, 2548)

จะเห็นได้ว่า การรับรู้และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยการเรียนรู้เป็นกระบวนการด้านความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่รวมถึงการแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่พบเห็นหรือได้ยิน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์หรือความรู้เดิมที่เคยประสบมาจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่ได้สัมผัส สำหรับพฤติกรรมเป็นการแสดงออกมาจากการสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้าที่ผ่านกระบวนการภายในการเรียนรู้ การคิด การจำ การรู้สึก ทั้งนี้ บุคคลจะมีการรับรู้โดยนำมาตีความหรือแปลความและให้ความสำคัญกับการรับรู้ความรู้สึกหรือสิ่งเร้านั้น จนเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ การวิจัยครั้งนี้เป็นการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของบุคลากรงานซักฟอก

ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในงานซักฟอกด้วยการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความ

เสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ในประชากรที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2564 ประชากรที่นำมาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 40 คน และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีประสบการณ์ในการทำงานงานซักฟอก ไม่น้อย 6 เดือน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม “การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์” โดยประยุกต์มาจากการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานแผนกซักฟอก โรงพยาบาลชุมชน (สุวรรณดา สงธู, 2558) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งในปัจจุบันรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ การรับประทานยาเป็นประจำ

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติงานในงานซักฟอกของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาล

อุดรดิตถ์จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาปฏิบัติงานทำงานซักฟอก ในขั้นตอนที่ท่านปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอกของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์จำนวน 41 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพการรับรู้ความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค/ปัญหาสุขภาพการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลคะแนนโดยการจัดอันดับภาคขึ้นของคะแนนเฉลี่ย (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553) ได้แก่ มาก (3.78-5.00 คะแนน) ปานกลาง (2.34 – 3.77 คะแนน) น้อย (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอกของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์จำนวน 15 ข้อลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) เป็นบางครั้ง (3 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) แปลผลคะแนนใช้การจัดอันดับภาคขึ้นของคะแนนเฉลี่ย (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553) ได้แก่ มาก (3.78-5.00 คะแนน) ปานกลาง (2.34 – 3.77 คะแนน) น้อย (1.00-2.33 คะแนน)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ภาษาและการสื่อสารจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและ

วัตถุประสงค์ (Index of item – objective congruence: IOC) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง งานหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี 6 แห่ง จำนวน 20 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ช (Cronbach' Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอก เท่ากับ .92 พฤติกรรมและการควบคุมความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่โครงการ 7/2564 วันที่รับรอง 22 กุมภาพันธ์ 2564 พิกัดสิทธิ์โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และการนำเสนอข้อมูลในครั้งนี้นำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติงานงานซักฟอก การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานงานซักฟอกและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรธานี ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานงานซักฟอกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานงานซักฟอก ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' correlation product moment) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 เพศหญิง ร้อยละ 37.5 จบการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 72.5 รองลงมา คือ ปวช./ปวส. ร้อยละ 15.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 42.5 สมรส ร้อยละ 30.0 ตำแหน่งปัจจุบัน คือ ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 42.5 รองลงมา คือ ลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 30.0 รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 57.5 รองลงมา คือ 10,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 42.5 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1–4 ปี ร้อยละ 35.0 รองลงมา คือ 3–5 ปี ร้อยละ 32.5 ปฏิบัติงาน 6 วัน ต่อ สัปดาห์ และปฏิบัติงานวันละ 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 100 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.5 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 67.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.0

2. การปฏิบัติงานงานซักฟอกของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอกส่วนใหญ่ เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดปฏิบัติงาน ร้อยละ 82.5 รองลงมา คือ เตรียมผ้าก่อนเข้าเครื่องโดยแยกผ้า (ทั่วไป,สกปรก,ติดเชื้อ) ตรวจสอบสภาพผ้าหลังการซักล้าง (สะอาด,ชำรุด) พับรีด แยกเก็บเป็นหมวดหมู่และจัดเตรียมแจกจ่ายชุดเสื้อผ้า ร้อยละ 80.0 ทำความสะอาดอุปกรณ์ใส่ผ้าเปื้อน (ถุงผ้า,ถังผ้า) และใส่ผ้าเปื้อนเข้าเครื่องซักผ้า ร้อยละ 70.0 แยกประเภทผ้าเปื้อนก่อนเข้าเครื่องและอบผ้าหลังการซักล้าง ร้อยละ 67.5 มีเพียงร้อยละ 65.0 ที่แช่ผ้า(ติดเชื้อ) และการรับผ้าเปื้อน ร้อยละ 65.0

3. การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอกของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงาน

ชักพอกระดับปานกลาง ($\mu=3.18$, $\sigma=.73$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.77 คะแนน) คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การทำงานในท่าทางก้มๆ เงยๆ ยกของหนักมาก ทำให้เกิดอาการปวดหลัง การเช็ดผ้าที่น้ำหนักรวมในที่ลาดชัน ทำให้เกิดอุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ การยกผ้าของที่มีน้ำหนักมาก ทำให้กล้ามเนื้อได้รับการบาดเจ็บและปวดทั่วร่างกาย คะแนนต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การสัมผัสความร้อนเป็นเวลานาน ทำให้อ่อนเพลีย เป็นลมได้ และการสัมผัสผงซักฟอกซึ่งเป็นสารเคมีอาจทำให้เกิดผื่นคันอาการแพ้ ตามผิวหนัง การทำงานในสถานที่ที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ ทำให้ปวดตาหรือ เมื่อยล้าจากการทำงานและการสัมผัสฝุ่นผ้าทำให้เกิดอาการคันตา เคืองตา แสบตา และมีไข้ตา ตามลำดับ

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอกระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การยกห่อผ้าที่มีน้ำหนักมาก การออกแรงเข็นรถในทางลาดชัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดเอว หมอนรองกระดูกทับเส้นหรือทำให้กระดูกผิดรูป ฝุ่นผ้าทำให้เกิดโรคปอดจากฝุ่นฝ้าย และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และอุบัติเหตุจากการทำงาน อาจทำให้ต้องเสียเวลา ในการพักรักษาตัวตามลำดับ คะแนนต่ำสุด 3 อันดับ ความร้อนสูงมากๆ เป็นอันตรายต่อร่างกาย อาจทำให้ เป็นลมหมดสติและเสียชีวิตได้ การสัมผัสสารเคมี เช่น ผงซักฟอกอาจทำให้การระคายเคืองผิวหนัง ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะและมึนงง การทำงานที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดอาการปวดตาหรือเมื่อยล้าทางสายตา ทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลงและความเครียดจากการทำงาน

ส่งผลต่อความสุขในการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ตามลำดับ

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอกอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าระดับมากคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การล้างมือก่อนและหลังปฏิบัติงานสามารถลดการติดเชื้อจากการสัมผัสได้ การสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น หน้ากาก ถุงมือยาง ผ้ากันเปื้อน รองเท้าบูทช่วยป้องกันหรือลดการสัมผัสเชื้อโรค สารเคมีและการสวมหน้ากากหรือผ้าปิดจมูกและปากเป็นวิธีการที่สามารถป้องกันฝุ่นผ้าป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ ตามลำดับ คะแนนต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี โดยการวัดสายตาจะช่วยลดปัญหาทางสายตา การตรวจร่างกายประจำปี โดยวัดการได้ยินจะช่วยลดปัญหาทางหูและการพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพลดลง ตามลำดับ

3.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอกระดับปานกลาง ($\mu=3.64$, $\sigma=.86$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การจัดการของใช้ให้เป็นระเบียบทำให้เสียเวลาการทำงาน การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและดื่มน้ำทุกครั้งเป็นสิ่งยุ่งยากไม่สะดวก การสวมใส่หน้ากากหรือผ้าปิดจมูกทำให้พูดติดต่อกับคนอื่นลำบากและการแยกประเภทของใช้ ทำให้ไม่คล่องตัวในการทำงาน ตามลำดับ คะแนนต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ สัญลักษณ์ความปลอดภัยในการทำงานทำให้เกะกะอ่านแล้วไม่ชัดเจนและไม่เข้าใจ การสวมใส่หน้ากากหรือผ้าปิดจมูกขณะทำงานทำให้รู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวกและการปฏิบัติตามกฎระเบียบไม่เข้มข้นตอน ทำให้งานเสร็จช้าลงตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอก
ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอก	μ	σ	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพ	3.18	.73	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพ	3.11	.85	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค	4.24	.62	มาก
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพ	3.64	.86	ปานกลาง
โดยรวม	3.58	.42	ปานกลาง

4. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.5 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 22.5 ค่าเฉลี่ย 55.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.23 คะแนน คะแนนต่ำสุด 45 คะแนน คะแนนสูงสุด 71 คะแนน เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอกอยู่ในระดับมาก คะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ปฏิบัติตามขั้นตอนการทำงานและกฎระเบียบสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายในการทำงาน เช่น หน้ากาก หมวก ถุงมือ รองเท้าบูท (ตามความเหมาะสมของงาน) เมื่อเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน

เช่น ของมีคมที่มิดำได้รายงานให้ผู้รับผิดชอบทราบทันที การล้างมือทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติงานและดูแลรักษาความสะอาดบริเวณที่ทำงานให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอตามลำดับ ระดับปานกลาง คะแนนต่ำสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ขณะที่ปฏิบัติงานจะคิดถึงปัญหาต่างๆ ที่เป็นกังวลเสมอ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเพื่อนร่วมงาน แม้ว่ารู้สึกไม่สบายจะทำงานจนสำเร็จ การปฏิบัติงานตามความถนัดและความเคยชินเพราะผลงานที่ออกมาเหมือนกัน แม้ว่าจะไม่ใช่วิธีการที่ถูกต้อง ไม่เต็มเครื่องเต็มที่ทำให้เกิดความมึนเมาก่อนและขณะปฏิบัติงานและขณะปฏิบัติงานจะรับประทานยาที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการง่วงซึมหรือมึนงง ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
มาก (60 – 75 คะแนน)	9	22.5
ปานกลาง (45 – 59 คะแนน)	31	77.5
น้อย (น้อยกว่า 45 คะแนน)	0	0.05
รวม	40	100.0

5. การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

พฤติกรรมป้องกันและควบคุมความเสี่ยง	r	p - value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพ	.133	.412
การรับรู้ความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพ	.146	.370
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค	.509	.001 *
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพ	.603	.000 *
โดยรวม	.362	.022 *

สรุปและอภิปรายผล

การปฏิบัติงานงานซักฟอกของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอกส่วนใหญ่ เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดปฏิบัติงาน ร้อยละ 82.5 รองลงมา คือ เตรียมผ้าก่อนเข้าเครื่องโดยแยกผ้า (ทั่วไป,สกปรก,ติดเชื้อ) ตรวจสอบสภาพผ้าหลังการซักล้าง (สะอาด,ชำรุด) พับรีด แยกเก็บเป็นหมวดหมู่และจัดเตรียมแจกจ่ายชุดเสื้อผ้า ร้อยละ 80.0 ทำความสะอาดอุปกรณ์ใส่ผ้าเปื้อน (ถุงผ้า,ถังผ้า) และใส่ผ้าเปื้อนเข้าเครื่องซักผ้า ร้อยละ 70.0 แยกประเภทผ้าเปื้อนก่อนเข้าเครื่องและอบผ้าหลังการซักล้าง ร้อยละ 67.5 มีเพียงร้อยละ 65.0 ที่แช่ผ้า(ติดเชื้อ) และการรับผ้าเปื้อน ร้อยละ 65.0 ซึ่งการสัมผัสสิ่งคุกคามเหล่านี้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาของการปฏิบัติงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น ความเหนื่อยล้า ความเครียดจากการทำงาน (สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน, 2551) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของหน่วยโภชนาการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีซึ่งบริบทมีความใกล้เคียงกับหน่วยงานจ่ายกลางและซักฟอก พบว่าร้อยละ 56.7 เคยพบแพทย์ด้วยอาการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อ (สุชาดา บุรณะสถาพร มลินี สมภาพเจริญ และธราดล เก่งการพานิช, 2556) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของอภินันท์ ประยูรวงษ์. (2556) ที่พบว่า อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของบุคลากรโรงพยาบาลอุบลราชธานีเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด

การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอกของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคของ

พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (บุญยิ่ง ทองคุปต์, 2552) ที่งานซักฟอกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานและเป็นปัญหาที่ทำนายต่อผู้บริหารเสื้อผ้าและสิ่งทอ แต่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานยังไม่เคยประสบอุบัติเหตุหรือได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยจากการทำงานมาก่อน จึงยังไม่เห็นความสำคัญและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นตามมา มักนึก หวั่นงานหรือผู้รับผิดชอบงานอาชีพอนามัยมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นเตือน

พฤติกรรมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.5 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 22.5 โดยพบว่าพฤติกรรมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอกอยู่ในระดับมากคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ปฏิบัติตามขั้นตอนการทำงานและกฎระเบียบ สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายในการทำงาน เช่น หน้ากาก หมวก ถุงมือ รองเท้าบูท (ตามความเหมาะสมของงาน) เมื่อเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน เช่น ของมีคมที่ตำได้ รายงานให้ผู้รับผิดชอบทราบทันที การล้างมือทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติงานและดูแลรักษาความสะอาดบริเวณที่ทำงานให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่

เสมอตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานแผนก ชักฟอกส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบ อุปกรณ์ เครื่องมือ และเครื่องใช้ไฟฟ้าให้อยู่ในสภาพ ที่พร้อมใช้งาน สำหรับคะแนนต่ำสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ขณะที่ปฏิบัติงานจะคิดถึงปัญหาต่างๆ ที่เป็น กังวลเสมอ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเพื่อน ร่วมงาน แม้ว่ารู้สึกไม่สบายจะทำงานจนสำเร็จ การ ปฏิบัติงานตามความกดดันและความเคยชินเพราะ ผลงานที่ออกมาเหมือนกัน แม้ว่าจะไม่ใช่วิธีการที่ ถูกต้อง ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ทำให้เกิดความมึนเมา ก่อน และขณะปฏิบัติงานและขณะปฏิบัติงานจะ รับประทานยาที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการง่วงซึมหรือ มึนงง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานมีลักษณะ นิสัยส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ ส่วนหนึ่งปฏิบัติงานตามความกดดันและความเคยชิน และมีเรื่องวิตกกังวลอยู่เป็นประจำขณะปฏิบัติงาน ดังนั้นการให้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองให้มี สุขภาพดีและมีความปลอดภัย มีวัตถุประสงค์เพื่อ การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการ ปฏิบัติงาน โดยการให้ความรู้และสร้างความ ตระหนักในการป้องกันปัญหาสุขภาพ (กรม สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2542)

การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งาน ชักฟอกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและ ควบคุมความเสี่ยงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงาน ชักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ป้องกันและ ควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุม ความเสี่ยงจากการทำงาน แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพและการรับรู้ความ รุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการ ทำงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ งานชักฟอกมีความใกล้ชิดกับบุคลากรสาธารณสุข

และหัวหน้างานจึงมีพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและการรับรู้ อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค/ ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของธวัช วิเชียรประภา พร นภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวชณ์ (2555) ที่ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทางบวกระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากความเชื่อของบุคคลจะส่งผลต่อการ ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมให้กับผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้องตามหลักการย ศาสตร์ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงานจาก ลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การแก้ไข เรื่องออกแรงยกน้ำหนัก เช่น การใช้เครื่องทุ่นแรง
2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกชักฟอกทุก คน ควรได้รับการอบรมถึงวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง และหน่วยงานควรจัดหาอุปกรณ์เครื่องป้องกันที่ เหมาะสม ได้แก่ ผ้าปิดปากและจมูก แว่นตา ถุงมือ ยางอย่างหนา ผ้าพลาสติกกันเปื้อน รองเท้าบูทให้มี จำนวนเพียงพอ และมีขนาดที่เหมาะสมแก่บุคลากร ทุกคน ควรส่งเสริมให้บุคลากรมีการใช้อุปกรณ์ เครื่องป้องกันอย่างเหมาะสมและจัดหาอุปกรณ์ใน การล้างมือแก่บุคลากร
3. ควรมีการวิเคราะห์งานและความเสี่ยงของ กระบวนการทำงานชักฟอกอย่างละเอียดทุกขั้นตอน และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมกันออกแบบและ วางแผนการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและ อันตรายจากการทำงานอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการ รวมทั้งมีการควบคุม กำกับ และติดตามผลการ ดำเนินงานอย่าสม่ำเสมอเพื่อนำไปสู่การพัฒนางานที่ ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กฤตธีรา เครื่องนันทา. (2548). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นผ้าของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัช วิเชียรประภา พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวชน. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยบูรพา. 7(2), 56*83.
- บุตรี เทพทอง. (2548). การประเมินความเสี่ยงการสัมผัสสารเปอร์คลอโรเอธิลีนของพนักงานซักแห้ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญยิ่ง ทองคุปต์. (2551). การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพขายผ้ามือสอง. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สสิธร เทพตระการพร. (2551). “หน่วยที่ 14 การประยุกต์การยศาสตร์ในสำนักงานและในโรงพยาบาล”, ในอารมณ ฤกษ์นัย (ผู้ช่วยบรรณาธิการ). การยศาสตร์, 43-70. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน. (2551). แนวทางการปรับปรุงสภาพการทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน. กรุงเทพฯ: บริษัทเรียงสามกราฟฟิค ดีไซน์ จำกัด.
- สุชาดา บุรณะสถาพร มลีนี สมภพเจริญ และธราดล เก่งการพานิช. (2556). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บกล้ามเนื้อหลังจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยโภชนาการในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 6(1), 91-100.
- สุวรรณดา สงธนู. (2558). การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอกโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อภันตรี ประยูรวงษ์. (2556). ปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 27(2), 54-62.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

Factors Influencing Happiness in Work Place of Professional Nurses in Community Hospital, Nakhon Pathom Province

(Received: November 26,2021 ; Accepted: October 23,2021)

ภิรญา จำปาศรี

Piraya Jampasri

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 262 ราย ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว 3) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน 4) ความสุขในการทำงาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.61, SD = .50$) โดยเรียงจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน ($\bar{X} = 3.98$) ด้านความเพลิดเพลินในการทำงาน ($\bar{X} = 3.66$) และ ความสบายใจในการทำงาน ($\bar{X} = 3.18$) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ($\beta = .53$) ประสบการณ์การทำงาน ($\beta = .18$) และความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว ($\beta = .20$) สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 50.60

คำสำคัญ : ความสุขในการทำงาน /พยาบาลวิชาชีพ /โรงพยาบาลชุมชน

ABSTRACT

The purpose of this research were to study the level of happiness in the workplace and the predicting factors of happiness in the work place of professional nurses at Community Hospital, Nakhon Pathom Province. Participants of the study were 262 the professional nurses at Community Hospital, Nakhon Pathom Province. who were recruited by Stratified sampling technique. Questionnaires were used as research instruments consisting of four parts: 1) personal factors, 2) balance between life, work and family, 3) environmental factors happiness work place of professional nurse and 4) happiness in the work place of professional nurses. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The results of the study revealed that the level of happiness at work among the subjects was found at a medium level ($\bar{X} = 3.61, SD = .50$). For considering aspect by aspect, the highest average was the enthusiasm for work ($\bar{X} = 3.98$), enjoyment of work ($\bar{X} = 3.66$) and comfort at work ($\bar{X} = 3.18$) respectively. The results of predictive factor analysis revealed that work environment ($\beta = .53$), work experience ($\beta = .18$) and work-life balance ($\beta = .20$) were able to predict happiness at work. professional nurse in community hospital, Nakhon Pathom Province 50.60%

Key Words: HAPPINESS WORK PLACE, PROFESSIONAL NURSE, COMMUNIT HOSPITAL

บทนำ

ความสุขเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาและแสวงหา คนที่มีความสุขจะแสดงออกให้เห็นทั้งทางร่างกายและคำพูด มีอารมณ์ที่ร่าเริงและเบิกบาน

(Manion, 2003) กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลบุคลากรด้านสุขภาพทั้งประเทศได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มี

ความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ได้ให้ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็น 1 ใน 4 อันดับแรกในยุทธศาสตร์หลักของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงาน เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีสุขภาพไปใช้ และกระทรวงสาธารณสุขยังได้มีการกำหนดให้ความสุขของเจ้าหน้าที่เป็นตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงอีกด้วย (อภิญญา โพธิจักร, 2560)

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐมมีทั้งหมด 8 แห่ง โดยมีระดับ M2 จำนวน 1 แห่ง ระดับ F1 2 แห่ง และระดับ F2 จำนวน 5 แห่ง จากข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมพบว่า โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐมทุกแห่งประสบปัญหาพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ จากการวิเคราะห์อัตรากำลังของกลุ่มการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2560 โดยพิจารณาจากอัตราส่วนระหว่างจำนวนพยาบาลวิชาชีพ : จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน พบว่าอัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกต่อผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1:100 และฉุกเฉิน (ER) เท่ากับ 1:10 และ ด้วยเหตุนี้พยาบาลวิชาชีพจึงมีภาระงานที่สูง รวมทั้งอัตราการเข้าทำงานและลาออกจากโรงพยาบาลในจังหวัดนครปฐมมีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2560) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาล ผลงานต่ำกว่าที่คาดหวัง ไม่บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาล อันจะนำมาซึ่งการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐมว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัวและองค์กร เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ในด้านพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ที่มุ่งหวังให้บุคลากร เก่ง ดี และมีสุข อีกทั้งเพื่อประโยชน์ของประชาชนผู้มารับ

บริการทางการแพทย์ ในลำดับต่อไปตลอดจนส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล ปรับเปลี่ยนปัจจัยบางประการที่สามารถแก้ไขได้ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ นำทำงานเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความสุขในการทำงานกับความสุขในชีวิตด้านอื่นๆ ซึ่งช่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่สังกัดในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐม มีความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้น อันส่งผลต่อศักยภาพการปฏิบัติงานด้านความพึงพอใจในชีวิตด้านความพึงพอใจในงาน ด้านอารมณ์ทางบวก และด้านอารมณ์ทางลบ จะส่งผลต่อความสุขในการทำงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพมากยิ่งขึ้นและส่งเสริมความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานอย่างเป็นระบบได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐมได้

รูปแบบการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เชิงทำนาย (Predictive Research Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นประเภทตอบเอง (Self-Administered Questionnaire)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครปฐม คือ โรงพยาบาลสามพราน โรงพยาบาลกำแพงแสน โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง โรงพยาบาลดอนตูม โรงพยาบาลบางเลน และโรงพยาบาลพุทธมณฑล ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายจำนวน 478 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครปฐม คือ โรงพยาบาลสามพราน โรงพยาบาลกำแพงแสน โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง โรงพยาบาลดอนตูม โรงพยาบาลบางเลน และโรงพยาบาลพุทธมณฑล โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 1 ปี 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา 4) ไม่อยู่ในระหว่างลาศึกษา ลาป่วยระยะยาว/ลาคลอด กำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample size) จำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณโดยสูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1973 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) โดยใช้ระดับความเชื่อมั่น 95 % คลาดเคลื่อน 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 262 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) ซึ่งในแต่ละชั้นภูมิจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 218 คน และปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 20% เนื่องจากคาดว่าจะมีผู้ไม่ส่งแบบสอบถามคืนร้อยละ 20 ตามสูตรประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะหายไป (Lameshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 262 คน สุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) ใช้วิธีการสุ่ม

ตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณหากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยระดับบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยข้อความแบบเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา สูงสุด ตำแหน่งในการทำงาน การขึ้นเวรในการทำงาน รายได้ต่อเดือนทั้งสิ้น ความเพียงพอของรายได้ ขนาดจำนวนเตียง ลักษณะการจ้างงาน และภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวนทั้งหมด 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ แล้วสร้างแบบสอบถามที่สอดคล้องกับบริบทในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือกแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผลการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งสรุปได้ว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ด้านนโยบายและการบริหารงาน 2) ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา 3) ด้านความเป็นอิสระของงาน 4) ด้านคุณค่าของงาน 5) ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน 6) ด้านความก้าวหน้าในอาชีพ 7) ด้านค่าจ้างและสวัสดิการ หรือผลประโยชน์ 8) ด้าน

ความกดดันในงาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 43 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือกแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสุขในการทำงาน แบบสอบถามความสุขของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้ศึกษาสร้างจากแนวคิดความสุขในการทำงานของ Warr, (2007) จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การแปลความหมายคะแนนความสุขในการทำงานของพยาบาลโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งระดับในการปฏิบัติงานตามบทบาท เป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้เกณฑ์การ แบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 2006 กำหนดเกณฑ์การแปลผล โดยการนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาพิจารณา โดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลผล
1.00 – 2.33	มีความสุขระดับน้อย
2.34 – 3.67	มีความสุขระดับปานกลาง
3.68 – 5.00	มีความสุขระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คำนวณหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (บุญใจ ศรีสถิตนิรากร, 2553) จากนั้นทำการปรับปรุงเนื้อหา และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามเกี่ยวกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .89, .88 และ .97 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการแจกแจงความถี่ (Frequency) ตามระดับการวัดของข้อมูล สถิติอนุมาน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดย กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการผู้พิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตามหนังสือรับรองเลขที่ 12/2564 ลงวันที่ 7 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 40.41 ปี ($SD = 10.84$) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.40) ส่วนมากไม่มีคู่ (ร้อยละ 56.90) มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ ค่ำมัยฐาน เท่ากับ 19 ปี ส่วนใหญ่ขึ้นเวรเช้า บ่าย ดึก (ร้อยละ 73.30) มีรายได้เฉลี่ย 36,828.72 บาท ($SD = 12,761.10$) ส่วนมากรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 72.10) ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 90.50) ส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 90.10)

2. ระดับคะแนนเฉลี่ยความสมดุลระหว่างชีวิตงาน และครอบครัว ของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.58$, $S.D. = 0.65$) โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องสมาชิกในครอบครัว ภูมิใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.56$, $S.D. = 0.61$) และมีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในเรื่องการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ทำให้พยาบาลวิชาชีพ

มีเวลาในการทำกิจกรรมกับครอบครัวลดลงความรู้เรื่อง ($\bar{X} = 2.92$, $SD = 1.08$)

3. ระดับคะแนนเฉลี่ยสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.52$, $SD = .51$) โดยมีสภาพแวดล้อมในการทำงานด้าน ที่มีระดับคะแนนมากที่สุดคือ ด้านคุณค่าของงาน ($\bar{X} = 3.99$, $SD = .76$) และสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านความกดดันในงานมีระดับคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.90$, $SD = .77$)

4. ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.61$, $SD = .50$) โดยพบว่าความสุขด้านความกระตือรือร้นในการทำงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 3.98$, $SD = .60$) และน้อยที่สุดคือ ด้านความสบายใจในการทำงาน ($\bar{X} = 3.81$, $SD = .62$)

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพใน

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม คือ ประสิทธิภาพการทำงาน ปัจจัยด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 50.6 ($R^2 = .506$, $p < .001$) ตัวแปรทำนายตัวแรกที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยสามารถทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 43.1 ($R^2 = .431$, $p < .001$) ตัวแปรตัวที่สองที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการคือ ประสิทธิภาพการทำงาน โดยการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน สามารถเพิ่มความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.1 ($R^2\text{change} = .051$, $p < .001$) และตัวแปรที่สามที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ คือ ปัจจัยด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว โดยการเพิ่มปัจจัยด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัวสามารถเพิ่มความสามารถในการทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.5 ($R^2\text{change} = .025$, $p < .001$) (ในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขต่อการทำงาน
ของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 262$)

ปัจจัยทำนาย	สัมประสิทธิ์การถดถอย		R^2	R^2 change	SE	t	p-value
	b	Beta					
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (X ₁₃)	.527	.533	.431	.431	.054	9.766	<.001
ประสิทธิภาพการทำงาน (X ₃)	.008	.182	.486	.051	.002	4.013	<.001
ปัจจัยด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว (X ₁₂)	.156	.202	.512	.025	.043	3.603	<.001
Constant = 1.059, R^2 .506, $F = 87.836$, $p = <.001$							

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประสิทธิภาพการทำงาน และปัจจัยด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F = 87.836$ โดยตัวแปร

ทั้งสามนั้น สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้ (R^2) 50.6%

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวพยากรณ์ที่มีค่า

สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณสูงสุด คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ($\beta = .533$) รองลงมา ประสบการณ์การทำงาน ($\beta = .182$) และปัจจัยด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว ($\beta = .202$) ตามลำดับ และสามารถสร้างสมการพยากรณ์ ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ได้สมการในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\text{ความสุขในการทำงาน} = 1.059 + .527 (\text{สิ่งแวดล้อม}) + .008 (\text{ประสบการณ์การทำงาน}) + .156 (\text{ความสมดุลของชีวิต งาน และครอบครัว})$$

$$Z'_{\text{ความสุขในการทำงาน}} = .533 (Z_{\text{สิ่งแวดล้อม}}) + .182 (Z_{\text{ประสบการณ์การทำงาน}}) + .202 (Z_{\text{ความสมดุลของชีวิต งาน และครอบครัว}})$$

จากสมการอธิบายได้ว่า ถ้าความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย สิ่งแวดล้อมในการทำงานจะเพิ่มขึ้น .533 ประสบการณ์การทำงาน จะเพิ่มขึ้น .182 และความสมดุลของชีวิต งาน และครอบครัว จะเพิ่มขึ้น .202

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ จากการศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุขในการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.61, SD = .50$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุขในการทำงานในด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน มากที่สุด ($\bar{X} = 3.98, SD = .60$) รองลงมา คือด้านความเพลิดเพลินในการทำงาน ($\bar{X} = 3.66, SD = .65$) และมีความสุขในการทำงานด้านความสบายใจในการทำงานน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.18, SD = .62$) ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมองวิชาชีพของตนในด้านบวกมากกว่าด้านลบ (ไพจิตร ไชยฤทธิ์, 2558) งานวิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการให้บริการต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้รับบริการ

และขององค์กร (ทัศนาศ บุญทอง, 2541) ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จ ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพทำงานเกี่ยวข้องกับชีวิต ต้องช่วยเหลือผู้เจ็บไข้ได้ป่วยให้รอดพ้นจากความตาย จึงต้องทำงานให้รวดเร็วปลอดภัยที่สุด เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วย จึงทำให้มีความกระตือรือร้นกับการทำงานอยู่เสมอ รู้สึกรักและยินดีที่ได้ทำงานในหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ถึงแม้จะเป็นงานที่หนักและเหนื่อยก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรตวรรณ ขาวพราย (2560) ที่ศึกษาพบว่าระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ กรพินทร์ ลีลาวิวัฒน์ (2563) ที่พบว่า ความสุขในการทำงานพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลห้วยพลูอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงาน และปัจจัยความสมดุลระหว่างชีวิต งานและครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.66, p < .001$) และเป็นตัวทำนายที่สามารถทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้สูงสุด ข้อค้นพบจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อมีสิ่งแวดล้อมในการทำงานดีจะส่งผลให้มีความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับ Manion (2003) ที่อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานหลักของพยาบาลวิชาชีพ คือการดูแลผู้ป่วยให้หายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วย ก็ถือว่าประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชดา พรหมณัฐ (2563) ที่พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ และการศึกษาของ

(ไพจิตร ไชยฤทธิ์, 2558) ที่ศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงใต้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ และพบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมสามารถทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 20.7

2.2 ประสพการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .24, p < .05$) และสามารถร่วมทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $< .01$ แสดงให้เห็นว่าหากพยาบาลวิชาชีพ มีประสพการณ์ในการทำงานสูง จะส่งผลให้มีความสุขในการทำงานมาก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุและประสพการณ์การทำงานมาก จะผ่านการเผชิญปัญหาและสิ่งที่ก่อความเครียดมากกว่า มีแหล่งข้อมูลและวิธีแก้ปัญหา ทำให้ทำใจยอมรับสถานการณ์ได้ง่ายกว่า (อรสา จูภัทรธนากุล, 2551) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ มาลี เกื้อนพกุลและคณะ (2552) ประสพการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ และการศึกษาของ ทรรตวรรณ ขาวพราย (2560) พบว่าประสพการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกันทำให้ความสุขในการทำงานของความสุขของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

2.3 ความสมดุลของชีวิตงาน และครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .56, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสำเร็จในหน้าที่การงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยสามารถเป็นได้ทั้งแรงบวกและแรงผลักดันนำไปสู่ความสำเร็จในหน้าที่การงาน ด้วยการทำหน้าที่เสมือนเป็นทัพหลังที่คอยสนับสนุนให้กำลังในการต่อสู้กับอุปสรรคนานาประการ ให้คำปรึกษาหารือในยามที่มี

ปัญหา ให้ความรัก ห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2553) ซึ่งพยาบาลก็เป็นบุคคลหนึ่งที่มีภาระหน้าที่ในการรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบิดา มารดาและญาติพี่น้อง รวมทั้งยังมีครอบครัวด้วยภาระดังกล่าวทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องจัดสรรเวลาในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ การปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทความรับผิดชอบต่อครอบครัว (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินันท์ขุนเพ็ชร และห่อเตี้ยะ บิลยะลา (2560) ความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001$ และการศึกษาของ มาลี เกื้อนพกุลและคณะ (2552) พบว่าความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$ และสามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพฯ ได้ร้อยละ 54.6 ($r = .546$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ควรมีการวางแผนเรื่องอัตรากำลัง และแผนพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนสอดคล้องกับการบริการ เพื่อให้มีพยาบาลวิชาชีพเพียงพอต่อการให้บริการตามภาระงานที่เหมาะสม

2. โรงพยาบาลควรรักษาระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยส่งเสริมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่จะการสร้างความสำเร็จในงาน จัดกิจกรรมที่สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและครอบครัว ด้วยการจัดระบบสวัสดิการในการทำงานของหน่วยงานอย่างเหมาะสม ตลอดจนบริหารจัดการให้เกิดความสมดุลความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว อันจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงาน แก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งส่งผลดีต่อองค์การในการบริหารงานเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของ

ผู้รับบริการ และประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เช่น เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล บุคลิกภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น

2. ควรศึกษารูปแบบการจัดอัตรากำลังที่จะทำให้อาพยาบาลวิชาชีพเกิดความสุขและสมดุลชีวิตในการปฏิบัติงานเพื่อทำให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทุกระดับสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรพินธุ์ ลีลาวิวัฒน์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 12. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 3364-3371
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2553). การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking). พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ชัดเชดมีเดีย.
- ณิรดา พรหมณัฐ. (2563). ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 3(1), 81-98.
- ทรรศวรรณ ขาวพราย. (2560). ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐแนวใหม่, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- ทัศนดา บุญทอง. (2542). ปฏิรูประบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร, ศิริยอดการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2551). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21 = Leadership and strategic management in nursing organization for the 21st Century. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดียจำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดียจำกัด.
- ไพจิตร ไชยฤทธ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มาลี เกื้อนพกุล, อรอนงค์ ทวนพรมราช, และอภิญา เพียรพิจารณา (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงาน ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 25(1). 151-160
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2560). อัตรากำลังของกลุ่มการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล. นครปฐม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.
- สิรินันท์ ขุนเพชร และฮอเดียะ บิลยะลา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 4(2), 69-80.
- อภิญา โพธิ์จักษ์. (2560). ความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปี 2562. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2563. 4(8) 2563 293 -321
- อรสา จูภัทรธนากุล. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพมิติสร้างสรรค์ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา กับผลการปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสังกัดรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Best, J.W. & Khan, J.V. (2006). Research in education. New York: Pearson Education.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons.
- Manion, J (2003). Joy at Work: Creating a positive workplace. Journal of Nursing Administration, 33 (12), 652-655.
- Warr, P. (2007). Work, happiness, and unhappiness. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่

Factors Affecting Health Literacy and Health Behaviors of Health Volunteers.

Village Behavior Change Model Krabi Province

(Received: October 3,2021 ; Accepted: November 10,2021)

จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ
Chutaporn Sawangmek

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ จำนวน 178 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ t-test และ F-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.15$) ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 74.19 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า เพศมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของ อสม. พบว่า เพศและศาสนามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพ, หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstracts

This research was a cross sectional study. The objective of this research was to study the level and factors affecting health literacy and health behaviors of the village health volunteers in the model behavior modification village Krabi province. The sample group was the village health volunteer, behavior change model. Krabi Province, 178 people. Data were collected with a questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics such as number, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics, t-test and F-test were used to determine the level of statistical significance at $p < 0.05$.

The results of the research, the level of health literacy The overall was at a very good level ($\bar{X} = 4.15$) at the level of health behaviors. The overall was at a good level with an average score of 74.19. Factors affecting the Health Volunteers health literacy found that sex had an effect on health literacy. The statistical significance was at $p < 0.05$. As for the factors affecting the health behaviors of the Health Volunteers, it was found that sex and religion had an effect on health behaviors. statistically significant at $p < 0.05$.

Keywords: Health Literacy, Behavior Modification Village, Village Health Volunteer (VHV)

บทนำ

กองสุศึกษาเป็นหน่วยงานหลักของกรมสนับสนุนสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ที่มีเป้าประสงค์ให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยได้นำแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มาใช้เป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการดำเนินงานสุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุศึกษา (Rootman, 2009) หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่า ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (Out come) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) เนื่องจากการดำเนินงานสุศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยตรงกลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในช่วงวัย 15-59 ปี เป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติอย่างมาก เพราะต้องรับผิดชอบครอบครัว ต้องหารายได้ การแบกภาระในการเลี้ยงดูดูแลเด็กและผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็พบว่ากลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆรอบด้านไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเสพสารเสพติด รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันต่างๆ การเกิดอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ ความเครียด โรคเรื้อรัง เป็นต้น จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคที่มีมาก โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคมัยใช้เจ็บให้ลดลงนั้นจำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยปลูกฝังให้กลุ่มวัยทำงานเกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่ง หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้าน

สุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

การประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่เกิดขึ้นกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานอย่างแท้จริง ซึ่งจากเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้กำหนดให้มีประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกิดกับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปีในหมู่บ้าน/ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเป้าหมาย ซึ่งวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพและนำผลการประเมินมาวางแผนพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2563) จากสถานการณ์ความรู้ทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานและอสม. จังหวัดกระบี่ ปี 2563 พบว่า ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 65.90)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้นและมีอัตราการตายสูงขึ้น แต่ถ้ามีความรู้ระดับขั้นพื้นฐานสูงเพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2554) ซึ่งปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพ คือ การพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มี

ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้โดยการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก ที่กล่าวว่า “การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน (WHO, 1998) การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้ผลและมีความยั่งยืน ต้องแก้ไขปัญหาที่พฤติกรรมสุขภาพด้วยการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพพื้นฐานให้มีการปฏิบัติอย่างเป็นสุขนิสัย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคต่างๆด้วย 3อ 2ส. เพื่อให้กลุ่มอสม. ได้รับความรู้ทักษะในการจัดการตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดการเกิดโรคเรื้อรังได้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ เพื่อนำผลการวิจัยมาวิเคราะห์สำหรับการวิเคราะห์ วางแผน พัฒนาในแต่ละด้านเพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2564
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่ จำนวน 2,876 คน คัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็น อสม. ในเขตพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ คัดเลือกอำเภอละ 1 หมู่บ้าน จำนวน 8 หมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 178 คน ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ = 0.8 เมื่อกำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80 ระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = 0.05$

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของกองสุศึกษา (2563) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ หลักศาสนา รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็น อสม. ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่มานานแค่ไหน และการซื้อยาแก้ไอแก้เสหรือยาฆ่าเชื้อมากินเอง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Checklist

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 80%-100% ระดับดีมาก คะแนน 70%-79% ระดับดี คะแนน 60%-69% ระดับพอใช้ คะแนน ต่ำกว่า 60% ระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย สุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ทั้งเชิงบวกและ

เชิงลบ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ข้อคำถามเชิงลบ มากที่สุด (1 คะแนน) มาก (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (4 คะแนน) และน้อยที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 80%-100% ระดับดีมาก คะแนน 70%-79% ระดับดี คะแนน 60%-69% ระดับพอใช้ คะแนน ต่ำกว่า 60% ระดับไม่ดี

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ในด้านความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามตัวแปร ความชัดเจนของคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทำการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหา (Content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งหมด (Index of item objective: IOC) และทำการปรับแก้ไข ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐาน คุณลักษณะของ อสม. กับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ทดสอบเพื่อหาค่าความแตกต่างโดยใช้ค่า t-test ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ

ประชากร ไม่เกิน 2 กลุ่ม และใช้ F-test ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยทำการทดสอบหาความแตกต่างโดยใช้วิธีของ LSD (Least significant difference test)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการวิจัยโดยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ใบรับรองรหัสโครงการ KBO-IRB 2021/025.2610R1 รับรองตั้งแต่วันที่ 10 ธันวาคม 2564 ถึง วันที่ 9 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

คุณลักษณะของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 158 ราย (ร้อยละ 88.8) อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 35.39) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 116 ราย (ร้อยละ 65.2) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 75 ราย (ร้อยละ 42.1) อาชีพ ทำสวน จำนวน 116 ราย (ร้อยละ 65.2) มีรายได้ 5,001-10,000 บาท จำนวน 73 ราย (ร้อยละ 41.01) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากกว่า 10 ปี จำนวน 104 ราย (ร้อยละ 58.4) การสูบบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่า ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 168 ราย (ร้อยละ 94.4) ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.8) ไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.2) และไม่แน่ใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.6) ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 1 เดือนและ 2 ปี ขึ้นไปจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.2) และเลิกสูบ 1-2 ปี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.1) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยซื้อยาแก้อักเสบหรือยาฆ่าเชื้อมากินเอง น้อย

ครั้งจำนวน 89 ราย (ร้อยละ 50.0) รองลงมาไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 45.5)

ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.15) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความสามารถในการเข้าถึง

บริการทางการแพทย์ และความสามารถเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในสื่อสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.29) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย SD)	แปลผล
1.	สามารถสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและคนในครอบครัวของท่านเป็นอยู่	4.04 (0.79)	ดีมาก
2.	สามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพตามอาการหรือสงสัยว่ามีอาการป่วยจากโรคที่ท่านกังวล	4.29 (0.79)	ดีมาก
3.	สามารถเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในสื่อสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้	4.29 (0.83)	ดีมาก
4.	สามารถอ่านและเข้าใจในผลการตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต (HT), ระดับน้ำตาลในเลือด (DM) เป็นต้น	4.18(0.45)	ดีมาก
5.	สามารถซักถามข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อนำมาดูแลสุขภาพของท่านให้ดียิ่งขึ้น	4.15(0.79)	ดีมาก
6.	แลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติของตนเองกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพหรือผู้อื่นได้ เช่น แนวการปฏิบัติป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเบาหวาน การติดเชื้อโควิด-19	4.15(0.79)	ดีมาก
7.	เปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่งก่อนตัดสินใจทำตาม	4.24 (0.71)	ดีมาก
8.	พิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะนำมาใช้ตาม ถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล	4.03 (0.79)	ดีมาก
9.	ควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี มองโลกในแง่บวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย เป็นต้น	4.06 (0.87)	ดีมาก
10.	วางแผน ทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง	4.04 (0.86)	ดีมาก
รวม		4.15 (0.69)	ดีมาก

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับดี คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 74.19 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล อยู่ในระดับดีมาก คะแนน

พฤติกรรมเฉลี่ย 8.40, 4.52 และ 12.65 ตามลำดับ ส่วนการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 17.88, 7.75, 7.79 และ 15.17 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ลำดับ	พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ
1.	การบริโภคอาหาร	25	17.88 (2.34)	ดี
2.	การออกกำลังกาย	10	7.75 (1.36)	ดี
3.	การสูบบุหรี่	10	8.40 (1.78)	ดีมาก
4.	การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	5	4.52 (0.94)	ดีมาก
5.	การจัดการความเครียด	10	7.79 (1.23)	ดี
6.	การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	15	12.65 (1.52)	ดีมาก
7.	การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	20	15.17 (1.71)	ดี
รวม		95	74.19 (6.62)	ดี

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ พบว่า เพศมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 44.15 และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 41.09 ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทาง

สถิติ 0.05 โดยเพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เฉลี่ยมากกว่าเพศหญิง 3.05 คะแนน (95% CI = 0.02 to 6.10, P-value = 0.049) (ดังตารางที่ 3) ส่วนปัจจัยด้าน อายุ อาชีพ หลักศาสนา รายได้ของ ครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นอสม. ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณลักษณะของ อสม.ที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ชาย	20	44.15	4.04	1.98	0.049*
หญิง	158	41.09	6.73		

*Mean Difference 3.05, 95% CI = 0.02 to 6.10, P-value < 0.05

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของ อสม. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 70.65 และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ

74.64 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยน้อยกว่าเพศหญิง 3.98 คะแนน (95% CI = -7.04 to -0.93, P-value = 0.011) (ดังตารางที่ 4) และศาสนามีผลต่อพฤติกรรม

สุขภาพ ผลการทดสอบสมมติฐานด้วย One Way ANOVA (F-test) พบว่า การนับถือศาสนาที่ต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ดังตารางที่ 5) ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า ศาสนาพุทธ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าศาสนาอิสลาม 3.67 คะแนน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI = 1.65 to 5.67,

P-value <0.001) ศาสนาอิสลาม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าศาสนาคริสต์ 9.35 คะแนน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI = -16.79 to -1.91, P-value =0.014) (ดังตารางที่ 6) ส่วนปัจจัยด้าน อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นอสม. ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคุณลักษณะของ อสม. ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ชาย	20	70.65	8.07	-2.57	0.011
หญิง	158	74.64	6.31		

*Mean Difference -3.98, 95% CI = -7.04 to -0.93, P-value <0.05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณลักษณะของ อสม. ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ จำแนกตามศาสนา ด้วย One Way ANOVA (F-test)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
ศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	667.15	2.00	333.58	8.22	0.00*
	ภายในกลุ่ม	7100.35	175.00	40.57		
	รวม	7767.51	177.00			

P-value <0.05*

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบความแตกต่างของศาสนาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. เป็นรายคู่

เปรียบเทียบรายคู่		Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
พุทธ	อิสลาม	3.67*	1.02	0.000	1.6560	5.6765
อิสลาม	คริสต์	-9.35*	3.77	0.014	-16.7963	-1.9156

P-value <0.05*

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดกระบี่ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ทางด้านสุขภาพในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.15$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และความสามารถเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในสื่อสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.29$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม.มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้น้อย และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยผลการศึกษา ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสา ปัญญา (2563) พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน เขตสุขภาพที่ 10 ในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี ตันตรานนท์ และ คณะ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบล หนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 88.63

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับดี คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 74.19 คือ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 17.88, 7.75, 7.79 และ 15.17 ตามลำดับ แต่พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล อยู่ในระดับดีมาก คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 8.40, 4.52 และ 12.65 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเข้าถึง

ข้อมูลทางด้านสุขภาพได้อยู่ตลอดเวลา อีกทั้งยังจะต้องทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องทำหน้าที่ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี เพื่อให้ประชาชนยอมรับนับถือและเป็นแบบอย่างของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ซึ่ง สอดคล้องกับ เบญจวรรณ บัวชุม (2563) พบว่า อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ร้อยละ 53.36 และสุนันท์ ศรีประจันต์ (2562) พบว่าพฤติกรรมด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 86.34 แสดงว่ามีพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง สม่่าเสมอ รองลงมาพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.53

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของ อสม. ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ พบว่า เพศมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมล โรมา และคณะ (2562) ได้สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของนพมาศ โกศล และคณะ (2562) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 20.2 % ของกลุ่มวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ : กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพศสถานภาพ และการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี ตันตรานนท์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง

จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านการนับถือศาสนามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยศาสนาพุทธ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าศาสนาอิสลาม 3.67 คะแนน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI = 1.65 to 5.67, P-value <0.001) ศาสนาอิสลาม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าศาสนาคริสต์ 9.35 คะแนน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI = -16.79 to -1.91, P-value =0.014) สอดคล้องกับ ปาณพรา มินะกนิษฐ (2551) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ชาวไทยมุสลิมยังขาดการตระหนักรู้ถึงอันตรายของโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหาร ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและรสมัน (บุญเรือง ขาวนวล, 2551) และสอดคล้องกับ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ศาสนาอิสลามจะออกกำลังกายน้อยกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธเนื่องจากการปฏิบัติการออกกำลังกายโดยทั่วไปจะกระทำในเวลาเช้าหรือเวลาเย็น ซึ่งช่วงดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีภารกิจทางศาสนาที่สำคัญในการทำละหมาด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างชัดเจน ต่อเนื่อง โดยเน้นการให้ความรู้ด้านการสื่อสารแลกเปลี่ยนเพื่อเพิ่มความชำนาญ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ เพื่อประกอบการตัดสินใจปฏิบัติตนให้ถูกต้องมากขึ้น และอบรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยชุมชนจัดการตนเองอันจะนำไปสู่ชุมชน สังคมสุขภาพดี

2. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของ อสม. ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯต้นแบบเชิงปริมาณ จึงควรศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีประสิทธิผลต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร เพื่อที่จะได้มาซึ่งข้อมูลในการกำหนดกลยุทธ์และออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี ตันตรานนท์, อนนท์ วิสุทธิ์ นานนท์, วีระพร ศุทธากรณ์ และ คณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสารธาร ญสุขลัณนา. ๑๖ (๒).
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2561) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชน 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุง 2561. นนทบุรี.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2563). รวมเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน. นนทบุรี.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพฯ.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เขวลิต ลิ้มวิจิตรวงศ์และนิตยา ศิริแก้ว. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของกลุ่มวัยท างานส ำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชน บ้านวังหิน อำเภอฟุ่่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมหาตใหญ่วิชาการระดับชาติ และ นานาชาติครั้งที่ 10, 1600 –1611.
บุญเรือง ขาวนวล. (2551). การจัดการตนเองของชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เบญจวรรณ บัวชุม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจั่ว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 16 (3), 49-58

ปานทรา มีนะกนิษฐ. (2551). ชาวไทยมุสลิม :วิถีชีวิตและโลกทัศน์การพัฒนาคุณภาพชีวิต กรณีศึกษาชุมชน ลำสนุน ตำบล คลองสอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิมล โรมาและคณะ. (2562). การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2562. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุนันท์ ศรีประจันต์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่7 ขอนแก่น.

Nutbeam D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century* Health Promotion International.

Rootman, I. (2009). Health Literacy, What should we do about it? Presentation the Faculty of Education at the University of Victoria. British Columbia Canada. Personal Communication.

World Health Organization. (1998) Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; p.1-10.