

ISSN PRINT 2730-1729
ISSN ONLINE 2697-5653

JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal Of Council Of Community-Public Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3
กันยายน - ธันวาคม 2567
Vol.6 no.3 September - December 2024



วสธ.

สภาการสาธารณสุขชุมชน
COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 066-131-0795 กด 6

e-mail : The.JCCPH@gmail.com

web:<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารทอปัสบูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางชวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล
ศาสตราจารย์ (คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์ (เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เปาทุย

บรรณาธิการ

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

กองจัดการ

นางสาวฐิตินันท์ จันทรเยี่ยม
นางสาวกรภัทร แจ่มวงษ์
นายรัชกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
นายณรภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์มิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรคง
รองศาสตราจารย์ ดร.สถิร เทพระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อณี
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศพร ชูศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมจีรกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐธ แก้วสุธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จรินทร์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดสงขลา

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที 6 ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2567 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการ และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารประจำปี พ.ศ. 2564 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ทางศูนย์ TCI ได้ประกาศผล ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็นวารสารกลุ่มที่ 2

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัย และการประกอบวิชาชีพต่อไปในอนาคต

ปริญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ.....	1
--	---

Diabetes Prevention Operations in Primary Care Units, Samut Prakan Province

ณิศรา ทิพย์วังเมฆ, ฉัตรสุนัน พงษ์นิญโญ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, ศรียามน ตีรพัฒน์, ชนิตา เลิศ

พิทักษ์พงศ์

การพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าของผู้รับบริการผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล.....	21
---	----

Developing an Advance Appointment Booking System for Service Recipients through the Mor Prom Application at Chebilang Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang Satun District, Satun Province

วิทยา พลาอาด

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	38
--	----

Development of a Holistic Healthcare Model for Dependent Elderly People in the Area of Sub-district Health Promoting Hospitals, Phanom District, Surat Thani Province

ประไพพรรณ ทิพย์สุวรรณ, มัญจวรรณ ลียุทธานนท์

การใช้แพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี.....	51
---	----

Using Complementary Medicine alongside Conventional Medicine for Self-Care of Cancer Patients in Donmotdaeng District, Ubon Ratchathani Province

วสุวัตต์ พบลาก

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Original Article) :

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา.....	69
Factors affecting health behavior of the elderly in the receiving area	
Responsibility of Ban Wang Yao Subdistrict Health Promoting Hospital	
Don Khun Huai Subdistrict, Cha-am District, Phetchaburi Province	
วารินทร์ แผนเจริญ	
ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์.....	83
Effects of a Self-Efficacy and Social Support Program on Foot Care Behaviors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Fort Pichai Dap Hak Hospital, Uttaradit Province	
หนึ่งฤทัย แสงทอง, ธนากร ธนวัฒน์, ณิชากร ใจคำวัง	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้าในทหารใหม่ จังหวัดอุตรดิตถ์.....	99
Factors Influencing Methamphetamine Use Among Privates at Uttaradit Province	
ปรารธนา ศุภลักษณ์, จักรกฤษณ์ พิณญาพวงษ์, สุนีย์ กันแจ่ม	
ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	116
Health Literacy Related to Alcohol Drinking Behaviors in the Responsibility Area of Ban Nong Dee Sub-district Health Promoting Hospital, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province	
ปริญธร พิริยะพิเศษพงศ์ และคณะ	

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทความวิจัย (Original Article) :

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดลำปาง.....	130
Factors Associated with Smoking Behavior among Buddhist Monks in Lampang Province กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา, สยามภู ไสหา, ชัยวัฒน์ เฟติมรอด	
การพัฒนารูปแบบการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุข จังหวัดชุมพร.....	146
The Development of Public Health Research Model, Chumphon Province อดิสร วิศาล, กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี.....	163
Factors Influencing to Core Competencies Of Public Health Personnel In Sub-district Health Promoting Hospitals In Suphanburi Province นุชिता ม่วงงาม, จารุวรรณ ธาดาเดช, จุฑาธิป ศีลบุตร	
การประเมินผลโครงการนำร่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี ปี 2567.....	178
Evaluation of the pilot project for oral health care for diabetic patients in Nonthaburi Province, 2024 ดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่าย โอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี.....	192
Factors Affecting Workplace Happiness among Personnel in Tambon Health Promoting Hospitals after Transfer to the Kanchanaburi Provincial Administrative Organization ชาพีณีย์ ยี่แลมะ และคณะ	
คำแนะนำการส่งบทความ	209

การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ

Diabetes Prevention Operations in Primary Care Units, Samut Prakan Province

นิศรา ทิพย์วังเมฆ¹, ฉัตรสุมน พฤตมิญโญ^{2*}, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์²,
ศรียามน ทิรพัฒน์², ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์²

Nisara Thipwangmek, Chardsumon Prutipinyo, Nithat Sirichotiratana,
Sariyamon Tiraphat, Chanida Lertpitakpong

นักศึกษาหลักสูตร วท.ม.(บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล^{1*}

ศาสตราจารย์ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล^{2*}

M.Sc. (Public Health Administration) Faculty of Public Health, Mahidol University^{1*},

Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University^{2*}

(Received: September 2, 2024; Revised: September 10, 2024; Accepted: October 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ ประชากร คือ ผู้อำนวยการ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ ทั้ง 86 แห่ง จำนวนรวมทั้งสิ้น 258 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (82.2%) มีอายุอยู่ในช่วงตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (39.5%) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานช่วง 1 - 10 ปี (50%) หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีบุคลากรจำนวน 10 - 15 คน ต่อแห่ง (89.1%) และเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ (73.3%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน คือ ระบบสารสนเทศ (p -value = 0.046) และปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ระบบสารสนเทศ (p -value = 0.047) และการสนับสนุนการตัดสินใจ (p -value = 0.015) เป็นปัจจัยทำนาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น คณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ ควรมีการทบทวนและปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเป็นระยะ ควรมีการพัฒนาทบทวนองค์ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับแนวเวชปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ที่เหมาะสมและเกิดความมั่นใจในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน หน่วยบริการควรมีความพร้อมในระบบสารสนเทศ มีการอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลในระบบ Health Data Center มีการตรวจสอบและใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, การป้องกัน, หน่วยบริการปฐมภูมิ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chardsumon@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 02 644 8833 ต่อ 104)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study factors affecting diabetes prevention operations in primary care units, Samut Prakan province. The samples comprised 258 individuals, including directors, professional nurses, and public health technical officers from 86 primary care units. Data were collected via questionnaires and analyzed using descriptive statistics (frequency distribution, percentage, mean, standard deviation), chi-square tests, and logistic regression analysis.

The majority of the target sample were female (82.2%) aged 40 years and older (39.5%). The length of employment of respondents was between 1 and 10 years (50.0%). Most primary care facilities had 10-15 staff members (89.1%). Additionally, 73.3% of these facilities were large. The analysis indicated that the information system (p-value 0.047) and the supporting system (p-value 0.015) were statistically significant predictive factors for the diabetes prevention process in primary care facilities at the 0.05 level.

To enhance diabetes prevention at the district level, the Non-Communicable Disease (NCD) Board should periodically review and adjust evidence-based medical practice guidelines to ensure effective service delivery. Training programs should focus on training personnel with the necessary skills and confidence to implement these guidelines effectively. Furthermore, primary care units should be supported by robust information systems. Public health technical officers must be trained to accurately record and manage data within the Health Data Center system. Continuous monitoring, inspection, and analysis of this data will help assess the outcomes of the operations, enabling improvements in the processes and strategies being implemented.

Keywords : Diabetes Mellitus, Prevention, Primary Care Unit

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของความผิดปกติทางร่างกายส่วนอื่น ๆ ได้แก่ ตาบอด ไตวาย หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และการสูญเสียขา ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 1980 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก ราว 108 ล้านคน และเพิ่มสูงขึ้นถึง 422 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2014 โดยประเทศที่มีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนาและอยู่ระหว่างการพัฒนา นอกจากนี้ระหว่างปี ค.ศ. 2000 ถึง 2019 อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13 โดยในปี ค.ศ. 2019 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน และโรคไตอันเนื่องมาจากโรคเบาหวานประมาณ 2 ล้านคนทั่วโลกซึ่งร้อยละ 48 ของผู้เสียชีวิตอายุน้อยกว่า 70 ปี (Roglic, G, 2016)

ในประเทศไทย สภาพทางสังคมเป็นสังคมเมืองเพิ่มมากขึ้น และอาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ ส่งผลให้การใช้ชีวิต ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต สุขภาพ และการเจ็บป่วย พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ การถดถอยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน รวมถึงเป็นภาระของระบบบริการสุขภาพ (กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์, 2564) โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 16,388 คน คิดเป็นอัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังมียุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 300,000 คนต่อปี (วิชัย เอกพลากร, 2566) ประเทศไทย กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในปี พ.ศ. 2568 โดยประชากรอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.4 ล้านคน และจะมีผู้สูงอายุ 1 ใน 5 คนเป็นโรคเบาหวาน (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, 2562)

จังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 จำนวน 1,356,780 คน มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนทั้งสิ้น 86 แห่ง สามารถจำแนกออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกเอกชน และสถานบริการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ, 2567) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จำนวน 6,475 คน 6,877 คน และ 7,162 คน ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุการป่วย อันดับที่ 2 ของจังหวัดสมุทรปราการ มีอัตราป่วย จำนวน 12,691.74 ต่อแสนประชากร

หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นด่านหน้าในการดูแลสุขภาพของประชาชนในทุกมิติโดยบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพในการให้บริการอย่างครอบคลุม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นบริการหนึ่งที่หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการแก่ประชาชน มีการดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุม จัดการโรคเรื้อรังแก่ผู้รับบริการ และเพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง ซึ่งการประเมินคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) คุณภาพนั้น ประเมินตาม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมของชุมชน (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2565) ซึ่งแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพดังกล่าว มีผลต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสมุทรปราการ หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการประเมิน

คลินิก NCD คุณภาพ ปีงบประมาณ 2566 พบว่าทุกอำเภออยู่ในเกณฑ์ระดับดี อำเภอที่มีคะแนนมากที่สุด คือ อำเภอบางบ่อ รองมาคืออำเภอพระประแดง อำเภอบางพลี อำเภอพระสมุทรเจดีย์ อำเภอเมืองสมุทรปราการ และอำเภอบางเสาธง ตามลำดับ ซึ่งสามารถพัฒนาระดับการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพให้อยู่ในระดับดีมากต่อไป นอกจากนี้จากสถานการณ์ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดสมุทรปราการที่มีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นและมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการจึงกำหนดให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) อันดับ 1 ของจังหวัดสมุทรปราการ จาก 11 ประเด็น ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป และลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยเห็นว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นรากฐานของระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงานดังกล่าว ทั้งรูปแบบการดำเนินงานที่สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนที่มารับบริการ หรือการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนที่มีการปรับเปลี่ยนความรู้ให้เหมาะสมตามบริบท ประชาชนสามารถนำมาปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในการศึกษา เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานที่เหมาะสม นำมาพัฒนาการจัดบริการโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพต่อไป

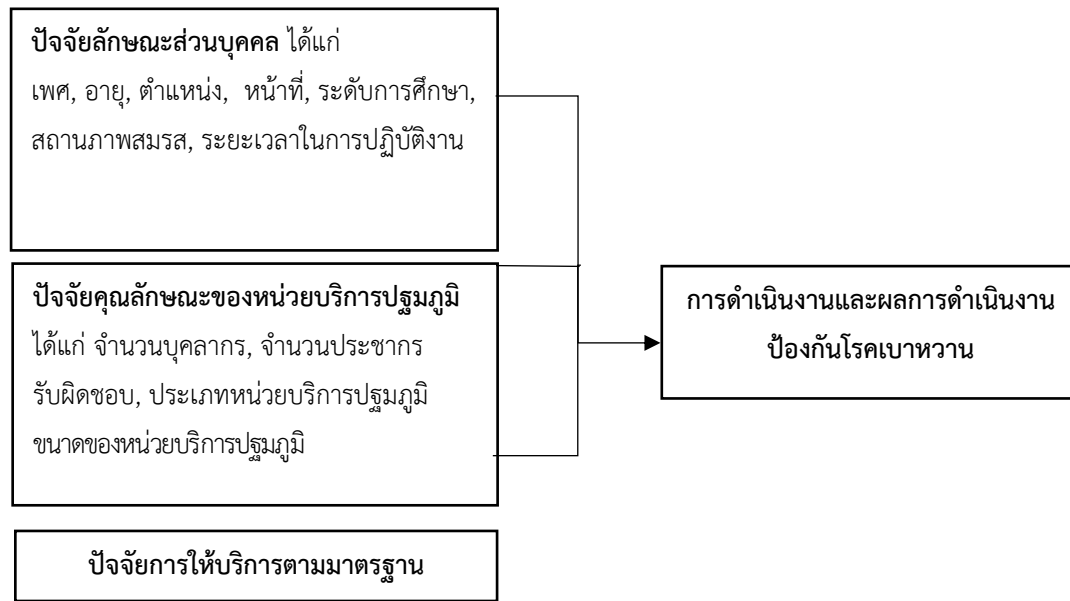
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อหาปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐาน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หน้าที่ ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนบุคลากร จำนวนประชากรรับผิดชอบ ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ
2. การให้บริการตามมาตรฐานแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในลักษณะของ Cross - sectional study ประชากรในการวิจัย คือ ผู้อำนวยการ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข (จากหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 86 แห่ง แห่งละ 3 คน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 258 คน) โดยเลือกพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ประชากรในการวิจัย จำแนกเป็นระดับองค์กร คือ ผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 86 คน และระดับบุคคล คือ ผู้อำนวยการ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข (จากหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 86 แห่ง แห่งละ 3 คน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 258 คน) โดยเลือกพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และคุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หน้าที่ ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนบุคลากร จำนวนประชากรรับผิดชอบ ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 การให้บริการตามมาตรฐาน โดยประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, 2567) ซึ่งประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 20 ข้อ

ในรูปแบบของ Likert Scale แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ครบถ้วน (3 คะแนน) ปฏิบัติได้บางส่วน (2 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) โดยแปลผลตามเกณฑ์ของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

1.00 – 1.66	หมายถึง	การให้บริการตามมาตรฐานระดับน้อย
1.67 – 2.33	หมายถึง	การให้บริการตามมาตรฐานระดับปานกลาง
2.34 – 3.00	หมายถึง	การให้บริการตามมาตรฐานระดับมาก

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในการวัดผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในเรื่องของร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ปีที่ผ่านมา ($\leq 1.75\%$) โดยติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวผ่านฐานข้อมูล 43 แฟ้มในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) จังหวัดสมุทรปราการ หรือการสอบถามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2566 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 กันยายน 2566)

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยประยุกต์ตามการจัดบริการเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, 2567) จำนวน 10 ข้อในรูปแบบของ Likert Scale แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ครบถ้วน (3 คะแนน) ปฏิบัติได้บางส่วน (2 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) โดยแปลผลตามเกณฑ์ของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (Best, 1970)

1.00 – 1.66	หมายถึง	การดำเนินงานระดับน้อย
1.67 – 2.33	หมายถึง	การดำเนินงานระดับปานกลาง
2.34 – 3.00	หมายถึง	การดำเนินงานระดับมาก

และข้อคำถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 2 คำถาม ได้แก่

1. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของท่านคืออะไร
 2. หน่วยบริการของท่านมีปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน อย่างไรบ้าง
- โดยให้เขียนอธิบายพอสังเขป และนำไปสรุปเรียบเรียงเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อนำมาอภิปรายผล และเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับหนึ่งทุกข้อคำถาม และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนประชากรเป้าหมาย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในส่วนที่ 2 เท่ากับ .0924 และส่วนที่ 4 เท่ากับ .878

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากประชากรเป้าหมาย ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม – 26 เมษายน พ.ศ.2567 โดยส่งหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูล และประสานส่งแบบสอบถามไปยังผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ ในรูปแบบแบบสอบถามลายลักษณ์อักษร ผ่านหนังสือราชการ และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่ประชากรเป้าหมาย ทั้งนี้ภายหลังประชากรเป้าหมายส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 258 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม คุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการบริการตามมาตรฐาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หน้าที่ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จำนวนบุคลากร จำนวนประชากรที่หน่วยบริการรับผิดชอบ ขนาดของหน่วยบริการ ประเภทของหน่วยบริการ กับ การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi - Square)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของจำนวนบุคลากรในหน่วยบริการ ขนาดของหน่วยบริการ ประเภทของหน่วยบริการ การให้บริการตามมาตรฐาน ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของชุมชน กับ ผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานตามตัวชี้วัดเรื่องร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ปีที่ผ่านมา โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi - Square)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ กับ ขนาดของหน่วยบริการ จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการ ประเภทของหน่วยบริการ การให้บริการตามมาตรฐาน ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2024-012 รหัสโครงการ 203/2566 ลงวันที่ 25 มกราคม 2567 ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดมาตรการป้องกันและผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดกับผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

1. การป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยสอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม หลังได้รับชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของงานวิจัย ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และสามารถถอนจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ

2. การรักษาความลับของแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม จะมีได้เปิดเผยแบบเฉพาะเจาะจงรายบุคคล โดยที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อ - สกุล ในแบบสอบถาม การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม มีอ้างอิงถึงระดับบุคคล

3. การป้องกันผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของหน่วยงานต้นสังกัด ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคำตอบที่ได้รับจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ และแปลผลข้อมูลที่เป็นผลวิจัยในภาพรวม มีอ้างอิงถึงระดับหน่วยงาน ในองค์กรใดองค์กรหนึ่งแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และคุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประชากรเป้าหมาย จำนวน 258 คน พบว่าเป็นเพศชาย จำนวน 46 คน (17.8%) และ เพศหญิง 212 คน (82.2%) โดยร้อยละ 39.5 มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และเกือบร้อยละ 80 มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า ถึง ปริญญาตรี บุคลากรมีสถานภาพสมรสอยู่ในสถานะโสด จำนวน 127 คน (49.2%) และสมรส จำนวน 127 คน (49.2%) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานช่วง 1 - 10 ปี มากที่สุด จำนวน 129 คน (50%) ในส่วนข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในช่วง 10 - 15 คนต่อแห่ง มากที่สุด จำนวน 230 คน (89.1%) อยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่มากที่สุด จำนวน 189 คน (73.3%) และหน่วยบริการปฐมภูมิจัดอยู่ในประเภทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มากที่สุด จำนวน 205 คน (79.5%) รองมา ได้แก่ คลินิกเอกชน จำนวน 18 คน (7.0%) ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 17 คน (6.6%) ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 15 คน (5.8%) และสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 3 คน (1.2%) ตามลำดับ

1. การให้บริการตามมาตรฐาน

ตาราง 1 การให้บริการตามมาตรฐาน จำแนกรายองค์ประกอบ และรายชื่อ

องค์ประกอบการให้บริการตามมาตรฐาน	ผลการประเมิน		
	M	SD	ระดับ
ทิศทางและนโยบาย			
1. หน่วยบริการของท่านมีการกำหนดและสื่อสารทิศทางนโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดยคณะกรรมการ NCD board ระดับอำเภอ หรือ คปสอ.	2.57	0.496	มาก
2. หน่วยบริการของท่านติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนของอำเภอ	2.69	0.462	มาก
3. หน่วยบริการของท่านจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอตามกรอบอัตรากำลัง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	2.31	0.481	ปานกลาง
ภาพรวมของทิศทางและนโยบาย	2.51	0.337	มาก
ระบบสารสนเทศ			
4. หน่วยบริการของท่านลงทะเบียนข้อมูลการให้บริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน	2.50	0.501	มาก
5. หน่วยบริการของท่านวิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียน เพื่อพัฒนาคุณภาพ และวางแผนงานป้องกันโรคเบาหวาน	2.23	0.430	ปานกลาง
6. หน่วยบริการของท่านสะท้อนปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ข้อมูลในการป้องกันโรคเบาหวานแก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อพัฒนาแผนการป้องกันโรคเบาหวานระดับพื้นที่	2.11	0.557	ปานกลาง
ภาพรวมของระบบสารสนเทศ	2.44	0.302	มาก

การปรับระบบและกระบวนการบริการ			
7. หน่วยบริการของท่านมีการคัดกรองโรคเบาหวานตามแนวทางมาตรฐานและลงทะเบียนแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	2.31	0.463	ปานกลาง
8. หน่วยบริการของท่านวางแผนการให้บริการเพื่อจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานรายบุคคลหรือรายกลุ่ม	2.36	0.482	มาก
ภาพรวมของการปรับระบบและกระบวนการบริการ	2.50	0.333	มาก
ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง			
9. หน่วยบริการของท่านดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ทักษะโดยกำหนด Core content (เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า) ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม	2.33	0.480	ปานกลาง
10. หน่วยบริการของท่านสื่อสารข้อมูลการรักษาและการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายบุคคลด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น คู่มือ สมุดภาพ LINE Application เป็นต้น	2.10	0.712	ปานกลาง
11. หน่วยบริการของท่านดำเนินกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองในด้านร่างกาย อารมณ์ สัมพันธภาพทางสังคม และการช่วยเหลือภายในกลุ่มเพื่อน	1.95	0.616	ปานกลาง
12. หน่วยบริการของท่านคิดค้นสื่อหรือเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ	2.05	0.707	ปานกลาง
ภาพรวมของระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	2.11	0.549	ปานกลาง

ตาราง 1 การให้บริการตามมาตรฐาน จำแนกรายองค์ประกอบ และรายชื่อ (ต่อ)

องค์ประกอบการให้บริการตามมาตรฐาน	ผลการประเมิน		
	M	SD	ระดับ
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ			
13. หน่วยบริการของท่านปฏิบัติตามแนวเวชปฏิบัติ(CPG)	2.71	0.462	มาก
14. หน่วยบริการของท่านมีระบบการให้คำปรึกษาภายในและระหว่างเครือข่ายสุขภาพที่ชัดเจน	2.49	0.509	มาก
15. หน่วยบริการของท่านมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรคเบาหวานในเครือข่ายบริการ	2.38	0.494	มาก
16. หน่วยบริการของท่านปรับCPG เป็นระยะเพื่อให้มีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน	2.57	0.504	มาก
ภาพรวมของระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	2.54	0.397	มาก
การมีส่วนร่วมของชุมชน			
17. หน่วยบริการของท่านส่งคืนข้อมูลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขพ.)	2.00	0.651	ปานกลาง
18. หน่วยบริการของท่านร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานตามแผนงานที่วางไว้	2.19	0.617	ปานกลาง
19. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชนของท่านมีกิจกรรมสนับสนุนการป้องกันโรคเบาหวานที่ดำเนินการเอง	2.16	0.596	ปานกลาง

องค์ประกอบการให้บริการตามมาตรฐาน	ผลการประเมิน		
	M	SD	ระดับ
20. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสังกัดของหน่วยบริการท่านมีการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่	2.44	0.497	มาก
ภาพรวมของการมีส่วนร่วมของชุมชน	2.20	0.470	ปานกลาง

จากตาราง 1 การประเมินการให้บริการตามมาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยผลการประเมิน 2.38 อยู่ในการให้บริการตามมาตรฐานระดับมาก โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ย 2.54 รองลงมา คือ ทิศทางและนโยบาย มีค่าเฉลี่ย 2.51 และองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2.11 คือ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยองค์ประกอบแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ทิศทางและนโยบาย ในภาพรวมมีผลประเมินเฉลี่ย 2.51 ทุกข้อและภาพรวมอยู่ในระดับการให้บริการตามมาตรฐานระดับมาก ยกเว้นข้อที่ 3 เรื่องการจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอตามกรอบอัตรากำลัง มีค่าเฉลี่ย 2.31 อยู่ในระดับปานกลาง

2) ระบบสารสนเทศ ในภาพรวมมีผลประเมินเฉลี่ย 2.44 ภาพรวมอยู่ในระดับการให้บริการตามมาตรฐานระดับมาก แต่ข้อที่ 7 และ 8 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการป้องกันโรคเบาหวาน (ค่าเฉลี่ย 2.23 และ 2.11 ตามลำดับ)

3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ โดยรวมมีผลการประเมินเฉลี่ย 2.50 อยู่ในระดับการให้บริการตามมาตรฐานระดับมากทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ 9 หน่วยบริการของท่านมีการคัดกรองโรคเบาหวานตามแนวทางมาตรฐาน และลงทะเบียนแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย มีค่าเฉลี่ย 2.31 อยู่ในระดับปานกลาง

4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ในภาพรวมมีผลประเมินเฉลี่ย 2.11 ทุกข้อและภาพรวมอยู่ในระดับการให้บริการตามมาตรฐานระดับปานกลาง

5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ในภาพรวมมีผลประเมินเฉลี่ย 2.54 ทุกข้อและภาพรวมอยู่ในระดับ การให้บริการตามมาตรฐานระดับมาก

6) การมีส่วนร่วมของชุมชน ในภาพรวมมีผลประเมินเฉลี่ย 2.20 ทุกข้อและภาพรวมอยู่ในระดับการให้บริการตามมาตรฐานระดับปานกลาง ยกเว้นข้อที่ 23 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสังกัดของหน่วยบริการท่านมีการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ย 2.44 อยู่ในระดับมาก

2. การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 2 การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกรายข้อ

การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลการประเมิน		
	M	SD	ระดับ
1. ท่านได้จัดทำระบบทะเบียนข้อมูลผู้รับบริการที่เป็นประชากรในพื้นที่รับผิดชอบครบทุกครั้ง	2.60	0.499	มาก
2. ก่อนเข้ารับบริการ ท่านมีการประเมินกลุ่มเสี่ยงใน 5 เรื่อง คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย น้ำหนัก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา	2.35	0.663	มาก

การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลการประเมิน		
	M	SD	ระดับ
3. ท่านได้ประเมินความเครียด ST-5 ในผู้รับบริการที่เป็นประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกครั้ง	2.57	0.497	มาก
4. ท่านได้ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q และ 9Q ในผู้รับบริการที่เป็นประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกครั้ง	2.49	0.501	มาก
5. ท่านได้ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-diabetes)	1.95	0.606	ปานกลาง
6. ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ	2.24	0.435	ปานกลาง
7. ท่านมีการใช้ช่องทางในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น สมุดประจำตัว LINE Application การเยี่ยมบ้าน	2.41	0.493	มาก
8. ท่านมีการจัดกิจกรรมสื่อสารการป้องกันโรคเบาหวานกับผู้รับบริการ	2.34	0.476	มาก
9. ท่านมีการบันทึกผลการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง และนำมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่กลุ่มเสี่ยง	2.11	0.719	ปานกลาง
10. ท่านมีการประสานความร่วมมือกับชุมชนในการป้องกันโรคเบาหวาน	2.24	0.623	ปานกลาง

จากตาราง 2 การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 7 และ 8 และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 5 6 9 และ 10 โดยการทำงานป้องกันที่อยู่ในระดับปานกลาง เป็นการดำเนินงานในส่วนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และการติดตามกลุ่มเสี่ยงร่วมกับชุมชน

3. ผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การวิจัยนี้ใช้ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในการวัดผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ปีที่ผ่านมา ($\leq 1.75\%$) โดยติดตามข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดดังกล่าว ร้อยละ 68.2 และไม่ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 31.8 แสดงให้เห็นว่าประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่เคยได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ในปีงบประมาณ 2565 มีการดำเนินของภาวะก่อนเบาหวานจนทำให้เกิดโรคเบาหวานในปีงบประมาณ 2566 ซึ่งภาวะก่อนเบาหวานสามารถป้องกันการพัฒนาไปสู่โรคเบาหวานได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การงดบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวสามารถสะท้อนถึงการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานได้ เนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการค้นหา คัดกรอง จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อชะลอและลดการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิกับการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้สถิติ Chi-square test

ปัจจัยส่วนบุคคล และคุณลักษณะ ของหน่วยบริการ	การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน				Chi- square test	p-value
	ปฏิบัติได้บางส่วน		ปฏิบัติได้ครบถ้วน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	33	12.8	13	5.00	2.785	0.095
หญิง	124	48.1	88	34.1		
อายุ						
22 – 30 ปี	47	18.2	26	10.1	0.590	0.744
31 – 44 ปี	65	25.2	43	16.7		
45 ปีขึ้นไป	45	17.4	32	12.4		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่า ถึง ปริญญาตรี	128	49.6	65	25.2	11.109	0.004
สูงกว่าปริญญาตรี	29	11.2	36	14.0		
สถานภาพสมรส						
โสด	93	36.0	34	13.2	17.066	0.000*
คู่	63	24.4	64	24.8		
หน้าที่						
ผู้อำนวยการ	55	21.3	23	8.91	4.379	0.036
ผู้ปฏิบัติงาน	102	39.5	78	30.2		
ตำแหน่ง						
พยาบาลวิชาชีพ	119	46.1	51	19.8	17.768	0.000*
นักวิชาการสาธารณสุข	36	13.9	46	17.8		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน						
1 – 10 ปี	79	30.6	50	19.4	0.314	0.855
11 – 20 ปี	39	15.1	23	8.91		
21 ปีขึ้นไป	39	15.1	28	10.9		

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิกับการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้สถิติ Chi-square test (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล และคุณลักษณะ ของหน่วยบริการ	การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน				Chi- square test	p-value
	ปฏิบัติได้บางส่วน		ปฏิบัติได้ครบถ้วน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนบุคลากร						
น้อยกว่า 9 คน	77	29.8	56	21.7	1.720	0.423
10 – 15 คน	64	24.8	33	12.8		
16 คนขึ้นไป	16	6.20	12	4.70		
จำนวนประชากรที่หน่วยบริการรับผิดชอบ						
น้อยกว่า 10,000 คน	67	26.0	34	13.2	2.515	0.284
10,001 – 15,000 คน	34	13.2	22	8.52		
15,001 คนขึ้นไป	56	21.7	45	17.4		
ขนาดของหน่วยบริการ						
ขนาดเล็ก	12	4.65	9	3.49	1.579	0.454
ขนาดกลาง	33	12.8	15	5.81		
ขนาดใหญ่	112	43.4	77	29.8		
ประเภทของหน่วยบริการ						
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	129	50.0	76	29.5	36.522	0.000*
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ	0	0.00	3	1.15		
ศูนย์สุขภาพชุมชน	13	5.09	4	1.55		
คลินิกเอกชน	1	0.39	17	6.59		
สถานบริการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	14	5.43	1	0.39		

*Spearman R.

จากตาราง 3 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและคุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หน้าที่ตำแหน่ง และประเภทของหน่วยบริการ

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 4 การเปรียบเทียบการให้บริการตามมาตรฐานกับผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวแปร	ตัวชี้วัดเรื่องร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ปีที่ผ่านมา				Chi-square test (df)	p-value
	ผ่าน		ไม่ผ่าน			
	n	%	n	%		
ทิศทางการนโยบาย						
ต่ำ	75	68.6	34	31.2	0.030 (1)	0.862
สูง	101	67.8	48	32.2		
ระบบสารสนเทศ						
ต่ำ	107	73.3	39	26.7	3.988 (1)	0.046*
สูง	69	61.6	43	38.4		
การปรับระบบและกระบวนการบริการ						
ต่ำ	106	70.7	44	29.3	0.992 (1)	0.319
สูง	70	64.8	38	35.2		
ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง						
ต่ำ	114	70.8	47	29.2	1.325 (1)	0.250
สูง	62	63.9	35	36.1		
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ						
ต่ำ	109	68.1	51	31.9	0.002 (1)	0.968
สูง	67	68.4	31	31.6		
การมีส่วนร่วมของชุมชน						
ต่ำ	110	71.9	43	28.1	2.346 (1)	0.126
สูง	66	62.9	39	37.1		
จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการ						
ต่ำ	157	68.3	73	28.3	0.002 (1)	0.965
สูง	19	67.9	9	3.5		
ขนาดของหน่วยบริการ						
ต่ำ	15	71.4	6	28.6	0.629 (1)	0.928
สูง	30	62.5	18	37.5		
ประเภทของหน่วยบริการ						
ต่ำ	141	68.8	64	31.2	0.702 (1)	0.146
สูง	35	66.0	18	34.0		

จากตาราง 4 พบว่า คุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงาน ป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่เมื่อเปรียบเทียบการให้บริการตามมาตรฐานกับผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยวิธีการทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่า หน่วยงานที่ระบบสารสนเทศมีความพร้อมระดับสูงมีแนวโน้มที่จะบรรลุตัวชี้วัดมากกว่าหน่วยงานที่ระบบสารสนเทศมีความพร้อมระดับต่ำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

6. ปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 5 ปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวแปรต้น	Adjusted OR	95% CI		p-value
		ต่ำ	สูง	
ทิศทางและนโยบาย				
สูง	1			
ต่ำ	1.004	0.571	1.764	0.990
ระบบสารสนเทศ				
ต่ำ	1			
สูง	3.97	1.021	15.468	0.047*
การปรับระบบและกระบวนการบริการ				
สูง	1			
ต่ำ	2.010	0.509	7.930	0.319
ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง				
สูง	1			
ต่ำ	0.651	0.176	2.405	0.520
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ				
ต่ำ	1			
สูง	4.882	1.361	17.514	0.015*
การมีส่วนร่วมของชุมชน				
สูง	1			
ต่ำ	0.442	0.125	1.560	0.204
จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการ				
สูง	1			
ต่ำ	1.159	0.446	3.017	0.762
ขนาดของหน่วยบริการ				
สูง	1			
ต่ำ	0.907	0.316	2.602	0.856
ปานกลาง	1.070	0.522	2.195	0.853

ตัวแปรต้น	Adjusted OR	95% CI		p-value
		ต่ำ	สูง	
ประเภทของหน่วยบริการ				
สูง	1			
ต่ำ	1.275	0.599	2.713	0.529
ทิศทางและนโยบาย				
สูง	1			
ต่ำ	1.004	0.571	1.764	0.990

จากการตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นที่เป็นเงื่อนไขในการวิเคราะห์ Logistic regression) พบว่าค่า VIF ของตัวแปรต้นไม่เกิน 10 จึงสามารถใช้การวิเคราะห์ Logistic regression ได้ จากตาราง 5 พบว่าระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบสารสนเทศ เป็นปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยสามารถอธิบายได้ว่า หน่วยงานที่มีการกำหนดการตัดสินใจในการให้บริการตามมาตรฐานในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุตัวชี้วัด (ในเรื่องของร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ปีที่ผ่านมา) เมื่อเทียบกับหน่วยงานที่กำหนดการตัดสินใจในการให้บริการตามมาตรฐานในระดับที่สูง คิดเป็น 4.88 เท่า (95% CI : 1.36 – 17.51) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 นอกจากนั้นหน่วยงานที่มีความพร้อมในระบบสารสนเทศในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุตัวชี้วัด เมื่อเทียบกับหน่วยงานที่มีความพร้อมในระบบสารสนเทศในระดับสูง คิดเป็น 3.97 เท่า (95% CI : 1.021 – 15.468) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน

จากการเก็บข้อมูลปลายเปิดพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน ข้อ 1. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของท่านคืออะไร จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 21.32 และข้อ 2. หน่วยบริการของท่านมีปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน อย่างไรบ้าง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 19.00

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ลำดับที่ 1 คือ การให้ความร่วมมือของผู้รับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 36.4) รองมาได้แก่ ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานในพื้นที่ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 29.1) และเกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 21.8)

ปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ลำดับที่ 1 คือ งบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน จำนวน 15 คน (30.6%) รองมาได้แก่ ประชาชนอยู่ในวัยทำงานเข้าถึงได้ยาก จำนวน 12 คน (24.5%) และกลุ่มเสี่ยงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 11 คน (22.4%)

อภิปรายผล

จากการศึกษาการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หน้าที่ ตำแหน่ง และประเภทของหน่วยบริการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ข้างต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หน้าที่ ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนบุคลากร จำนวนประชากร รับผิดชอบ ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจาก เพศและอายุ สามารถดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานได้ใกล้เคียงกัน อาจเนื่องมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งกำหนดบทบาทหน้าที่และ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เพศและอายุจึงไม่มีผลต่อก่อนดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ ส่วนระดับ การศึกษาซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากการดำเนิน โรคเบาหวานบางส่วนจำเป็นต้องอาศัยความรู้ในทางวิชาการเพื่อทำความเข้าใจ เช่น พยาธิสภาพของโรค หรือ งานวิจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานโรคเบาหวาน หากบุคลากรไม่มีความรู้ที่เพียงพออาจเป็นข้อจำกัดในการศึกษา และปฏิบัติงานในบางด้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิชญพร พิศพันธุ์ และ ประสพชัย พสุนนท์ (2565) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวทางการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับการศึกษาของบุคลากรส่งผลต่อการบริการ สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับการศึกษาที่ต่างกันทำให้รองรับการปฏิบัติงานได้ไม่เท่ากัน ควรมีแผนพัฒนาบุคลากรในระยะสั้นและระยะยาว ในส่วนของตัวแปรสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ต่อการ ดำเนินงานฯ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nida Denson และ Katalin Szelényi (2020) เรื่องการรับรู้เกี่ยวกับ สมดุลชีวิตกับการทำงาน: บทบาทของความสัมพันธ์และสถานภาพสมรส พบว่าการสนับสนุนการสร้างความผูก พันในครอบครัวให้แก่เจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยจะทำให้เกิดสมดุลชีวิตกับการทำงานที่ดีขึ้น ในส่วนของหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานฯ ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทหน้าที่ชัดเจนของทั้งผู้อำนวยการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือผู้ปฏิบัติงานทั้งพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข แต่รูปแบบในการ ปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ผู้อำนวยการมีหน้าที่ในการถ่ายทอดนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุน ทรัพยากรและกำลังคนให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ส่วนผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่ดำเนินการป้องกันโรคเบาหวานใน ประชาชนโดยตรง ทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมามีความแตกต่างกัน ในส่วนของตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ต่อการ ดำเนินงานฯ อาจเนื่องมาจากหลักสูตรของแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกัน ทำให้มุมมองความเข้าใจในการ ป้องกันโรคเบาหวานต่างกัน ในส่วนของระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกัน โรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ถึงแม้ว่าบุคลากรจะมีระยะเวลาปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะ หน่วยบริการมีนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับ มอบหมายได้ ในส่วนของจำนวนบุคลากรต่อหน่วยบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานฯ อาจเนื่องมาจาก ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนประมาณ 1 – 2 คนต่อหน่วยบริการ ทำให้การดำเนินงานไม่แตกต่าง กัน ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนบุคลากรต่อหน่วยบริการแตกต่างกัน ในส่วนของขนาดของหน่วยบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานฯ เนื่องจากเป็นจังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวของ กรุงเทพฯ มีประชากรมากเป็นอันดับสองของภาคกลางรองจากกรุงเทพมหานคร ทำให้จำนวนประชากรที่มีอยู่

จริงสูงกว่าจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรเกือบเท่าตัว จังหวัดสมุทรปราการจึงมีหน่วยบริการขนาดใหญ่มากที่สุด ขนาดของหน่วยบริการส่งผลถึงปัจจัยต่างๆที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้มีศักยภาพเพียงพอต่อการบริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบนั้น ทำให้ถึงแม้ว่าหน่วยบริการจะมีขนาดที่แตกต่างกันแต่ผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานมีความคล้ายกัน และส่วนของประเภทของหน่วยบริการ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน อาจเนื่องมาจากหน่วยบริการที่มีโครงสร้างหรือต้นสังกัดแตกต่างกันส่งผลต่อนโยบายที่ถ่ายทอดมาสู่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารแต่ละกระทรวงมีนโยบายมุ่งเน้นต่างกัน ซึ่งอาจไม่รวมถึงการป้องกันโรคเบาหวาน ทำให้การปฏิบัติงานป้องกันโรคเบาหวานปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

และจากสมมติฐานข้อที่ 2 การให้บริการตามมาตรฐานแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับผลการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ จากผลการวิจัยพบว่าการให้บริการตามมาตรฐานแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในบางองค์ประกอบส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ระบบสารสนเทศ และระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ โดยระบบสารสนเทศ หน่วยงานที่ระบบสารสนเทศมีความพร้อมระดับสูงมีแนวโน้มที่จะบรรลุตัวชี้วัดมากกว่าหน่วยงานที่ระบบสารสนเทศมีความพร้อมระดับต่ำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา สาดตระกูลวัฒนา (2565) เรื่อง ประสิทธิภาพการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ด้วยหลักการ 6 building box จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่าการเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับนำไปสู่การบริหารจัดการโรคเบาหวานที่ดี

ในส่วนของระบบสนับสนุนการตัดสินใจ หน่วยงานที่มีการกำหนดการตัดสินใจในการให้บริการตามมาตรฐานในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุตัวชี้วัด (ในเรื่องของร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ปีที่ผ่านมา) เมื่อเทียบกับหน่วยงานที่กำหนดการตัดสินใจในการให้บริการตามมาตรฐานในระดับที่สูงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hadwan Aldahmashi และคณะ (2024) เรื่อง การนำแนวทางเวชปฏิบัติเบาหวานไปใช้ในระบบบริการปฐมภูมิโดยพยาบาลวิชาชีพ ผลกระทบจากการปฏิบัติ และความปลอดภัย พบว่า การนำแนวทางเวชปฏิบัติไปปรับใช้ควรคำนึงถึงการศึกษาแนวทางเวชปฏิบัติอย่างครอบคลุมในบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจะสามารถนำแนวทางในปรับปรุงเพื่อใช้กับผู้ป่วยให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุด โดยปรับปรุงให้ตรงตามความต้องการของพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่เพียงจะช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งเสริมคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์จากการรักษาให้ดีขึ้นด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า ระบบการตัดสินใจเป็นปัจจัยทำนายการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงมีข้อเสนอว่า คณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ ควรมีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเป็นระยะ เพื่อให้มีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับในสถานบริการและเครือข่าย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรมีการพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูความรู้บุคลากรในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ที่เหมาะสมและเกิดความมั่นใจในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า หน่วยงานที่มีความพร้อมในระบบสารสนเทศในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะบรรลุตัวชี้วัด เมื่อเทียบกับหน่วยงานที่มีความพร้อมในระบบสารสนเทศในระดับต่ำ จึงมีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสาธารณสุข ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องการบันทึกข้อมูลในระบบ Health Data Center มีการตรวจสอบข้อมูล และใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงาน สามารถคืนข้อมูลและสะท้อนปัญหาที่พบให้หน่วยบริการและเครือข่าย เพื่อนำมาวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมนอกเหนือการให้บริการตามมาตรฐาน เช่น ปัจจัยบริบท ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสื่อสังคม หรือปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคเบาหวานต่อผู้ป่วยและต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนที่เหมาะสม และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการจัดการบริการคลินิกเบาหวาน*

ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับผู้ปฏิบัติงาน) (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

พิชญาวร พืชรพันธุ์, ประสพชัย พสุนนท์ (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวทางการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี: การวิจัยผานวิถี. *วารสารการจัดการและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 8(1), 123-135.

ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC).(n.d.). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD*

DM,HT,CVD)https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b

วนิดา สาดตระกูลวัฒนา (2565). ประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ด้วยหลักการ 6 building blocks จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1), 142-155.

วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์

- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา.(2563) *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 2562* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์
- Aldahmashi, H., Maneze, D., Molloy, L., & Salamonson, Y. (2024). Nurses' adoption of diabetes clinical practice guidelines in primary care and the impacts on patient outcomes and safety: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 104747.
- Denson, N., & Szelényi, K. (2022). Faculty perceptions of work-life balance: The role of marital/relationship and family status. *Higher Education*, 83(2), 261-278.
- Roglic, G. (2016). WHO Global report on diabetes: A summary. *International Journal of Noncommunicable Diseases*, 1(1), 3-8.

การพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าของผู้รับบริการผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล

Developing an Advance Appointment Booking System for Service Recipients
through the Mor Prom Application at Chebilang Sub-District Health Promoting
Hospital, Mueang Satun District, Satun Province

วิทยา พลาอาด*

(Wittaya Pala-ard)*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล*

Chebilang Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang Satun District, Satun Province*

(Received: August 8, 2024; Revised: September 5, 2024; Accepted: October 16, 2024)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสภาพความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐ และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นปัญหาที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ล่าช้ามากขึ้น ความพึงพอใจลดลงซึ่งระยะเวลาการรอคอยสะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการและมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการการวิจัย และพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) ศึกษาสภาพปัญหา 2) พัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า ทดลองระบบ และปรับปรุงแก้ไข 3) ประเมินระยะเวลาที่รอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สารสนเทศ รวม 6 คน และ ผู้รับบริการจำนวน 80 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2567 โดยการ สังเกต การสัมภาษณ์แบบบันทึกระยะเวลาการรอคอย และแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการและระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า เท่ากับ 0.86 และ 0.82 ตามดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ เปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการก่อนและหลังใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าระบบบริการเดิมการนัดหมายใช้แบบแจกบัตรคิว ไม่ได้กำหนดเวลาและจำนวนการนัดหมายที่ชัดเจน ไม่มีระบบจองคิวล่วงหน้า ผู้รับบริการมาพร้อมๆกัน เกิดความแออัดในห้องตรวจ การพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมผู้รับบริการมารับบริการตามเวลาที่ตนเองสามารถกำหนดได้ ทำให้ระยะเวลาการรอคอยหลังใช้ระบบจองคิวตรวจล่วงหน้าลดลงจากก่อนพัฒนาระบบจากเดิมเฉลี่ย 60 นาที 30 วินาที เป็น 20 นาที 10 วินาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ และความพึงพอใจของผู้จองคิวล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมอยู่ในระดับมาก ดังนั้นการเพิ่มช่องทางระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมมีความเหมาะสมช่วยลดเวลาที่รอคอยของผู้รับบริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำสำคัญ : การจองคิวตรวจล่วงหน้า, ผู้รับบริการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pcubk1@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-8534002)

Abstract

Currently, the overcrowding of patients waiting for services in various government hospitals and sub-district health promoting hospitals is a problem that results in patients receiving increasingly delayed services and reduced satisfaction. The waiting time reflects the quality of services and affects the satisfaction of service recipients. This research and development aimed to develop an advance appointment booking system for service recipients through the Mor Prom application at Chebilang sub-district health promoting hospital, Mueang Satun district, Satun province. The research was divided into 3 phases: 1) Studying the problem; 2) Developing an advance appointment booking system, testing the system, and improving the system; 3) Evaluating the waiting time and satisfaction of service recipients. The sample group included 6 personnel, covering doctors, professional nurses and information officers, and also 80 service recipients. Data were collected from July to August 2024 by observing, interviewing, recording the waiting time and the satisfaction questionnaire. The quality of the tools was verified by 3 experts with the index of consistency illustrating as 0.67 - 1.00 which the satisfaction questionnaire and the appointment booking system had the IOC as 0.86 and 0.82 respectively. Data were analyzed by number, percentage, mean and standard deviation. In addition, to compare waiting time of service recipients before and after using the advance appointment booking system, Wilcoxon Signed Rank Test and content analysis were applied. The study found that the original service system used a queue card system for appointments, did not specify appointment times or limit the number of appointments, lacked an advance booking system, and resulted in all service recipients arriving at the facility's opening time, causing congestion in front of the examination rooms. The development of the advance booking system via the Mor Prom application allowed service recipients to schedule appointments at convenient times. This reduced the average waiting time from 60 minutes and 30 seconds to 20 minutes and 10 seconds, a difference that was statistically significant ($p < .05$). Service recipients reported high levels of satisfaction with both the service quality and the new advance booking system via the Mor Prom application. Therefore, implementing an advance booking system through the Mor Prom application is an appropriate solution to reduce waiting times and increase service recipients' satisfaction in accessing health services."

Keywords: Advance appointment booking, Service recipients, Sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสภาพความแออัดของผู้ป่วยที่มารอรับบริการตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐเป็นปัญหาที่เห็นได้โดยทั่วไป ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ล่าช้ามากขึ้น ความพึงพอใจลดลงและเกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดเป็นนโยบาย จำเป็นเร่งด่วน ที่ต้องการปรับปรุงแก้ไขห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นพื้นที่บริการที่มีความแออัดมากที่สุด และเป็นจุดเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่ออัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยมากที่สุดของโรงพยาบาล ระยะเวลาการรอคอยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและเป็นส่วนสำคัญในการสะท้อนคุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาล ระยะเวลาการรอคอยที่เหมาะสมมีผลเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ ในขณะเดียวกันระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความเครียดและความผิดหวังจากการให้บริการ และอาจส่งผลต่อการตัดสินใจ ไม่รับบริการในสถานพยาบาลเนื่องจากไม่สามารถทนรอด้วยความทุกข์ ทรมานจากอาการป่วยได้ ระบบบริหารจัดการระยะเวลาการรอคอยในทุกจุดของบริการในโรงพยาบาล เป็นเกณฑ์การประเมินหนึ่งของการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) ในระดับขั้นพื้นฐาน (The must) โดยพิจารณาจากมีระบบบริหารจัดการนัดหมายผู้ป่วย เช่น การนัดหมายเหลื่อมเวลา มีการจัดระบบคิวการรอตรวจ และมีการกำหนดช่วงเวลาที่จะได้รับการตรวจ มีการบริการส่งต่อ-ส่งกลับและนัดหมายอย่างเป็นรูปธรรม(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งระยะเวลาการรอคอยเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการ และเป็นเหตุผลของการมารับบริการ ผลกระทบที่เกิดจากการรอนานจะทำให้ผู้รับบริการต้องใช้เวลาในการรับบริการมากขึ้น เกิดความล่าช้าในการตรวจรักษา ส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ในขณะที่แพทย์ใช้เวลาในการตรวจผู้ป่วยแต่ละรายน้อย แพทย์อาจตรวจด้วยความรวดเร็ว และอาจให้ข้อมูลที่ไม่กระจ่าง ทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ (ภณทิรา ปริญญารักษ์, วณิดารักษ์ ผกาวงค์, จิราภรณ์ สาขะรุ้ง,รัตนกร ทวีเฉลิมดิษฐ์, อธิชา ฉันทวุฒิ, นันทธวัฒน์ ฉัตรทวีลาภ, 2564)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการทางสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน จึงเป็นสถานที่ที่ชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้ มีภารกิจหลักคือ การส่งเสริม ป้องกัน ปั่นฟู และรักษาโดยการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การฝากครรภ์ การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เช่น การฉีดวัคซีนในเด็ก การดูแลโภชนาการงานอนามัย การคุ้มครองผู้บริโภค การคัดกรองภาวะผิดปกติ การบำบัดรักษา รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงและบริการอื่น ๆ ให้แก่ชุมชน เวลาที่รอคอยเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากผู้รับบริการมีจำนวนมากและบุคลากรมีเวลาจำกัด จากรายงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเจ๊ะบิลังมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ.2565 ถึงปี พ.ศ.2567 มีจำนวน 4,772 4,880 และ 5,912 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง, 2567) แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้มารับบริการอาจมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยพบปัญหาระบบบริการเดิมการนัดหมายผู้ป่วยใช้แบบแจกบัตรคิว ณ หน่วยบริการ การนัดหมายผู้ป่วยไม่ได้กำหนดเวลาและจำนวนการนัดหมายที่ชัดเจน ไม่มีระบบจองคิวล่วงหน้า คนไข้มาพร้อม ๆ กัน เกิดความแออัดในห้องตรวจผู้รับบริการมีระยะเวลาที่รอคอยมากที่สุด 60 นาที และใช้เวลาที่รอน้อยที่สุด 15 ตามลำดับหากใช้เวลารอคอยที่นาน

เกินไปอาจทำให้ไม่สามารถรองรับบริการได้ และการขาดระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าทำให้เกิดความคับคั่งของผู้รับบริการบางช่วงเวลานั้น ๆ ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลังได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินการให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจสะดวกและรวดเร็วที่สุด โดยจัดให้มีการบริการเพิ่มช่องทางการจองคิวล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม เพื่อให้ผู้ใช้บริการจะได้รับความสะดวกยิ่งขึ้น MOPH Connect หรือ หมอพร้อม เป็นแพลตฟอร์มบริการสุขภาพบน Line Official Account มีการพัฒนาระบบบริการจองคิว บน MOPH Connect ช่วยลดระยะเวลารอคอยของผู้มารับบริการ และลดความแออัดของโรงพยาบาลช่วยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขแบบอัตโนมัติผ่านโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ทั้งยังเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพการบริการของโรงพยาบาลภาครัฐ ให้มีความสะดวกรวดเร็ว โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลซึ่งระบบหมอพร้อมโฉมใหม่ในครั้งนี้ จะช่วยบันทึกข้อมูลสุขภาพและเชื่อมโยงหน่วยบริการ ยกระดับการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะกลุ่มโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้เป็น Digital Health Platform สำหรับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ในการป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพ ของประชาชน ตลอดจนเพื่อการพัฒนาาระบบที่จะนำไปสู่ความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ และส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน (Piroonruk Art-han, 2565) ดังนั้นการบริการที่สะดวกรวดเร็วจึงต้องมีเทคโนโลยีเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว และสนองต่อความต้องการของผู้ที่มาใช้บริการ ปัจจุบันยังขาดในเรื่องการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เข้ามาบริหารจัดการในด้านระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ระบบนัดหมาย กระบวนการเข้ารับการรักษา ระบบการคัดกรอง กระบวนการติดตาม กระบวนการส่งเสริมความรู้ทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัล จึงทำให้การบริการนั้นล่าช้าและการเข้าถึงข้อมูลความรู้การส่งเสริมสุขภาพได้ยาก คนไทยจำเป็นต้องรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขนวัตกรรมจึงเป็นกระบวนการในการดัดแปลงเทคโนโลยีให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่หลากหลายมากขึ้น และทันยุคทันสมัย (คะนอง อินทรโชติ, 2564)

ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเพื่อไปสู่การแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าของผู้รับบริการผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล เพื่อลดเวลาที่รอคอยของผู้รับบริการ โดยให้บริการเสมือนญาติเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ ประชาชนมีความพึงพอใจสูงสุดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

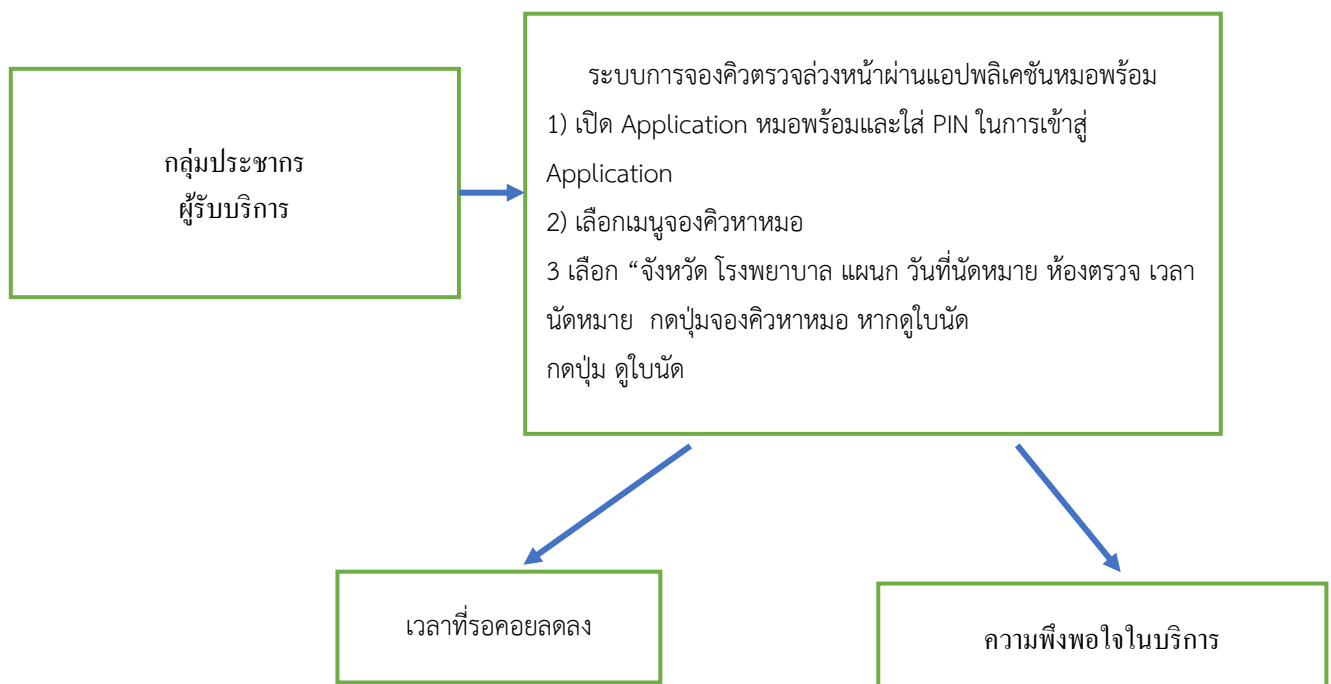
1. เพื่อพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าของผู้รับบริการผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเวลารอคอยของผู้รับบริการก่อนและหลังใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล

สมมติฐาน

1. หลังใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ใช้ระยะเวลารอคอยบริการน้อยกว่าก่อนใช้ระบบการจองคิว ตรวจล่วงหน้า
2. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล อยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนากระบวนการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ได้นำแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” (2564) มาปรับใช้ในการดำเนินการ MOPH Connect หรือหมอพร้อม เป็นแพลตฟอร์มบริการสุขภาพบน Line Official Account มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพและเชื่อมโยงหน่วยบริการ และมีระบบบริการจองคิว บน MOPH Connect ผ่านโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนได้อย่างสะดวก การนัดหมายออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม มี 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) เปิด Application หมอพร้อม และใส่ PIN ในการเข้าสู่ Application 2) เลือกเมนูจองคิวหาหมอ 3) ระบุข้อมูล เลือก จังหวัด โรงพยาบาล แผนก วันที่นัดหมาย ห้องตรวจ เวลาคัดหมาย หลังจากนั้นกดปุ่ม “จองคิวหาหมอ” เสร็จสิ้นการลงทะเบียนจองคิวหาหมอเรียบร้อยแล้ว หากต้องการดูใบนัด กดปุ่ม “ดูใบนัด” หน้าจะแสดงเมนูนัดหมาย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. แพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 4 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ 2) ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 2 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- 1) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการดูแลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง
- 2) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา
- 3) ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ที่มารับบริการที่มีแอปพลิเคชันหมอพร้อม ตามช่วงเวลานัดหมายที่กำหนด (เวลา 09.00 น. ถึง 11.00 น.) จำนวน 80 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ 1) ต้องมีแอปพลิเคชันหมอพร้อม 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้รับบริการต้องมีแอปพลิเคชันหมอพร้อม
- 2) สามารถอ่านออกเขียนได้
- 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา
- 4) ข้อมูลของผู้รับบริการ ที่มีการบันทึกเวลารับบริการครบทั้ง 3 จุดบริการ คือ จุดคัดกรอง จุดตรวจรักษา และจุดรับยา

เกณฑ์การคัดออก

1. ข้อมูลของผู้รับบริการที่ขาดการบันทึกเวลารับบริการตั้งแต่ 1 จุดบริการขึ้นไป
2. มีอาการป่วยทรุดลงขณะรอรับบริการ
3. ขอดอนตัวออกจากกรวิจัย

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครวิจัย

1. อาสาสมัครมีปัญหาสุขภาพระหว่างการเก็บข้อมูล
2. อาสาสมัครปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาของระบบการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล โดยสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเด็นสภาพและปัญหาของระบบการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล และศึกษาเอกสาร รายงาน สถิติข้อมูล ในปี.ศ. 2567 ผลจากการศึกษาที่ได้จากขั้นตอนนี้ จึงนำไปสู่การวิจัยขั้นตอนดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า ผู้วิจัยได้นำเสนอผลของการศึกษาสภาพปัญหาของระบบการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลังที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ให้กับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปเป็นข้อมูลนำเข้า โดยการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการไม่รวมแพทย์ เพื่อสร้างระบบงานขึ้นมาใหม่ จัดทำระบบจองคิวตรวจและแจ้งเตือนบน MOPH Connect ทดลองระบบ และปรับปรุงแก้ไขจากนั้นจึงนำระบบไปใช้ในการให้บริการ การพัฒนาประกอบด้วย

- 1) ศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ข้อมูลเวลาที่ รอคอย (waiting time) ที่ผู้รับบริการมาถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลังจนกลับออกไป
- 2) ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยจัดการประชุมระดมสมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ผู้ช่วยเภสัชกร โดยใช้ โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่มในเรื่องช่องทางการสื่อสาร ระบบการจองคิวตรวจ เวลาที่รอคอย ปัญหาและอุปสรรค ได้แนวทางในการพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า
- 3) พัฒนาระบบจองคิวและแจ้งเตือน บน MOPH Connect เพื่อเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ผู้วิจัยสร้างนัดหมายในระบบหมอพร้อม Stationเอง โดยศึกษาจากคู่มือการใช้งานระบบบริการบน MOPH Connect และปรึกษากับนักวิชาการคอมพิวเตอร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ในการจัดทำระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า เมื่อกำหนดตารางนัดหมายบนหมอพร้อมStation เรียบร้อยแล้วผู้รับบริการสามารถนัดหมายออนไลน์ ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมได้

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลหลังการพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า โดยการประเมินเวลาที่รอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับบริการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะเวลาการตรวจรักษา และเข้าถึงบริการบริการสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันหรือ ไลน์หมอพร้อม

ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามเพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าของผู้รับบริการผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่มในเรื่องช่องทางการสื่อสาร ระบบการจองคิวตรวจ เวลาที่รอคอย ปัญหาและอุปสรรค ได้แนวทางในการพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า แนวคำถามมีลักษณะ เป็นคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกเวลาที่รอคอยและเวลาที่รับบริการของกลุ่มตัวอย่างในการมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง การบันทึกเวลารอคอยในจุดบริการแต่ละจุด ตามช่วงเวลานัดหมายที่กำหนด (เวลา 09.00น.ถึง 11.00 น) คือ จุดคัดกรอง จุดตรวจรักษา และจุดรับยา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจเมื่อใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่กำหนด และต้องตอบให้ครบทุกข้อกำหนดเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

1 คะแนน หมายถึงอยู่ในระดับน้อย

2 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

3 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับมาก

การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.68 - 2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.67 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหา และความชัดเจนของเครื่องมือ เพื่อประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence; IOC) โดยกำหนดค่า $IOC > 0.67$ ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง $0.67 - 1.00$ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และไปทดลองรวบรวม ข้อมูลกับผู้รับบริการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.85 กำหนดสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ เมื่อใช้ระบบการจ้องคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม เท่ากับ 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 กรกฎาคม 2567

สำรวจสภาพการณ์ สภาพปัญหาของระบบการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิล้าง อำเภอมือสตู จังหวัดสตูล โดยสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ แพทย์โรงพยาบาลคู่ประกัน พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศ และผู้รับบริการ และศึกษาเอกสาร รายงาน สถิติข้อมูล ในปี พ.ศ. 2567 ผลจากการศึกษาที่ได้จากระยะนี้ จึงนำไปสู่การวิจัยระยะดาเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการ ต่อไป

ระยะที่ 2 กรกฎาคม – สิงหาคม 2567

พัฒนาระบบการจ้องคิวตรวจล่วงหน้า โดยการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการไม่รวมแพทย์ เพื่อสร้าง ระบบงานขึ้นมาใหม่ จัดทำระบบจ้องคิวตรวจและแจ้งเตือนบน MOPH Connect ทดลองระบบ และปรับปรุง แก้ไข จากนั้นจึงนำระบบไปใช้ในการให้บริการ การพัฒนาประกอบด้วย

1) ศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ในเดือนกรกฎาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 67 คน ได้ข้อมูลเวลาที่ รอคอย (waiting time) ที่ผู้รับบริการมาถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิล้างจนกลับ ออกไป

2) ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยจัดการประชุมระดมสมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิล้าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่มในเรื่องช่องทางการสื่อสาร ระบบการจ้องคิวตรวจ เวลาที่รอคอย ปัญหาและอุปสรรค ได้แนวทางในการพัฒนาระบบการจ้องคิวตรวจล่วงหน้า

3) การพัฒนาระบบจองคิวและแจ้งเตือน บน MOPH Connect เพื่อเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันหมอฟร้อมผู้วิจัยได้ศึกษาจากคู่มือการใช้งานระบบบริการบน MOPH Connect การสร้างนัดหมายในระบบหมอฟร้อม Station และปรึกษากับนักวิชาการคอมพิวเตอร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสตูล ในการจัดทำระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า

ระยะที่ 3 สิงหาคม 2567

1) ประเมินผลเวลาที่รอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการพัฒนาระบบ

การจองคิวตรวจ

2) วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

3) จัดทำรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านคุณภาพการบริการหลังใช้ระบบการจองคิวตรวจ

ล่วงหน้าและความพึงพอใจเมื่อใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอฟร้อมวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบความแตกต่างข้อมูลค่าเฉลี่ยเวลาที่รอคอยของผู้รับบริการก่อนและหลังใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การสังเคราะห์การตีความหมาย สรุปประเด็น การสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และปัญหาอุปสรรคในการพัฒนา

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยโดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับจะนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ: SCPHYLIB-2567/234

ผลการวิจัย

ก่อนดำเนินการพัฒนาระบบพบปัญหาเพื่อนำไปสู่การพัฒนา ดังนี้

1. สภาพปัญหาการให้บริการ พบว่า การรับบริการรับบัตรคิวตรวจที่มีอยู่เดิม ด้วยการ Walk in เข้ามาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก เวลาที่รอคอยยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้รับบริการ โดยแพทย์จากโรงพยาบาลคู่ประกันกล่าวว่า “ระยะเวลาที่ตรวจขึ้น กับความยากง่ายของโรค ถ้าผู้ป่วยเป็นทั้งโรคความดันและเบาหวานอาจจะใช้เวลาสักหน่อย ถ้าผู้ป่วยเยอะก็ตรวจไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหมด” ส่วนพยาบาลวิชาชีพกล่าวว่า “เราจะแจกบัตรคิวกับผู้รับบริการที่ Walk-in เข้ามา โดยจัดคิวให้ตามลำดับแล้วจะกำชับให้มาตรวจกับแพทย์ ช่วงเวลา 09.00-11.00 น. พร้อมกับบอกคิวว่าคุณได้รับคิว

ตรวจที่เท่าไร ถ้าคนไข้เยอะหน้าห้องตรวจจะแออัดมากค่ะแล้วล้นไปถึงหน้าห้องบัตร เจ้าหน้าที่สารสนเทศกล่าวว่า “มารับบัตรคิวตรวจแต่เช้าและตอนใกล้เที่ยงมาตรวจ ซึ่งทางเราก็จะบอกให้มาพบแพทย์ช่วงเก้าโมงถึงสิบเอ็ดโมงก่อนเที่ยงค่ะ” และ “เมื่อแพทย์กลับแล้วพบว่า OPD Card ที่แจ้งไว้ว่าจะมาตรวจแต่ไม่มากับอีกประเภท คือ รอไม่ไหวเพื่อจะรีบไปทำงานหรือกลับไปก่อนเพราะมีงานด่วน พอถึงเวลาแต่ยังไม่ถึงคิวตรวจก็กลับไปเลยคะ จะพบประปรายคะ” กลุ่มผู้รับบริการกล่าวว่า “วันนี้เป็นวันหมอมา ก็เลยมาตอนเช้า” “ทราบว่าได้ลำดับคิวที่เท่าไร แต่พี่เค้าก็บอกว่าแพทย์จะอยู่แค่ช่วง 09.00 - 11.00 น. เท่านั้นนะ ก็จะได้รับมาตั้งแต่หกโมงตรง เพื่อจะได้ตรวจก่อนถ้าหมอมา” “รอแพทย์นานกว่าจะได้ตรวจ”

2. ผลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า จำนวนผู้รับบริการที่มาใช้บริการเมื่อเปิดให้รับบัตรคิวตรวจเวลา 07.30 น. ถึงเวลา 11.00 น. บางสัปดาห์พบความแออัดและบางสัปดาห์ปริมาณผู้รับบริการพอดีกับเวลา การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ ผู้รับบริการทุกคนทราบข้อมูล คือ จะมีแพทย์จากโรงพยาบาลมาให้บริการในช่วง เวลา 09.00 - 11.00 น. และจัดคิวตรวจก่อน-หลังไว้ที่หัวกระดาดใบประวัติ (OPD Card) เรียงตามลำดับ เมื่อถึงเวลา 08.30 น. พยาบาลคนที่ 1 พร้อมทั้งโต๊ะซักประวัติและวัดสัญญาณชีพ เมื่อผู้รับบริการทยอยกันมากก็จะเริ่มเรียกชื่อตามลำดับคิวที่หัวกระดาด OPD Card จะซักประวัติและวัดสัญญาณชีพให้ผู้รับบริการแล้วจะให้รอพบแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ ตามลำดับคิว เมื่อแพทย์มาและพร้อมตรวจก็จะเรียกเข้าตรวจตามลำดับ หากไม่พบผู้รับบริการก็จะเรียกลำดับถัดไปเข้าแทน

3. ผลการศึกษาเอกสาร รายงาน สถิติข้อมูล ในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้รับบริการรับบัตรคิวตรวจแต่ไม่มารับบริการ เมื่อแพทย์ออกตรวจประมาณร้อยละ 2 ช่องทางการติดต่อของผู้รับบริการ มีช่องทางการติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ทาง คือติดต่อด้วยตนเอง Walk in เข้ามาเวลาที่รอคอย (Waiting Time) ที่ผู้รับบริการมาถึงจนกลับออกไปจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เวลารอคอยมากที่สุด 60 นาที 30 วินาที และใช้น้อยที่สุด 30 นาที ใช้เวลาพบแพทย์ในการตรวจตั้งแต่ 10 - 15 นาที ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ช่วงอายุพบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 60 - 70 ปี ขึ้นไป

2. การพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า แบ่งเป็น 2 รอบ

รอบที่ 1 การพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า

2.1 การเก็บข้อมูลก่อนการใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ทุกเช้าวันพุธและวันศุกร์ที่สามของเดือน มีผู้รับบริการจำนวนทั้งสิ้น 67 คน เก็บข้อมูลไว้เพื่อใช้เปรียบเทียบกับข้อมูลหลังการใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า พบว่าผู้รับบริการใช้เวลาเฉลี่ยที่รอคอยตั้งแต่ จุดคัดกรอง จุดตรวจรักษา และจุดรับยา 60 นาที 30 วินาที

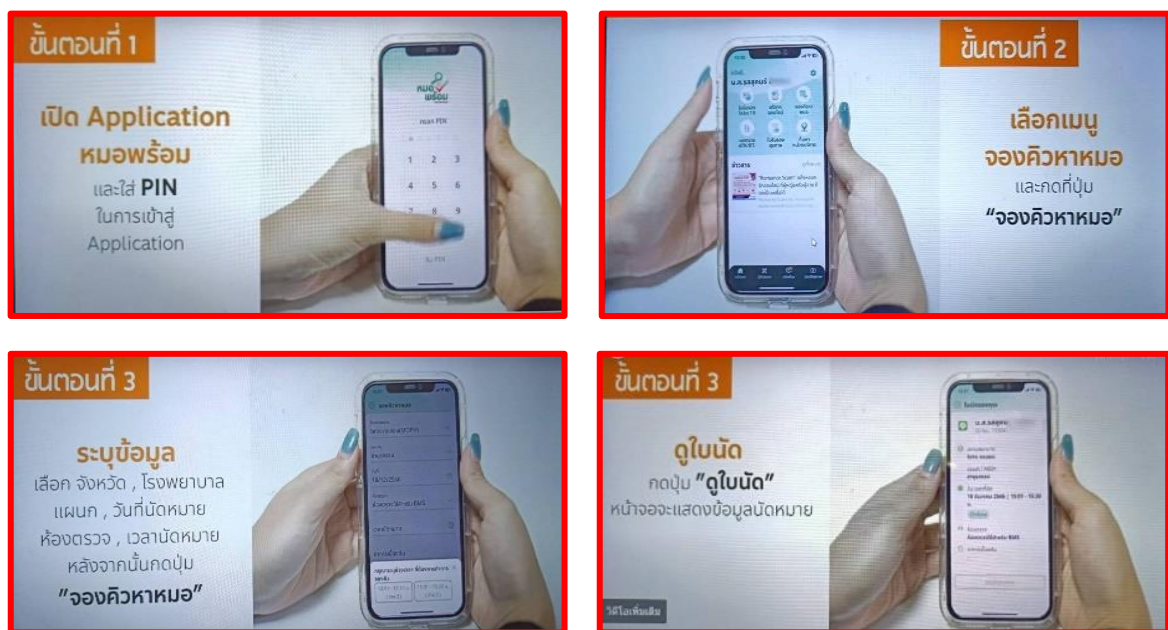
2.2 การพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่รองรับระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า ในการจัดคิวและแจ้งเวลานัดตรวจหากันทุก 5 นาที การจัดเวลานัดมีแบบบันทึกการจองคิวตรวจล่วงหน้าที่ผู้รับบริการมาตรวจกับแพทย์ทุกเช้าวันอังคารและวันศุกร์ที่สามของเดือน ด้วยการ Walk-in เข้ามาและผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นในช่วงเช้าเช้าวันอังคารและวันศุกร์ที่สามของเดือนจะมีเจ้าหน้าที่ 1 คน แจกบัตรคิว และเปิด Website หมอพร้อม station (ระบบนัดหมาย) รับจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ตั้งแต่เวลา 07.30 น. จนถึงเวลา 11.00 น. และเตรียมแบบบันทึกการจองคิวตรวจล่วงหน้าไว้ คิวที่ 1 เริ่มเวลา 09.00 น. จนถึงคิวที่สิ้นสุดเวลา 11.00 น. เริ่มนัดก่อนเวลา 5 นาที

เพื่อให้ได้ชีพจรเพิ่มเติมและวัดสัญญาณชีพ โดยเริ่มต้นจับเวลา ตั้งแต่ผู้รับบริการเริ่มเดินมาถึงโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าจุดคัดกรอง จุดตรวจรักษา และจุดรับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.3 การพัฒนาระบบจองคิวและแจ้งเตือน บน MOPH Connect ผู้วิจัยสร้างนัดหมายในระบบหมอพร้อม Station เองโดยศึกษาจากคู่มือการใช้งานระบบบริการบน MOPH Connect และปรึกษากับนักวิชาการคอมพิวเตอร์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการจัดทำระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า เมื่อกำหนดตารางนัดหมายบนหมอพร้อมStation เรียบร้อยแล้ว ผู้รับบริการสามารถนัดหมายออนไลน์ ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมได้

2.3.1 ส่วนของผู้รับบริการ

แอปพลิเคชันหมอพร้อมในส่วนผู้รับบริการ เป็นแอปพลิเคชันหมอพร้อมที่ใช้งานออนไลน์ผ่านสมาร์ทโฟน การนัดหมายออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม มี 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) เปิด Application หมอพร้อมและใส่ PIN ในการเข้าสู่ Application 2) เลือกเมนูจองคิวหาหมอ และกดที่ปุ่ม “จองคิวหาหมอ” 3) ระบุข้อมูล เลือก จังหวัด โรงพยาบาล แผนก วันที่นัดหมาย ห้องตรวจ เวล่านัดหมาย หลังจากนั้นกดปุ่ม “จองคิวหาหมอ” เสร็จสิ้นการลงทะเบียนจองคิวหาหมอเรียบร้อยแล้ว หากต้องการดูใบนัดกดปุ่ม “ดูใบนัด” หน้าจอจะแสดงเมนูนัดหมาย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Application หมอพร้อม

2.3.2 ส่วนของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ที่จะเป็นผู้บันทึกรายละเอียดการนัดหมายในระบบหมอพร้อม Station ในบริการต่าง ๆ ของคลินิก ได้แก่ ระบุแผนก แพทย์ ช่วงเวลาทำการ ช่วงเวลาในการสร้างตารางนัดหมาย เวลานั้นนัดหมาย (“เวลาเริ่มต้น – เวลาสิ้นสุด”) จำนวนที่สามารถทำนัดได้ และทำเครื่องหมายที่ เปิดให้นัดหมายออนไลน์ เมื่อระบุรายละเอียดเรียบร้อยแล้วให้บันทึก ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 การสร้างนัดหมายในระบบหมอพร้อม Station: ตารางนัดหมาย (นัดหมายช่วงเวลา)

เจ้าหน้าที่ที่สามารถดูและยืนยันการขอนัดหมายของผู้เข้าใช้บริการ เมื่อถึงวันเวลาที่นัดหมายระบบจะแสดงข้อมูลผู้ที่นัดหมายเข้าใช้บริการ รวมถึงสามารถบันทึกการนัดหมายครั้งต่อไปได้ ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 การสร้างนัดหมายในระบบหมอพร้อม Station: ตารางนัดหมาย (ข้อมูลตารางนัดหมาย)

สรุปผลการพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า รอบที่ 1 ได้ทดลองใช้ 2 สัปดาห์ ในเดือนสิงหาคม 2567

รอบที่ 2 ของการพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 ได้ประชุมกลุ่มผู้ร่วมทีมวิจัยเพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบให้ดีขึ้น ดังนี้

1. พัฒนาแบบบันทึกการจองคิวตรวจล่วงหน้าที่ใช้สอบถามผู้รับบริการทุกครั้งด้วยคำถามเดียวกัน
2. พัฒนาแบบบันทึกเวลา ลดขั้นตอนบันทึกเวลาเหลือ 3 ขั้นตอน ได้แก่ จุดคัดกรอง จุดตรวจรักษา และจุดรับยา ไม่บันทึกเวลาที่จุดเวชระเบียน

สรุปผลการพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า รอบที่ 2 ใช้ได้ดีไม่พบปัญหาในการทดลองใช้

3.การประเมินผลหลังการพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า

3.1 ผลประเมินระยะเวลาที่รอคอยหลังการพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า พบว่า ค่าเฉลี่ยเวลาที่รอคอยหลังใช้ระบบพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบระยะเวลาเวลารอคอยของผู้รับบริการก่อนและหลังใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ด้วยการทดสอบ วิลคอกซัน (Wilcoxon Matched Pairs Signed- Ranks Test)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	M	SD	Z	P
ก่อนใช้ระบบ	67	60.30	7.09	-7.117	.000
หลังใช้ระบบ	80	20.10	5.98		

จากตาราง 1 พบว่า หลังการใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผู้รับบริการจำนวน 80 คน มีค่าเฉลี่ยเวลาที่รอคอย 20.10 (คิดเป็น 20 นาที 10 วินาที) น้อยกว่าก่อนการใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าที่มีผู้รับบริการจำนวน 67 คน มีค่าเฉลี่ยเวลาที่รอคอย 60.30 (คิดเป็น 60 นาที 30 วินาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการ พบว่า โดยภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก เมื่อพิจารณาแยกตามรายชื่อ ดังแสดงในตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการ

ที่	ลักษณะการบริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ระดับความพึงพอใจ		
		M	SD	แปลผล
1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการตรงต่อเวลาที่นัดหมาย	2.66	0.63	มาก
2	ได้รับบริการตรวจตามคิวที่ได้รับแจ้ง	2.69	0.60	มาก
3	ให้บริการด้วยความสะดวกรวดเร็ว	2.61	0.68	มาก
4	บริเวณที่รอคอยสะดวกสบาย ไม่แออัด	2.56	0.72	มาก
5	ระยะเวลาการรอคอยมีความเหมาะสม	2.70	0.58	มาก
6	ต้อนรับด้วยอัธยาศัยที่ดีสุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส	2.76	0.50	มาก

ที่	ลักษณะการบริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ระดับความพึงพอใจ		
		M	SD	แปลผล
7	ให้บริการด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	2.50	0.76	มาก
8	ได้รับคำชี้แจงขั้นตอนและแจกแจงเวลาของการให้บริการอย่างชัดเจน	2.40	0.82	มาก
9	แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้เวลาตรวจและสนทนากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ	2.45	0.79	มาก
โดยรวม		2.59	0.59	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือสตู จังหวัดสตูล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจเรียงตามลำดับคือ การต้อนรับด้วยอัธยาศัยที่ดีสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส ($M = 2.76$) รองลงมาคือ ระยะเวลารอคอยมีความเหมาะสม ($M = 2.70$) และได้รับการตรวจตามคิวที่ได้รับแจ้ง ($M = 2.69$) สรุปความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเมื่อใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม พบว่าโดยภาพรวมของผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก เมื่อพิจารณาแยกตามรายข้อพบดังแสดงในตาราง 3 ดังนี้

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการเมื่อใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม

ที่	ลักษณะการบริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ระดับความพึงพอใจ		
		M	SD	แปลผล
1	หน้าแอปพลิเคชันหมอพร้อม อ่านแล้วเข้าใจวิธีการติดต่อ	2.38	0.70	มาก
2	ความสะดวกในการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมใช้งานได้ต่อเนื่อง	2.71	0.57	มาก
3	ตัวหนังสือแอปพลิเคชันหมอพร้อมมีขนาดพอเหมาะสวยงาม น่าใช้	2.35	0.69	มาก
4	การเข้าใช้งานแอปพลิเคชันหมอพร้อมในการลงข้อมูลง่าย	2.43	0.67	มาก
5	ได้ทราบเวลาที่นัดตรวจรวดเร็ว	2.66	0.63	มาก
6	ความครบถ้วนด้านข้อมูลที่ต้องการแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ	2.53	0.59	มาก
โดยรวม		2.50	0.53	มาก

จากตาราง 3 พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจเรียงตามลำดับ คือ ความสะดวกในการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมใช้งานได้ต่อเนื่อง ($M = 2.71$) รองลงมาคือ ได้ทราบเวลาที่นัดตรวจรวดเร็ว ($M = 2.66$) และความครบถ้วนด้านข้อมูลที่ต้องการแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ($M = 2.53$) สรุปความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการติดต่อทางแอปพลิเคชันหมอพร้อม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

อภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้า โดยเพิ่มช่องทางผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม มีความเหมาะสมช่วยลดเวลาที่รอคอยของผู้รับบริการซึ่งก่อนใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผู้รับบริการใช้เวลาที่รอคอยเฉลี่ย 60 นาที 30 วินาที และหลังใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผู้รับบริการใช้เวลาที่รอคอยเฉลี่ยเหลือ 20 นาที 10 วินาที ค่าเฉลี่ยเวลาที่รอคอยหลังใช้ระบบพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ เนื่องจากเมื่อใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ผู้รับบริการมารับบริการตามเวลาที่ตนเองสามารถกำหนดได้ ลดความแออัดในห้องตรวจ และสามารถบริหารอัตรากำลังที่มีค่อนข้างจำกัดให้สามารถให้บริการได้ในจำนวนที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อมเป็นช่องทางที่มีความสะดวกในการจองคิวตรวจล่วงหน้า ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมใช้งานได้ต่อเนื่อง ($M = 2.71$, $SD = 0.57$) รวมทั้งได้ทราบเวลาที่นัดตรวจรวดเร็ว ($M = 2.66$, $SD = 0.63$) และความครบถ้วนด้านข้อมูลที่ต้องการแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ($M = 2.53$, $SD = 0.59$) ผู้รับบริการพึงพอใจ ประกอบกับการใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อม มีรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติ ด้านสุขภาพรวมทั้งผู้รับบริการสามารถกำหนดเวลามาพบแพทย์ตามความต้องการของตนเองได้ จึงทำให้ผู้รับบริการมาใช้บริการตามเวลาที่ได้เลือกไว้ ช่วยลดเวลาที่ต้องรอเป็นเวลานาน การรอคอยเป็นช่วงเวลาที่ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายและจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจในการให้บริการ (ธัญญา ประโยชน์เจริญผล, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของคัทลียา วสุธาดา (2560) และการศึกษาของอินทิดา ช่อไชยกุล (2562) พบว่า การพัฒนาขั้นตอนการดำเนินงานลดลง จะสามารถลดระยะเวลาการรอคอยของผู้มารับบริการลงได้

2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ และเมื่อใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการลดเวลาที่รอคอย ทำให้จากการจัดลำดับ และการนัดเวลาตรวจห่างกันทุก 5 นาที รวมทั้งใช้วิธีการกำหนดผู้รับบริการไว้ให้พอดีกับเวลาที่ให้บริการ หลังใช้ระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าพบว่าเมื่อใช้เวลานัดตรวจที่ชัดเจน ทำให้เวลาที่รอลดลงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการมาในเวลาที่ไม่ใกล้เคียงเวลานัดตรวจมาก ประกอบกับพื้นที่ภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ จุดซักประวัติ วัดสัญญาณชีพ ห้องตรวจโรคและห้องรับยาอยู่ติดกัน การลดเวลาที่รอคอย จึงส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ซึ่งการรอคอยบริการ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการประเมินคุณภาพการได้รับบริการจากผู้รับบริการ (ดวงกมล สายเทพ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร สันรักษาเวช และอนุชิต ภู (2562) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ ความพึงพอใจของผู้จองคิวล่วงหน้าทางอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับมาก และ การเพิ่มช่องทางทางอินเทอร์เน็ตมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัยและความต้องการของผู้รับบริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการจองคิวตรวจล่วงหน้า ให้ต่อเนื่องและปรับปรุงแบบแอปพลิเคชันหมอพร้อม ให้มีขนาดพอเหมาะ สวยงาม น่าใช้ อ่านแล้วเข้าใจ และการใช้งานแอปพลิเคชันหมอพร้อมในการลงข้อมูลง่ายเหมาะสมกับผู้รับบริการทุกกลุ่ม สามารถเลือกเวลาที่ต้องการตรวจได้ เมื่อช่วงเวลาใด ที่มีผู้รับบริการรายอื่นจองแล้วก็จะทราบ และเลือกเวลาใหม่ได้ทันที

2. หากจะนำระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าไปใช้ที่คลินิกอื่น ๆ ควรใช้กับผู้ป่วยรายเก่า สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ควรมีห้องแยกสำหรับพยาบาลเพื่อให้สุกศึกษาหรือให้คำแนะนำข้อควรปฏิบัติเฉพาะโรคหลังแพทย์ตรวจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบที่พัฒนาครั้งนี้ไปวางนโยบายเพื่อประยุกต์ใช้ในหน่วยงานหรือจุดบริการอื่น ๆ ในโรงพยาบาลตำบลเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการ และการบริหารอัตรากำลังที่มีค่อนข้างจำกัด ให้สามารถให้บริการได้ในจำนวนที่เหมาะสมและเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

2. ควรนำระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าไปใช้ในคลินิกทันตกรรม แพทย์แผนไทย พัฒนาการเด็ก และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างและหาแนวทางพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คนอง อินทรโชติ. (2564). การศึกษาคุณภาพของระบบสารสนเทศการยอมรับเทคโนโลยีและนวัตกรรมทาง
การแพทย์ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแอปพลิเคชันปรึกษาแพทย์ออนไลน์ของประชากรในเขต
กรุงเทพมหานคร (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก
<https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sun18/6214070076.pdf> (2565, 12 มกราคม)
- คัทลียา วสุธาดา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรค
เรื้อรังศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*,
28(1), 80-89.
- ดวงกมล สายเทพ. (2550). ผลของการใช้โปรแกรมการจัด บริการตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อความ
พึงพอใจในบริการของผู้รับ บริการ และระยะเวลาการรอคอย ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมืองสมุทร
ปุ่เจ้าสมิงพราย. *วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยนเรศวร*, 1(2), 78.
- ธัญญะ ประโยชน์เจริญผล.(2549). *การวิเคราะห์ระบบการให้บริการสัตว์ป่วย แผนกสัตว์ป่วยนอก โรงพยาบาล
สัตว์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]:
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- เบญจพร สันรักษาเวช และอนุชิต วุ้. (2562). การพัฒนาระบบคิวสำหรับโรงพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 2(2), 1-6
- ภัณฑิรา ปริญญารักษ์, วณิดารัก ผกาวงค์, จิราภรณ์ สาชะรุ่ง, รัตนากร ทวีเฉลิมดิษฐ์, อธิชา ฉันทคุณันท์,
ธนวัฒน์ ฉัตรทวิลาภ. (2564). ระยะเวลาการรอคอยและระยะเวลารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรง
พยาบาลทั่วไปขนาดกลางภาคเอกชนแห่งหนึ่ง. *เภสัชกรรมคลินิก*, 27(2), 53-63.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง. (2567). สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2565 ถึง 2567. สืบค้นวันที่ 3
มิถุนายน 2567, จาก: *ฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง.*
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2566). *นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.
2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*
- หมอพร้อม. (2564). *หมอพร้อมแพลตฟอร์ม.* จาก <https://mohprompt.moph.go.th/mpc/#>.
- อินทิรา ช่อไชยกุล.(2562) ประสิทธิภาพของระบบคิวจ่ายยาแยกประเภทตามกลุ่มห้องตรวจ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลลำปาง. ว. *วิจัยพัฒนาระบบงานสาธารณสุขแพร่2562;9(8)*
- Agajampaka, P.; Sriprayun, P.; & Thammachart, S. (2019). *Thailand Regional Health Profile
2012-2017. Nonthaburi: Ministry of Health; 2019 (in Thai).*
- Piroonruk Art-han. (2565, July 27). ยกระดับ “หมอพร้อม” เป็น Digital Health Platform ของประเทศ
ประชาชนเชื่อมต่อและใช้งานง่ายขึ้น. <https://covid19.nrct.go.th/9939-2/>
- The World Health organizationt. (2000). 2000: *Health Systems: Improving Performance.*
Geneva: WHO.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Development of a Holistic Healthcare Model for Dependent Elderly People in
the Area of Sub-district Health Promoting Hospitals, Phanom District, Surat
Thani Province

ประไพพรรณ ทิพย์สุวรรณ¹, มัฏฐวรรณ ลียุทธานนท์^{2*}

Prapaipun Tipsuwan¹, Matthawan Leeyutthanont^{2*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางसान¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี^{2*}

Bang San Sub-district Health Promoting Hospital¹, Boromarajonani College of Nursing Surat-Thani^{2*}

(Received: July 31, 2024; Revised: September 4, 2024; Accepted: October 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพ (2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (4) วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและข้อเสนอเชิงนโยบาย กลุ่มตัวอย่าง คือ สหวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 36 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และแบบประเมินกิจกรรมประจำวัน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีสอดคล้อง .67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและผู้ดูแลต้องการมีทักษะในการดูแลสุขภาพ 2. รูปแบบมี 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเตรียมการ 2) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 3) การให้คำปรึกษาและประเมินผล และ 3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนระดับกิจกรรมประจำวัน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p=.03$)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรติดตามและประเมินผลดูแลสุขภาพครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: matthawan19@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-1872080)

Abstract

This developmental research aimed to: 1) study problems and healthcare needs for dependent elderly people; 2) develop a holistic healthcare model; and 3) evaluate the effectiveness of the model. The research consisted of 4 steps: 1) studying the conditions and needs for holistic healthcare; 2) developing a holistic health care model for the elderly people; 3) evaluating the effectiveness of the model; and 4) analyzing the success factors and policy proposals. The participants consisted of 36 inter-professionals, caregivers and dependent elderly people selected by simple random sampling. The research tools included semi-structured interview guideline, holistic healthcare model and Barthel Activities of Daily Living (ADL). Validity of the content of the tools was verified by three experts, showing an IOC range of 0.67-1.00. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test and content analysis.

The results revealed that: 1. there was an increasing trend of dependent elderly people and caregivers needed essential skills; 2. the developed model consisted of 3 main processes as follows: 1) preparing to promote holistic healthcare; 2) providing holistic healthcare to dependent elderly people; and 3) counseling and evaluating results of the improvement; and 3. after the experiment, the overall ADL score of the dependent elderly was significant higher than before the experiment at the level of .05 ($p=.03$).

For the suggested policy proposal, the relevant agencies should monitor and evaluate healthcare in all dimensions and strengthen the multidisciplinary team and network partners.

Keywords : Holistic healthcare, Dependent elderly persons, Sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุ จำนวน 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2565) ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง 380,274 คน คิดเป็นร้อยละ 2.99 และคาดว่าใน ปี พ.ศ. 2578 สัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด สำหรับสถิติผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวน 180,183 คน คิดเป็นร้อยละ 16.78 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 4,512 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2565) และจากรายงานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เดือนธันวาคม 2565 พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวน 4,904 คน คิดเป็นร้อยละ 14.77 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.32 สำหรับเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางसान ในอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้สูงอายุ จำนวน 353 คน คิดเป็นร้อยละ 16.06 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 10.19

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ได้มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ในการบริการทางการแพทย์ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ แต่การดำเนินงานดังกล่าว ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาคะแนนคุณภาพชีวิต เช่น ปัญหาการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกินยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลาหรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสาร ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ จนกลายเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคของตา และปัญหาการมองเห็น โรคของกระดูกและข้อ และปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจเกิดภาวะการนอนไม่หลับ เครียดหรือวิตกกังวล ซึ่งปัญหาความวิตกกังวล เช่น ห่วงใยลูกหลาน กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว หมดกำลังใจ และมีภาวะซึมเศร้า บางรายมีความคิดทำร้ายตนเอง (สุกัญญา ปวงนิม และคณะ, 2562) ในด้านสัมพันธภาพ อาจพบปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวหรือชุมชน การปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง การปรับตัวค่อนข้างยาก ทั้งนี้อาจมาจากสภาพร่างกาย ความไม่พร้อมของผู้ดูแลในการพาเข้าสังคม และรู้สึกตนเองไร้คุณค่าต่อการทำร่วมกิจกรรมนั้น และปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจพบความยุ่งยากในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากความไม่พร้อมด้านเศรษฐกิจของครอบครัว และการขาดวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล เป็นต้น (อาริชา เสารแก้ว, 2565; เกศกนก จงรัตน์ และคณะ, 2562) ปัญหาที่เกิดขึ้นข้างต้น จะส่งผลถึงการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ และส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) ลดลง (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น และต้องการความช่วยเหลือจากการบริการสุขภาพ และสังคมเพิ่มขึ้น นำไปสู่ปัญหาคะแนนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรได้รับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) มีการให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม จากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการประเมินผู้ที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางสถาน ในอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ดูแลหรือญาติขาดทักษะ และไม่มั่นใจในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของนันท์กานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ (2565) ที่พบว่า แนวปฏิบัติเดิมที่ใช้ดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุมกระบวนการดูแล และญาติผู้ดูแลหลักไม่มั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จากการดูแลสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมทุกมิติ หรือแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการปรับตัวที่ไม่ดี และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น

การดูแลสุขภาพองค์รวม (Holistic Health) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดูแลสุขภาพที่ต้องมีการปรับตัวให้มีความสมดุลทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Craven, R.F. & Hirnle, C.J., 2002) การปรับตัวดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การกิน การนอน พักผ่อน ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย มิติด้านจิตใจ เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ การผ่อนคลาย สงบ สดชื่นแจ่มใสและมีกำลังใจที่ดี มิติด้านสังคม เป็นการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์ที่มีกับผู้อื่น เช่น ครอบครัว ญาติหรือชุมชน และมิติด้านปัญญา เป็นการมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคและชีวิตความเป็นอยู่

ซึ่งหากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปรับตัวได้ดี และมีความสมดุลทุกมิติจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถช่วยเหลือตนเองได้และลดการพึ่งพาให้มากที่สุด (Roy C. & Andrew, H.A., 1999) ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายระดับชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ทีมหมอครอบครัว ญาติและผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ผู้นำหมู่บ้าน จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาของจุฬารัตน ศรีศักดิ์นอก และนิกร ระวีวรรณ (2563) พบว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ มีดังนี้ 1) มีการวางแผนการดูแลโดยวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาร่วมกับชุมชนในการวางแผนการดูแลสุขภาพ 2) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีการคัดกรอง การจัดอบรมให้ความรู้สำหรับผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดทำคู่มือเพื่อไปใช้ในการปฏิบัติจริง 3) มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน 4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยมีข้อเสนอแนะการส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดี ได้รับการพัฒนาศักยภาพของทีมนอย่างต่อเนื่อง แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน ครอบคลุมพื้นที่ การมีส่วนร่วมและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติ บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้องกับความต้องการได้ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น (สุกัญญา ปวงนิม, นงนภัทร รุ่งเนย และอุไรรัชต์ บุญแท้, 2562)

จากปัญหาและความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญในพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลสุขภาพของตนเองได้ มีสุขภาพที่แข็งแรง และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

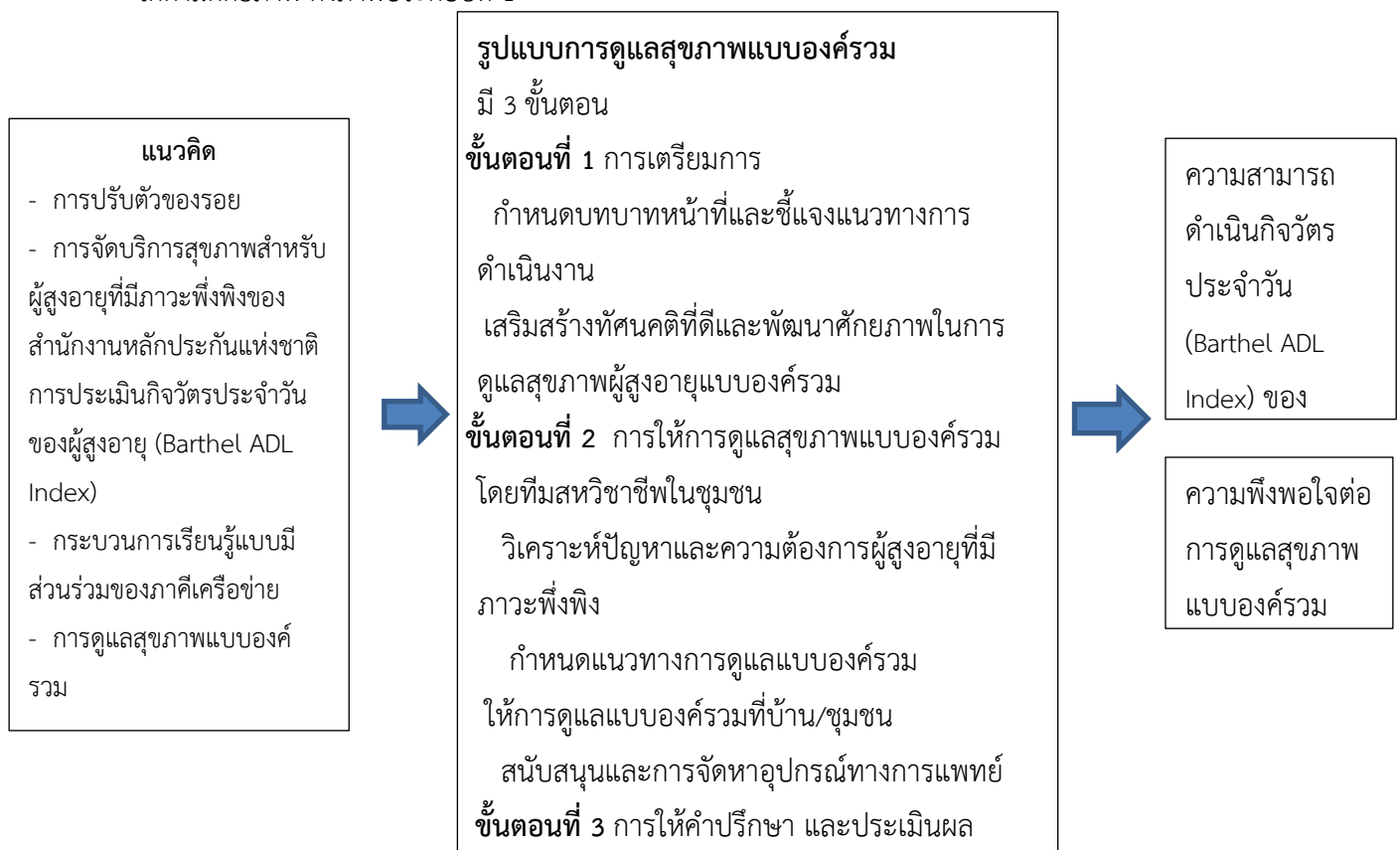
1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สมมติฐาน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคะแนนระดับกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy C. & Andrew, H.A., 1999) ที่เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะพึ่งพิงปรับตัวได้ดี มีความสมดุลและเชื่อมโยงทุกมิติในลักษณะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) ทั้งมิติด้านกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคม และมิติด้านจิตวิญญาณ จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้และลดการพึ่งพาให้มากที่สุด (Craven, R.F. & Hirnle, C.J., 2002) โดยดำเนินการสอดคล้องกับการการสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่จะร่วมกันให้การดูแล สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ได้ตามศักยภาพ ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการ ในเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2567 กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ รวมจำนวน 36 คน และผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมจำนวน 36 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 46 คน ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนและผ่านการอบรม Care manager และพยาบาลวิชาชีพที่จบเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่สุขภาพที่ร่วมขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 คน ทีมหมอครอบครัว (Family care team) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสาน อย่างน้อยหนึ่งปี จำนวน 3 คน ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) จำนวน 7 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน คัดเลือกโดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนและผ่านการอบรม Care manager 2) พยาบาลวิชาชีพที่จบเวชปฏิบัติทั่วไป 3) เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี 4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11 คะแนน) กลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4 คะแนน) 5) ยินยอมการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการวิกฤติที่ต้องได้รับการส่งต่อ 2) ไม่ยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับทีมสหวิชาชีพ ประเด็น การให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการช่วยเหลือสนับสนุน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน 1) แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงของเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับสิ่งที่ต้องการวัด (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ เท่ากับ .67-1.00 และปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยระบุรายละเอียดของข้อคำถามให้มีความชัดเจนมากขึ้น และนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดยนำหนังสือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสาน ไปยังผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด สุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำการวิจัย และเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สุขภาพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทีมสหวิชาชีพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาเก็บบันทึกและสรุปผลการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

(Qualitative data) โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล ใช้การสะท้อนคิดเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน จากนั้นผู้วิจัยทำการสรุปสภาพสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและแนวทาง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการดังนี้

1. นำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดทฤษฎี เพื่อสังเคราะห์เป็นร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ออกแบบรูปแบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1 กำหนดบทบาทหน้าที่และชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

1.2 เสริมสร้างทัศนคติที่ดีและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ขั้นตอนที่ 2 การให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติและผู้ดูแลที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพในชุมชน

2.1 วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างครอบคลุม 4 มิติ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2.2 วิเคราะห์แผนการดูแลแบบองค์รวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายบุคคลระยะสั้น และระยะยาว ด้านสาธารณสุข (Care Plan)

2.3 กำหนดแนวทางการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan)

2.4 ให้การดูแลแบบองค์รวมที่บ้าน/ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัว เครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ อาสาสมัคร จิตอาสา

2.5 สนับสนุนและการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ 3 การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา

3.1 การให้คำปรึกษาแก่ภาคีเครือข่ายในการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.2 ติดตามประเมินผลการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย (1) ร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์, 2558) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ขั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลาง 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นการพึ่งพา และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจของรูปแบบ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบโดยมีระดับคะแนนมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

4) ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำร่างรูปแบบ และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงของเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับสิ่งที่ต้องการ วัด (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ เท่ากับ .67-1.00 และปรับปรุงแก้ไขในส่วนรูปแบบ โดยเขียนกิจกรรมการดำเนินการให้ชัดเจนมากขึ้น

5) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 คน ได้แก่ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพ รวมจำนวน 5 คน และผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมจำนวน 5 คน พบว่า รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริงได้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเมษายน 2567 เป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-test post-test design) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสาน อำเภอนม จังหวัดสุราษฎร์ธานีพักอยู่ที่บ้านตนเอง และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ แต่ต้องการความช่วยเหลือหรือการเฝ้าระวังจากบุคคลอื่น โดยใช้ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีคะแนนกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11 คะแนน) กลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4 คะแนน) รวมทั้งสามารถตอบคำถามและสื่อสารได้ จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินความพึงพอใจของรูปแบบ

วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ฯ ด้วยสถิติ pair t-test

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ต่อการ ดำเนินงานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางสาน คัดเลือกโดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้บริหาร จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2 คน และภาควิชาการพยาบาล จำนวน 2 คน ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศักยภาพและความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล และผลลัพธ์ที่ได้จากการรูปแบบตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา และได้คะแนนความสอดคล้องรายข้อทุกข้อ (IOC) เท่ากับ 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสรุปประเด็นหลักและประเด็นย่อย

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี เลขที่ 2024/7 ลงวันที่ 31 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีบุคลากรที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสถาน อำเภอนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม Care manager จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 7 คน ทีมหมอครอบครัว (Family care team) จำนวน 3 คน ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) จำนวน 7 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน และการสำรวจและคัดกรองประเมินผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งทุกราย จำนวน 327 คน ประกอบด้วย กลุ่มติดสังคม จำนวน 291 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ติดบ้าน คะแนน ADL=5-11 จำนวน 28 คน ร้อยละ 77.83 และติดเตียง จำนวน 8 คน คะแนน ADL= 0-4 ร้อยละ 22.22 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 66.66 อายุเฉลี่ย 79.86 ปี อายุต่ำสุด 61 ปี อายุสูงสุด 100 ปี ญาติสายตรงเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 88.88 ส่วนทีมสหวิชาชีพและผู้ให้บริการได้รับการประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งความรู้และการดูแลดังกล่าวไม่ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะด้านจิตใจ สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และพบปัญหาความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณมาใช้เป็นค่าวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สำหรับผู้รับบริการในส่วนของญาติ พบว่าต้องการมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทุกมิติ

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดทฤษฎี ประกอบด้วย ขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การกำหนดบทบาทหน้าที่และชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ขั้นตอนที่ 2 การให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติและผู้ดูแลที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพในชุมชน ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างครอบคลุม 4 มิติ การวิเคราะห์แผนการดูแลแบบองค์รวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายนุเคราะห์ระยะสั้นและระยะยาวด้านสาธารณสุข การกำหนดแนวทางการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่บ้าน/ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัว เครือข่ายสุขภาพ และการสนับสนุนและการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ ขั้นตอนที่ 3 การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาแก่ภาคีเครือข่ายในการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการติดตามประเมินผลการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ด้วยสถิติ Paired t-test (n=36)

รายการ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความสามารถดำเนิน						
กิจวัตรประจำวัน	5.94	4.64	10.32	8.19	2.67	.03

$p < .05$

จากตาราง 1 พบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และมากที่สุดจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66

4. ปัจจัยความสำเร็จตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งระยะสั้นและระยะยาวและการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งผู้ที่ปฏิบัติงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติหรือครอบครัว รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลในทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการติดตามและประเมินผลดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติ และ ให้การเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

อภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสาน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 11.00 ของผู้สูงอายุทั้งหมด แยกเป็นประเภทติดบ้าน จำนวน 28 คน และติดเตียง จำนวน 8 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงได้ (ณกานต์ ศิริศักดิ์เกษม, 2567) ประกอบกับผู้ดูแลหรือญาติต้องการสนับสนุนในการพัฒนามีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ครอบคลุมทุกมิติ ดังนั้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีศักยภาพในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (ศุภธิดา จันทบุรี และกมล อนุมสัตย, 2563)

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) กรอบแนวคิดการจัดการบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันแห่งชาติ (2561) แนวคิดการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมประกอบด้วย ขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ขั้นตอนที่ 2 การให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติและผู้ดูแลที่บ้าน และขั้นตอนที่ 3 การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา ทั้ง 3 ขั้นตอน มีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่การชี้แจงวัตถุประสงค์และการสร้างทัศนคติที่ดี ทำให้ทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันวิเคราะห์ วางแผนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในทุกมิติ สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในทุกมิติ โดยมีติดแรก ด้านทางกายที่ต้องส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมที่เน้นการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มิติด้านจิตใจ ที่ต้องส่งเสริมการปรับตัว ลดภาวะเครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มิติด้านสังคม ที่ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว และชุมชน และมีมิติด้านสิ่งแวดล้อม มีการสนับสนุนกายอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย รวมถึงการปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมและเป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (รณรงค์ จันใด, 2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของจุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก และนิกร ระวีวรรณ (2563) ที่ให้ข้อคิดเห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคลแต่ละท้องถิ่น และกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในชุมชน จะทำให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงการกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้องกับความต้องการ และจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น หลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ เข้าใจต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดแรงจูงใจ พลังใจในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยมีส่วนร่วมและสนับสนุนของภาคีเครือข่ายที่มีการดำเนินการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ (2565) ที่ศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานสามารถนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาระบบและกลไกในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความยั่งยืน ในทุกพื้นที่ โดยมีการติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ทุก 3 เดือน
2. การศึกษาวิจัยและพัฒนาศักยภาพและแรงจูงใจของทีมผู้ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. การพัฒนานวัตกรรมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาระบบและกลไกในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความยั่งยืน ในทุกพื้นที่โดยมีการติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ทุก 3 เดือน
2. การศึกษาวิจัยและพัฒนาศักยภาพและแรงจูงใจของทีมผู้ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. การพัฒนานวัตกรรมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2565). รายงานข้อมูลจำนวนประชากรจังหวัดสุราษฎร์ธานี.

สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการ คัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: องค์การ

สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- เกศกนก จงรัตน์ และคณะ. (2562). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 1013-1020.
- จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก และนิกร ระวีวรรณ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *ชัยภูมิเวชสาร*, 40(1), 43-55.
- นันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ. (2565). พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 241-256.
- ณกานต์ ศิริศักดิ์เกษม. (2567). การส่งเสริมการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(1), 390-399.
- รณรงค์ จันใด. (2561). แนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตเทศบาลนันทบุรี. *วารสารสถาบันพระปกเกล้า*, 16(1), 96-110.
- วิไลวรรณ อิศรเดช. (2565). ผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(12), 147-160.
- สุกัญญา ปวงนิม, ณงนภัทร รุ่งเนย และอุไรรัชต์ บุญแท้. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(3), 178-195.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). รายงานประจำปี 2563 . นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2565). รายงานประจำปี 2565. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภธิดา จันทรบุรี และกมลภ ถนอมสัตย์. (2563). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวคิดพุทธพลัง. งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- อาริษา เสาร์แก้ว. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลปาดังนาครี. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 9(1), 103-124.
- Best, John. *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.1977.
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J., (2002). *Fundamental of nursing: Human health and funtions*(4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roy, S.C., & Andrews, E.H. (1999). *The Roy adaptation model*.(2nd ed). Stamford, CT: Appleton & Lange.

การใช้แพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง
อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Using Complementary Medicine alongside Conventional Medicine for Self-Care
of Cancer Patients in Donmotdaeng District, Ubon Ratchathani Province

วสุวัตดี พบลาภ^{1*}

Wasuwat Poplab^{1*}

โรงพยาบาลดอนมดแดง

Donmottaeng Hospital

(Received: August 22, 2024; Revised: September 3, 2024; Accepted: October 28, 2024)

บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการใช้แพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเอง 2) ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเอง 3) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเอง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จำนวน 173 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ชีวิตอยู่หลังการเป็นโรคมามากกว่า 5 ปี คัดเลือกจำนวน 10 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกเทป และการตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ภายหลังใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเอง รู้สึกว่าสุขภาพกายและจิตใจ อยู่ในสภาวะที่ดีขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเอง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในระดับมาก ปัจจัยด้านความเชื่ออยู่ในระดับสูง ปัจจัยอื่น ๆ อยู่ในระดับสูง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน ในทุกด้านได้แก่ ทางกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม อยู่ระดับปานกลางทั้งหมด และภาพรวมก็อยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้น การใช้แพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เป็นทางเลือกที่น่าสนใจ และมีประโยชน์ แต่ต้องควรมีการดูแลและให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การใช้แพทย์ทางเลือกเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในระยะยาว

คำสำคัญ : แพทย์ทางเลือก, การดูแลตนเอง, โรคมะเร็ง, ผู้ป่วยมะเร็ง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Statusmorthai@gmail.com เบอร์โทรศัพท์: 094-6678156)

Abstract

This research aimed to: 1) study patterns of using complementary medicine alongside conventional medicine for self-care; 2) examine factors influencing cancer patients to use complementary medicine alongside conventional medicine for self-care; and 3) assess quality of life of cancer patients using complementary medicine in conjunction with conventional medicine for self-care. A qualitative study was conducted with 10 participants selected by purposive sampling from a population of 173 patients diagnosed and living with cancer for more than five years. Data were collected through in-depth interviews, observation, tape recording, and questionnaires.

The study found that after using complementary medicine alongside conventional medicine for self-care, the participants reported improvements in both their physical and mental health. The factors influencing cancer patients to use complementary medicine in conjunction with conventional medicine revealed that the majority had a high level of knowledge about the use of herbal medicine. Belief factors were also high, as well as facilitating factors. Regarding the quality of life of the cancer patients treated with complementary and conventional medicine in overall and each aspects including physical, mental, social and environmental, were rated at moderate levels.

Therefore, the use of complementary medicine alongside conventional medicine for cancer patients is an interesting and beneficial option. However, it is essential to have supervision and guidance from experts to ensure that the use of complementary medicine is safe and effective in long-term usage.

Keywords : Complementary medicine, Self-care, Cancer, Cancer patients

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 12,176,526 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 7,054,094 ราย สำหรับประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 140,000 คนต่อปี หรือคิดเป็น 400 คนต่อวัน จากสถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม ชุมชน และครอบครัว โรคมะเร็งนั้นเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าเป็นโรคร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดอาการทางจิตใจ ได้แก่ รู้สึกกลัวตาย กลัวความเจ็บปวด กลัวถูกทอดทิ้ง เครียด วิตกกังวล ท้อแท้และสิ้นหวัง รู้สึกตนเองไม่มีค่า ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลให้เกิดอาการซึมเศร้าเสียใจ หดหวัง

และอาการต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร วิตกกังวล นอนไม่หลับ เชื่อซาก็จะตามมาด้วย (สมาคมมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2023)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นภาวะเรื้อรังและต้องอาศัยการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน จึงมักมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ตามโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม และ สิ่งแวดล้อม หรือความเป็น “องค์รวม” ของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมในการแสวงหา วิธีการดูแลรักษาตนเอง พยายามดิ้นรนแสวงหาสิ่งที่จะสามารถรักษาเยียวยาตนเองให้หายขาดได้ ในอดีตวิธีการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยเลือกคือ การรักษาตามการแพทย์แผนปัจจุบันได้แก่ การผ่าตัดหรือยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของ การรักษาต่าง ๆ ตามมา เช่น การใช้รังสีรักษาหรือการใช้สารเคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทางว่าเป็นมะเร็ง แพทย์จะทำการตรวจหาเซลล์มะเร็งเพื่อทราบระยะของโรคเพื่อการวางแผนรักษาซึ่งมีหลายวิธีดังกล่าว ในผู้ป่วยบางรายที่เซลล์มะเร็งเข้าสู่ระยะลุกลามจนยากต่อการรักษาหรือได้รับการรักษาจนสิ้นสุดกระบวนการแล้วแต่ผลสัมฤทธิ์อาจไม่เป็นดังที่คาดหวังไว้ แพทย์อาจพิจารณาปรับแผนการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีที่สุด ซึ่งจะเป็นทางเลือกที่ดีต่อการรักษาสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ยาวนานที่สุดตรงเท่าที่อาการของโรคจะลุกลามและทำลายเซลล์ต่าง ๆ ในระบบร่างกายจนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะลุกลามอาจต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ ความทุกข์ทรมานทางกาย นอกจากจะใช้ระยะเวลารักษายาวนาน การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน บั่นทอนสภาวะความแข็งแรงทางใจ ความเหนื่อยล้าจากการต้องเดินทางไกลเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเจ็บปวดจากภาวะของโรค การต้องเผชิญกับอาการปวดตามร่างกายอย่างแสนสาหัส อาการเบื่ออาหาร เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ง่วงซึม สะลึมสะลือ ไม่มีเรี่ยวแรงแม้แต่จะลุกเดินหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ และการที่ผู้ป่วยต้องรับรู้ว่าตนเองกำลังเผชิญกับความตายอันใกล้เข้ามาส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวความตาย ความรู้สึกอ้างว้าง รู้สึกว่ารุ่นท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่ายกับร่างกายที่ไม่สามารถใช้งานได้อย่างปกติ (กรมการแพทย์, 2023)

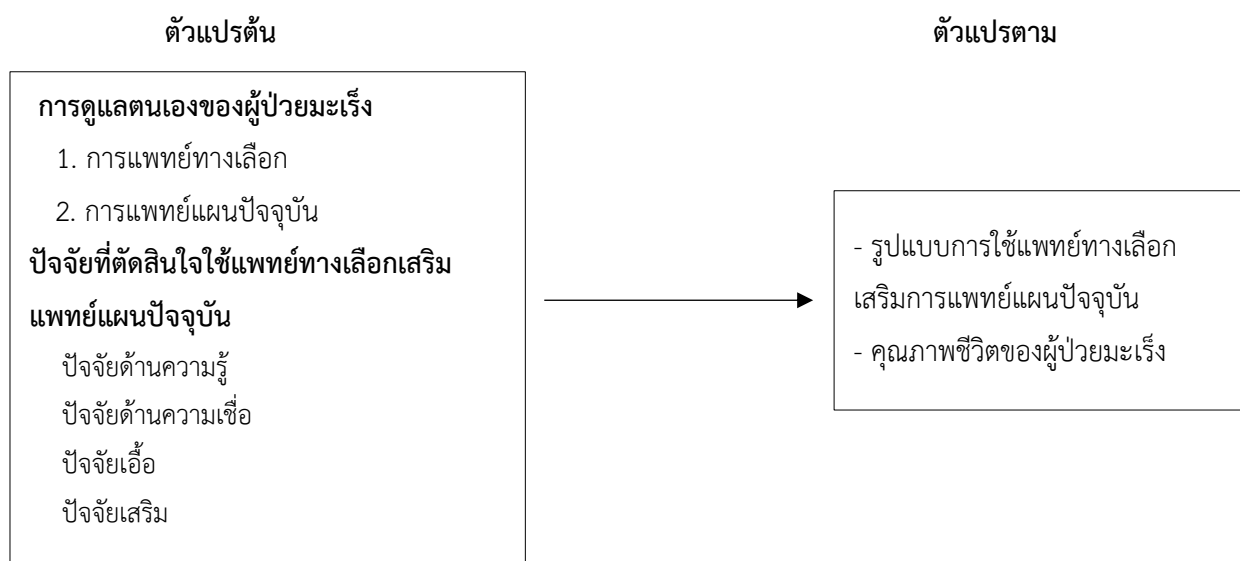
จากการศึกษา ภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง อําเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการแสดงออกถึงความรู้สึกสภาพจิตใจของครอบครัว คือ ตกใจ เครียด วิตกกังวล สูงถึงร้อยละ 85.6 ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลสภาพจิตใจที่ไม่ใช่เพียงผู้ป่วยแต่หมายรวมถึงครอบครัวและญาติมิตรที่มีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็ง มีการใช้การแพทย์ทางเลือกซึ่งทำให้จิตใจเบิกบานขึ้น แจ่มใส ไม่หงุดหงิดง่าย อารมณ์ดี รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับมะเร็งที่เป็นอยู่ได้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเอง ตลอดจนถึงผลที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พื้นที่อําเภอดอนมดแดงยังพบการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเรื้อรังช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยล้า และส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลาย เช่น การใช้สมุนไพรอย่างเหง้าขิงในการลดอาการคลื่นไส้และบำรุงร่างกายผู้ป่วยมะเร็ง

และการเข้าถึงแพทย์ทางเลือกในพื้นที่อำเภอดอนมดแดง เป็นไปได้ง่ายกว่าการเข้าถึงยาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล เนื่องจากความใกล้ชิดกับชุมชนและแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งทำให้แพทย์ทางเลือกกลายเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาในจังหวัดลำพูน พบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทใช้การแพทย์ทางเลือกในอัตราสูงเพราะความเชื่อในภูมิปัญญาท้องถิ่นและความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลระดับจังหวัด ผู้ป่วยมะเร็งมักใช้การแพทย์ทางเลือกควบคู่กับการรักษาแบบแผนปัจจุบันเพื่อเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียด เช่น การใช้โยคะ สมาธิ หรือการรักษาด้วยสมุนไพร ชมิ้นชัน หรือฟ้าทะลายโจร มีผลดีต่ออารมณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Molassiotis et al., 2011)

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการใช้แพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
2. ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการดูแลตนเอง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
3. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการดูแลตนเอง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง การใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แบบแผนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในเขตอำเภอคลองมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์และศึกษาเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเกิดโรคมะเร็ง การแพทย์ทางเลือก การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต โดยมีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่า เป็นมะเร็ง จำนวน 173 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ดำรงชีวิตอยู่หลังการเป็นโรคมามากกว่า 5 ปี คัดเลือกจำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพสามารถให้ข้อมูลที่เพียงพอ เนื่องจากมีความลึกซึ้งและครอบคลุมถึงประสบการณ์ ความคิด และมุมมองที่หลากหลายของผู้ป่วย และยังมีการการสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลา เดือนมีนาคม 2567 - มิถุนายน 2567

1. เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ มีคุณสมบัติ คือ

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลร่วมกับการใช้แพทย์ทางเลือกในการดูแลตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่หลังการเป็นโรคมามากกว่า 5 ปี

4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวชที่รุนแรงหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต
2. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งและไม่สามารถให้ข้อมูลได้เนื่องจากสภาพร่างกายหรือจิตใจ
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะที่ไม่เสถียรทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างรวดเร็วที่อาจทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องและสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

1. การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง : ใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป วิธีใช้การแพทย์ทางเลือก ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ และคุณภาพชีวิตเกณฑ์ในการวัด: เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนาและความคิดเห็นของผู้ป่วย

2. การสังเกต : การสังเกตแบบไม่เข้ามามีส่วนร่วม บันทึกพฤติกรรม การสนทนา และสภาพแวดล้อมเกณฑ์ในการวัด: วิเคราะห์พฤติกรรมและสภาพแวดล้อมเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. การบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียง : บันทึกข้อมูลและเสียง จัดหมวดหมู่ตามหัวข้อการวิจัยเกณฑ์ในการวัด: การจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์บทสนทนาเพื่อหาความหมาย

4. แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมี เนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการวิจัย และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามวัดระดับคุณภาพชีวิตของ WHO จำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านต่างๆ (ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม)

ปัจจัยนำทางด้านความรู้ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ	จำนวน 10 ข้อ
ปัจจัยนำทางด้านความเชื่อ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ	จำนวน 15 ข้อ
ปัจจัยเอื้อ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ	จำนวน 10 ข้อ
ปัจจัยเสริม โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ	จำนวน 10 ข้อ
กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบมาตรฐานประมาณค่า ซึ่งมี 2 คำตอบ ดังนี้	
ข้อที่ถูกถ้าตอบใช่	ให้ 2 คะแนน
ข้อที่ถูกถ้าตอบไม่ใช่	ให้ 1 คะแนน

***หมายเหตุ** การได้คะแนน 1 หมายถึง มีการรับรู้แต่รู้ไม่ตรงกับกรอบที่กำหนดให้ การได้คะแนน 2 หมายถึง มีการรับรู้ที่ตรงกับกรอบที่กำหนดให้

จากนั้นทำการแบ่งกลุ่มโดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	มีค่า	คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับปานกลาง	มีค่า	คะแนนร้อยละ 60 - 80
ระดับต่ำ	มีค่า	คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเหตุผลหลักในการตัดสินใจเลือกเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบมาตรฐานประมาณค่า ซึ่งมี 2 คำตอบ ดังนี้

ข้อที่ถูกถ้าตอบใช่	ให้ 2 คะแนน
ข้อที่ถูกถ้าตอบไม่ใช่	ให้ 1 คะแนน

***หมายเหตุ** การได้คะแนน 1 หมายถึง มีการรับรู้แต่รู้ไม่ตรงกับกรอบที่กำหนดให้ การได้คะแนน 2 หมายถึง มีการรับรู้ที่ตรงกับกรอบที่กำหนดให้

จากนั้นทำการแบ่งกลุ่มโดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	มีค่า	คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับปานกลาง	มีค่า	คะแนนร้อยละ 60 - 80
ระดับต่ำ	มีค่า	คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

และเป็นคำถามที่ให้เลือกตอบข้อที่ใช้ที่สุดเพียงข้อเดียวจากตัวเลือก 4 คำตอบ จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก

ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2540) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับหัวข้อการวิจัย ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิตซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตนีย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นนิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะ วัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษา ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไป โดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับ ภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสังเกตที่ได้บันทึกอย่างเป็นระบบมาอธิบายอย่างชัดเจน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาย้อนถามอีกครั้ง ทั้งนี้เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นจริงและตรงกับผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย

2. การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัย เป็นการ ใช้ Triangulation แบบข้อมูล (Data Triangulation) อย่างชัดเจน ใช้แหล่งข้อมูลหลายแหล่งเพื่อเปรียบเทียบและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลซึ่งในกรณีนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมาประกอบกับข้อมูลจากการสังเกต และจดบันทึกภาคสนาม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ครบถ้วนและหลากหลายมากขึ้นเกี่ยวกับการใช้แพทย์ทางเลือกในการรักษา

3. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ กลุ่มผู้ที่เข้ารับการรักษารอคณะเร่งในอำเภอใกล้เคียง แล้วนำมาตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแบบสอบถามได้ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีการสอบถามจำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีของครอนบาช โดยการหาค่า Cronbach's Coefficient Alpha ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.922 ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินปัจจัยนำด้านความรู้ 0.922, ปัจจัยนำด้านความเชื่อ 0.924, ปัจจัยเอื้อ 0.921, ปัจจัยเสริม 0.921, เหตุผลหลักในการตัดสินใจ 0.922 และคุณภาพชีวิต 0.920

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล
- 2) ประสานติดต่อผู้ให้ข้อมูล นัดหมายเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล หรือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์/ทางออนไลน์
- 3) เตรียมหลักฐานแสดงตัว และอุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ สมุดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง

4) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยนักวิจัยที่ผ่านการซักซ้อมความเข้าใจถึงประเด็นคำถามให้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแนะนำตัวเองและหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียงการสนทนา ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัย ไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 – 60 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

5) หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปทุกคำพูด รวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และหลังจากที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วซึ่งถือเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1. อ่านข้อมูลบันทึกประจำวันหลายครั้งเพื่อเข้าใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงถอดเทปและบันทึกข้อความที่เกี่ยวข้อง
2. ดึงข้อความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเองและขีดเส้นใต้เพื่อให้ความหมายในแต่ละข้อความแยกบันทึกข้อความสำคัญตามประเด็นและตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูล
3. จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายเดียวกัน เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลยังขาดหรือไม่ และวางแผนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในครั้งถัดไป
4. เขียนคำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งจากประสบการณ์จริงเมื่อข้อมูลเพียงพอ
5. อธิบายโครงสร้างสำคัญของการดูแลตนเองโดยใช้แพทย์ทางเลือกในช่วงสิ้นสุดการวิจัย
6. ตรวจสอบความตรงของข้อสรุปโดยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความหมาย และเพิ่มเติมข้อมูลหากจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ครบถ้วนและตรงตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ คือ SSJ.UB 2567-17 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการใช้แพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 คน ที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
เพศ	
ชาย	3
หญิง	7
ประเภทของโรคมะเร็ง (ราย)	
มะเร็งเต้านม	2
มะเร็งปากมดลูก	1
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	2
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	2
มะเร็งลำไส้	1
มะเร็งไทรอยด์	1
มะเร็งตับ	1
มีประสบการณ์การดูแลตนเองหลังการเป็นโรค	
8 ปี	2
5 ปี	4
4 ปี	4
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	6
มัธยมศึกษา	3
ระดับปริญญาตรี	1
สถานภาพ	
สมรส	7
โสด	3

2. การวิเคราะห์ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย

ตาราง 2 สรุปข้อมูลการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย (n=10)

ผู้ป่วยคนที่ / ข้อมูลส่วนบุคคล	สรุปบทสัมภาษณ์	ลักษณะการใช้การแพทย์ทางเลือกเสริม การแพทย์แผนปัจจุบัน
1 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 42 ปี อาชีพ รับ ข้าราชการ	มะเร็งปากมดลูก : ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจสุขภาพ ประจำปี ที่ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ผล การตรวจภายในพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก เครียด และคิดมาก กินอาหารไม่ได้ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด แพทย์ให้คำแนะนำและกำลังใจในการปฏิบัติตัว	รับประทานอาหารมังสวิรัต ควบคู่ไปด้วย เริ่มไปทานอาหารที่บุญนิยม จังหวัด อุบลราชธานี ซื้ออาหารเกี่ยวกับสุขภาพมา รับประทานเอง งดทานเนื้อสัตว์

ผู้ป่วยคนที่ / ข้อมูลส่วนบุคคล	สรุปบทสัมภาษณ์	ลักษณะการใช้การแพทย์ทางเลือกเสริม การแพทย์แผนปัจจุบัน
2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 59 ปี อาชีพ รับจ้าง ระยะเวลาของโรค 5 ปี	มะเร็งเต้านม ผู้ป่วยคลำเจอก้อนแข็งๆบริเวณเต้านมข้างขวา จับดูก็ไม่รู้สึกเจ็บ แต่มีลักษณะเป็นก้อนแข็งๆ จึงเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์อุบลราชธานี แพทย์ได้ทำการตรวจร่างกาย ผลการตรวจ พบว่าเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยเครียด ตกใจ ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลตามคำแนะนำของแพทย์ ตลอดเวลา แพทย์รักษาด้วยการผ่าตัด และได้ยาเคมีบำบัด	ผู้ป่วยได้เข้าไปปฏิบัติธรรม ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 เดือน ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่หลังการเป็นโรคนาน 5 ปี อาการทั่วไปปกติดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รับประทานอาหารได้ปกติ นอนหลับได้ดี รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานผักพื้นบ้าน และทำสมาธิ เข้าวัด ฟังธรรม
3 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 62 ปี อาชีพ ข้าราชการบำนาญ ระยะเวลาของโรค 7 ปี	มะเร็งลำไส้ เมื่อ 7 ปีที่แล้วผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา อาเจียน และถ่ายเหลวร่วมด้วยจึงไปพบแพทย์ แพทย์แจ้งว่า หากไม่เป็นฝีในท้องก็เป็นเนื้องอกให้ยากกลับไปทานที่บ้าน 1 สัปดาห์ อาการไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์อีกครั้ง แพทย์ได้ส่งตัวเข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ผลการตรวจแพทย์ได้แจ้งว่า ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ต้องทำการผ่าตัด ผลการผ่าตัดคุณหมอได้ตัดลำไส้ส่วนที่เป็นเนื้อร้ายออกไปบางส่วน แต่ยังมีเหลือบางส่วนที่ตัดออกไปไม่ได้ เพราะอาจมีอันตรายการรักษาต่อไปคือการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายแสงเพื่อที่จะให้ส่วนที่เหลือเล็กลงหรือหายไป	ผู้ป่วยได้รับการดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ผู้ป่วยเคยได้ยินมาว่าคนป่วยที่เป็นโรคมะเร็งจะไม่ทานเนื้อสัตว์ ทำให้ผู้ป่วยหันมารับประทานอาหารเจ ภรรยาได้ค้นหาวิธีการปรุงอาหารเจ จะซื้อจากหนังสือที่วางขายตามร้านขายหนังสือต่างๆไปมาให้ผู้ป่วยได้ใช้แนวทางนี้ในการดูแลรักษาสุขภาพมาเป็นเวลา 5 ปีแล้วโดยการกินอาหารเจ โดยการไม่บริโภคเนื้อสัตว์ทุกชนิดและยกเว้นพืชผัก โดยจะปลูกผักทานเองที่บ้าน ผู้ป่วยยังได้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายโดยประมาณ 6 โมงเย็นทุกวัน ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายโดยการเหยียดตึงตนจากคุณหมอที่โรงพยาบาลดอนดแดง
4 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 32 ปี อาชีพ พนักงาน ระยะเวลาของโรค 7 ปี	มะเร็งไทรอยด์ เริ่มรู้ตัวเองว่าเป็นก้อนที่คอ แต่ก็ไม่ได้กังวล เพราะไม่รู้สึกเจ็บอะไร และตอนนั้นยังเด็ก ไม่รู้ว่าสิ่งที่เป็นนั้นอันตรายมากนักหรอกไหน จึงยังคงใช้ชีวิตตามปกติ เหมือนที่เคยเป็นมา จนก้อนที่คอมันโตขึ้นเรื่อย ๆ คุณแม่เลยพาไปตรวจที่โรงพยาบาลพบว่าก้อนที่ตรวจเจอบริเวณลำคอ เป็นมะเร็งไทรอยด์ จากนั้นคุณหมอให้เข้ารับการ ผ่าตัด และอยู่	ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการใช้การแพทย์ชีวจิตในการดูแลตนเอง จากการติดตามอ่านหนังสือ เลย์ปฏิบัติตาม ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การทำดีท็อกซ์ เริ่มเดิมที ก็ทำบ้างไม่ทำบ้าง เพราะเห็นว่ายุ่งยาก ไม่มีเวลา และค่อยปฏิบัติไปเรื่อย ๆ จนทำเป็นประจำ ปัจจุบันผู้ป่วยได้

ผู้ป่วยคนที่ / ข้อมูลส่วนบุคคล	สรุปบทสัมภาษณ์	ลักษณะการใช้การแพทย์ทางเลือกเสริม การแพทย์แผนปัจจุบัน
	โรงพยาบาลหนึ่งเดือนเต็ม ก่อนอนุญาตให้กลับไปพัก พื้นที่บ้าน ตอนเข้าโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับกำลังใจที่ดี มากมายจากคุณพ่อ คุณแม่ ญาติพี่น้อง หลังจากออกจาก โรงพยาบาลผู้ป่วยได้ดูแลตนเองให้ดีที่สุดตามที่คุณ หมอแนะนำ เพราะเชื่อว่าจะสามารถหายจากโรคได้	ปฏิบัติตาม แนวทางชีวิตวิถีรื้อเยอร์เซ็นต์ และดำรงชีวิตอยู่หลังการเป็นโรคนาน 10 ปี โดยผู้ป่วย สามารถทำงานได้ตามปกติ
5 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 50 ปี อาชีพ รับจ้าง ระยะเวลาของ โรค 7 ปี	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยเริ่มต้นมีอาการปวดที่ บริเวณใต้หู พบว่ามีตุ่ม กดเจ็บ จึงไปซื้อยาแก้อักเสบ มากินเอง แต่อาการปวดไม่ดีขึ้น จึงไปตรวจที่คลินิก หมอให้ยามาทานเพื่อดูอาการ ตุ่มที่ใต้หูไม่ยุบ อาการ บวมของตุ่มกลับลุกลามมาถึง ไหล่ มีอาการท้องเสีย และมีแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้ม หมอได้นัดผู้ป่วยไปหาที่ โรงพยาบาล หมอได้ตัดชิ้นเนื้อที่บริเวณคอไปตรวจ ผล การตรวจพบว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยคิด เสียใจ เครียด เนื่องจากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมา ตลอด อารมณ์ดี ไม่เครียด	ปัจจุบันรับการรักษาด้วยการรับประทาน ยาและให้ยาเคมีอยู่หนึ่งปี ร่วมกับการใช้ หญ้าปักกิ่งตามคำแนะนำของญาติ รวม ระยะเวลาประสบการณ์การดูแลตนเอง จากการเป็นโรคนี้นี้ผ่านมาแล้ว 7 ปี ผู้ป่วย ยังคงใช้หญ้าปักกิ่ง และบริหารร่างกาย แบบฤๅษีตัดตนตามคำแนะนำของแพทย์ แผนไทย ในโรงพยาบาล การกำหนดลม หายใจ และบำเพ็ญประโยชน์ ขณะนี้ผู้ป่วย คิดว่าตนเองหายจากโรค เนื่องจากแพทย์ ไม่ได้นัดไปตรวจร่างกายแล้ว
6 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 31 ปีอาชีพ รับจ้าง ระยะเวลาของ โรค 6 ปี	มะเร็งเต้านม เมื่อ 6 ปีก่อน พบว่ามีก้อนแข็งๆบริเวณ หน้าอก ตรวจที่คลินิก ในเมืองอุบลฯ แพทย์บอกว่า เป็นเนื้องอกธรรมดา ให้ยามารับประทานนาน 6 เดือน ผู้ป่วยรู้สึกว่ก้อนโตขึ้น จึงไปพบ แพทย์ที่คลินิกเดิมอีก ครั้ง แพทย์ยังยืนยันว่าเป็นก้อนเนื้องอกธรรมดาจะเอา ออกหรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยตัดสินใจให้แพทย์ผ่าตัดก้อนเนื้อ งอกออก หลังทำการผ่าตัดแพทย์บอกว่าก้อนเนื้อมันมี ลักษณะผิดปกติ แพทย์ได้ส่งชิ้นเนื้อไปตรวจและนัดไป ฟังผลอีกครั้ง วันไปฟังผลผู้ป่วยฟังผลด้วยตนเองแพทย์ บอกว่าผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วย รู้สึกเครียด สับสน แต่ผู้ป่วยได้รับกำลังใจอย่างดีมาก พ่อแม่ และเพื่อนมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เมื่อ 6 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยคลาพบกัอนแข็งๆที่หน้าขาซึ่งกดแล้วเจ็บ จึง ไปตรวจที่โรงพยาบาล และแพทย์ก็แจ้งผล ว่าผู้ป่วย เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง นอกจากจะรับการรักษาโดย	ผู้ป่วยรับประทาน อาหารเจ นอกจากนั้น ผู้ป่วยได้กำหนดจิตตั้งอธิฐานให้กับตนเอง ในการลดบาปและเพื่อสุขภาพของตนเอง หลังจากทดลองทานอาหารเจช่วงเทศกาล กินเจผู้ป่วยรู้สึกว่ร่างกายเบาสบาย จิตใจ สงบแจ่มใสขึ้น ซึ่งมีหลายคนทักว่าดูสดชื่น ขึ้น ถึงปัจจุบันผู้ป่วยทานอาหารเจเพื่อ ดูแลสุขภาพมากกว่า 7 ปีแล้ว ได้ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตนเองเป็นอย่างมาก เช่น อาหารการกิน เลิกทาน เนื้อสัตว์อย่าง ถาวรปัจจุบันผู้ป่วยเลือกที่จะจัดรูปแบบ การดำรงชีวิตของตัวเองใหม่ ตื่นนอนตีห้า ออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก ตาม ด้วยการฝึกโยคะ รับประทานอาหารเพื่อ สุขภาพที่ทำจากผักสดๆ จนทำให้ผู้ป่วยมี
7 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 38 ปี อาชีพรับจ้าง ระยะเวลาของ โรค 6 ปี	บอกล่าวผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วย รู้สึกเครียด สับสน แต่ผู้ป่วยได้รับกำลังใจอย่างดีมาก พ่อแม่ และเพื่อนมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เมื่อ 6 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยคลาพบกัอนแข็งๆที่หน้าขาซึ่งกดแล้วเจ็บ จึง ไปตรวจที่โรงพยาบาล และแพทย์ก็แจ้งผล ว่าผู้ป่วย เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง นอกจากจะรับการรักษาโดย	อาหารการกิน เลิกทาน เนื้อสัตว์อย่าง ถาวรปัจจุบันผู้ป่วยเลือกที่จะจัดรูปแบบ การดำรงชีวิตของตัวเองใหม่ ตื่นนอนตีห้า ออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก ตาม ด้วยการฝึกโยคะ รับประทานอาหารเพื่อ สุขภาพที่ทำจากผักสดๆ จนทำให้ผู้ป่วยมี

ผู้ป่วยคนที่ / ข้อมูลส่วนบุคคล	สรุปบทสัมภาษณ์	ลักษณะการใช้การแพทย์ทางเลือกเสริม การแพทย์แผนปัจจุบัน
	แพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้ป่วยได้ค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการรักษามะเร็งในหนังสืออื่นๆ ช่วงที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และการกินยา ทำให้กำลังใจที่เหลือไม่มากนักยิ่งลดน้อยลงไปอีก เพราะว่าร่างกายเริ่มอ่อนแอลงจน	อารมณ์ที่ดี ร่างกายไม่ซูบผอม มีกำลังใจที่ดี และตรวจสุขภาพประจำกับแพทย์ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง ทำให้ร่างกายของ
8 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 45 ปี อาชีพ รับจ้าง ระยะเวลาของโรค 6 ปี	ต้องงดทำงานหันมาดูแลร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่ก็ยังรู้สึกท้อ และสิ้นหวังมะเร็งตับ เมื่อ 5 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการจุกแน่น บริเวณชายโครงด้านขวา ท้องผูก ถ่ายลำบาก ต่อมามีอาการเจ็บชายโครงด้านขวา และถ่ายลำบากเหมือนเดิม จึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศูนย์ ผลตรวจพบก้อนที่ตับประมาณ 7 เซนติเมตร แพทย์บอกว่าเป็นมะเร็งตับ รักษาด้วยการผ่าตัดมา 2 ครั้ง ร่วมกับการรักษาด้วยคีโมบำบัดในโรงพยาบาลนาน 2 เดือน ผู้ป่วยเหนื่อย และท้อ รู้สึกเครียด ไม่มีกำลังใจทำงาน	ผู้ป่วย ปกติภาวะการแพร่กระจายของเซลล์ลดลงผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพร ร่วมกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมารดาเป็นผู้จัดหามาให้ ขณะที่รับการรักษา ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตวิญญาณเป็นอย่างมาก ด้วยปัญหาที่รุมเร้าหลายๆด้าน ทั้งจากอาการรุนแรงของโรค อาการข้างเคียงจากการใช้ยาเคมีบำบัด จนมีพี่ชายซึ่งตอนนั้นปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิ รู้สึกว่าใจมันสงบขึ้นได้มาแนะนำให้ปฏิบัติตาม และที่สำคัญคือกำลังใจจากพ่อแม่
9 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 29 ปี อาชีพพนักงาน บริษัทระยะเวลา ของโรค 6 ปี	มะเร็งเม็ดเลือดขาว เมื่อ 5 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการใช้ปวดศีรษะ ซีด ไม่มีเรี่ยวแรง จึงไปตรวจที่โรงพยาบาล ศูนย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความรู้สึกปวดที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามปริมาณของยาที่ค่อย ๆ ไหลรินเข้าสู่ร่างกาย สร้างความทุกข์ทรมาน อย่างมากจนกลายเป็นคนหงุดหงิด ซีน้อยใจ วันๆเอาแต่อาเจียน มะเร็งเม็ดเลือดขาว เมื่อ 5 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะบ่อยครั้ง สังเกตเห็นว่าตนเองมีอาการซีด จึงไปพบแพทย์ที่คลินิก แพทย์ให้ยามารับประทาน อาการไม่ดีขึ้นจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด หลังการตรวจแพทย์ได้แจ้งว่า เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทำให้มีอาการเครียดนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลงน้ำหนักลดลง	ผู้ป่วยใช้วิธีนั่งสมาธิ ควบคู่ไปในขณะที่รับการรักษาอยู่ ผู้ป่วยได้ทานยาสมุนไพรจีนด้วย โดยมารดาจะเป็นผู้จัดหาให้ตามคำแนะนำของญาติ ปัจจุบันผู้ป่วยยังคงไปตรวจสุขภาพทุกปี หมอบอกว่าผลเลือดผู้ป่วยดีขึ้นและสามารถทำงานได้ตามปกติ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการใช้แพทย์ทางเลือกด้วยยาสมุนไพร ตามคำแนะนำของสามี โดยช่วงแรกที่ให้ยาเคมี แต่พอทานยาสมุนไพร อาการก็เริ่มทุเลาลง กินข้าวได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังได้ใช้วิธีตั้งจิตอธิษฐานขอพรจากพระขอให้ตนหายจากโรค และยังได้รับกำลังใจจากญาติ ปัจจุบันผู้ป่วยยังคง

ผู้ป่วยคนที่ / ข้อมูลส่วนบุคคล	สรุปบทสัมภาษณ์	ลักษณะการใช้การแพทย์ทางเลือกเสริม การแพทย์แผนปัจจุบัน
ค้าขาย ระยะเวลาของ โรค 6 ปี		รับประทานยาสมุนไพรมาทุกวันตลอด ระยะเวลา 5 ปี และยังคงมาตรวจร่างกาย อย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาล

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีแรงใจใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเอง

ตาราง 3 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีแรงใจใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลตนเอง (n=10)

ปัจจัย	การรักษาการแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน			M	SD
	ระดับต่ำ (จำนวน)	ระดับปานกลาง (จำนวน)	ระดับสูง (จำนวน)		
ปัจจัยด้านความรู้	2	3	5	16.12	2.10
ปัจจัยด้านความเชื่อ	-	2	8	27.52	1.25
ปัจจัยเอื้อ	-	1	9	28.23	1.21
ปัจจัยเสริม	-	2	8	26.16	1.02

2.1 ปัจจัยด้านความรู้ พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ อาสาสมัคร ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในระดับมาก รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง และมีความรู้ในระดับ มีคะแนนเฉลี่ยที่ 16.12 คะแนน

2.2 ปัจจัยด้านความเชื่อ อยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 27.52 คะแนน บางคนมีความเชื่อในวัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่น เช่น การใช้สมุนไพรหรือการแพทย์ทางเลือกที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับสมุนไพรทางบวกคือ มีความเชื่อว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีแนวโน้มที่จะปลอดภัยกว่ายาแผนปัจจุบันที่ได้รับการสั่งยามาจากแพทย์และมีความเชื่อว่ายาสมุนไพร จำนวนหนึ่งมีแนวโน้มจะรักษาบำบัดอาการของโรคที่เป็นอยู่ได้ถึงแม้ว่าผลการศึกษายังไม่เสร็จสมบูรณ์ และยังไม่สามารถพิสูจน์ประสิทธิผลของยาสมุนไพรได้ก็ตาม

2.3 ปัจจัยเอื้อ อยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 28.23 คะแนน ปัจจัยเอื้อที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมีแรงใจส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก คือความเข้าใจในกระบวนการและวิธีการรักษาโดยใช้สมุนไพร และกระบวนการทางการแพทย์ทางเลือก นอกจากนั้น ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าการแพทย์ทางเลือกสามารถเสริมการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบันได้ โดยเฉพาะเมื่อเห็นว่ามีผู้ป่วยรายอื่นที่ได้รับผลดีจากการใช้

2.4 ปัจจัยเสริม อยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 26.16 คะแนน อาสาสมัครส่วนใหญ่มีคนในครอบครัวเห็นด้วยกับการรักษาโรคมะเร็งด้วย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร และได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวญาติและพี่น้องในการรักษาโรคมะเร็งด้วยการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร และปัจจัยเสริมที่พบน้อยที่สุด คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งด้วยการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการดูแลตนเอง

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งใช้การแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน (n=10)

คุณภาพชีวิต	การรักษาการแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน			M	SD
	แผนปัจจุบัน				
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับดี		
	จำนวน				
ด้านสุขภาพกาย	1	3	6	16.12	2.5
ด้านสุขภาพจิต	-	2	8	26.90	1.55
ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม	-	1	9	24.23	1.42
ด้านสุขภาพชีวิตโดยรวม	-	2	8	22.16	1.02

พบว่าระดับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่มีระดับดี และระดับคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านสุขภาพจิตใจมากที่สุด คือร้อยละ 26.90 คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมจะอยู่ในระดับสูง ดังแสดงตามตารางที่ 4

ด้านสุขภาพกายส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับดี รองลงมาอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 16.12 คะแนน

ด้านจิตใจมีระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับดี รองลงมาอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 26.90 คะแนน

ด้านสิ่งแวดล้อมมีระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับดี รองลงมาอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 24.23 คะแนน

ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมมีระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับดี รองลงมาอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 22.16 คะแนน

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และมีระดับคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัย¹ ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน และโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ ดี

อภิปรายผล

จากการศึกษาการใช้แพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี วิธีการวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แพทย์ทางเลือก ควบคู่กับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ รวมถึงความเชื่อและมุมมองเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เกิดจากการดำเนินชีวิต ข้อค้นพบที่สำคัญได้แก่ การที่ผู้ป่วยหลายคนเชื่อว่าพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การไม่บริโภคผัก การดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียดสะสมมีส่วนทำให้เกิดมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ López et al. (2020) ที่ชี้ว่าการบริโภคผักและผลไม้ต่ำเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง และ Bagnardi et al. (2021) ที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับและเต้านม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การใช้แพทย์ทางเลือกสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในแง่ของการฟื้นฟูจิตใจและสร้างความหวัง อย่างไรก็ตาม การใช้แพทย์ทางเลือกควรอยู่ภายใต้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงหากใช้อย่างไม่ถูกวิธีหรือไม่เหมาะสม ข้อดีคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ข้อเสียคือ การขาดความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้แพทย์ทางเลือกอาจทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์

ผู้ป่วยมะเร็งมีการออกกำลังกาย และมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการออกกำลังกาย มีผลดีต่อกลไกทางเคมีในสมอง คือ สมองเป็นโรงงานผลิตสารเคมี โดยเฉพาะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันหรือภูมิต้านทาน ทำหน้าที่ดีและร่วมกันเป็นทีม เมื่อมีการกระจายของสารเคมีไปทั่วร่างกาย จะทำให้เกิดผลดี คือ เจริญอาหาร อารมณ์มั่นคง ไม่หวั่นไหว มีความเชื่อมั่นในตนเอง สมองมีปฏิกิริยาโต้ตอบความเครียดได้ดี ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง โดยบ่งบอกว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การออกกำลังกายช่วยกระตุ้นกลไกทางเคมีในสมอง โดยเฉพาะการผลิตสารเคมีที่สำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายมีความต้านทานต่อโรคดีขึ้น และส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย การออกกำลังกายไม่เพียงแต่ส่งผลดีต่อร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อจิตใจในแง่ของการเจริญอาหาร อารมณ์ที่มั่นคง ไม่หวั่นไหว และความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งเป็นผลดีต่อการโต้ตอบกับความเครียด นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าสมองของผู้ป่วยสามารถปรับตัวและรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการส่งเสริมการออกกำลังกายควรเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา ของ (Pedersen & Saltin, 2019) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน โดยพบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคมะเร็งและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Kandola et al., 2020) วิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของการออกกำลังกายต่อสุขภาพจิตและสมอง โดยพบว่าการออกกำลังกายช่วยเพิ่มการผลิตสื่อประสาทที่มีส่วนในการรักษาสมดุลของอารมณ์ และช่วยให้สมองตอบสนองต่อความเครียดได้ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน ในทุกด้านเช่น ทางกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม อยู่ระดับดี ทั้งหมด และภาพรวมก็อยู่ในระดับดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสถานะของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยแพทย์ทางเลือกเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งอยู่ในระดับดีในทุกด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง รวมถึงการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจในการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้น ทุกระยะของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ จึงควรให้ความสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งในการให้บุคคลในครอบครัวและผู้มีประสบการณ์การรักษามีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากเป็นบุคคลที่สำคัญที่มีส่วนในการทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu, et al (2023) การใช้ยาเสริมและการแพทย์ทางเลือก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้แสดงให้เห็นว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ (78.2%) ใช้การแพทย์ทางเลือก บางรูปแบบซึ่งเป็นสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นหลัก เพื่อบรรเทาความเครียด วิตกกังวล อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในการกลั้วการเกิดซ้ำของเชื้อมะเร็ง ระหว่างผู้ใช้ แพทย์ทางเลือก กับไม่ได้ใช้ ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ทางจิตวิทยาที่สำคัญ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง โดยผสมผสานการใช้แพทย์ทางเลือก เช่น การใช้สมุนไพร การนวด การทำสมาธิ และการฝังเข็ม ร่วมกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดผลข้างเคียง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้
2. ผลการวิจัยพบว่า สามารถสนับสนุนการกำหนดนโยบายสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือระดับประเทศ โดยส่งเสริมให้มีการใช้แพทย์ทางเลือกเสริมการรักษาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลหรือศูนย์การแพทย์ต่าง ๆ
3. ผลการวิจัยพบว่า สามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว เกี่ยวกับการใช้แพทย์ทางเลือกที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น
4. ผลการวิจัยพบว่า สามารถนำไปใช้ในการฝึกอบรมและพัฒนาความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้มีความเข้าใจและความสามารถในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้แพทย์ทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง
5. ผลการวิจัยนี้พบว่า อาจเป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อสำรวจและยืนยันผลกระทบของแพทย์ทางเลือกในการรักษามะเร็งในประชากรที่กว้างขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ข้อมูลการใช้แพทย์ทางเลือกกับแพทย์ผู้รักษา จึงควรมีการศึกษาทัศนคติ แนวความคิด ความคิดเห็นของการใช้การแพทย์ทางเลือกในเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเด็นของการเพิ่มความรู้ การปรับทัศนคติ หรือวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการสื่อสารเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องประเด็นระยะความรุนแรงของโรค ในกลุ่มตัวอย่างที่มี การลุกลามในระยะที่ 3 และ 4 เพื่อติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใหญ่ขึ้น ในลักษณะของ การดำรงชีวิต การจัดการกับอาการ ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการ วิจัยมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Burg, L., Timmermans, M., van der Aa, M., Boll, D., Rovers, K., de Hingh, I., & van Altena, A. (2020). *Incidence and predictors of peritoneal metastases of gynecological origin: A population-based study in the Netherlands. Journal of Gynecologic Oncology*, 31(5).
- Kandola, A. A., Osborn, D. P., Stubbs, B., Choi, K. W., & Hayes, J. F. (2020). *Individual and combined associations between cardiorespiratory fitness and grip strength with common mental disorders: A prospective cohort study in the UK Biobank. BMC Medicine*, 18(1), 1-11.
- López de Andrés, J., Griñán-Lisón, C., Jiménez, G., & Marchal, J. A. (2020). *Cancer stem cell secretome in the tumor microenvironment: a key point for an effective personalized cancer treatment. Journal of hematology & oncology*, 13(1), 136.
- Miller, J. S., & Lanier, L. L. (2019). *Natural killer cells in cancer immunotherapy. Annual review of cancer biology*, 3(1), 77-103.
- National Cancer Institute. 2023. *The 15th National Cancer Conference (NCC15) "Oncology in Agile Era: Challenge, Cure and Care". (Online).*
Available: https://www.matichon.co.th/local/qualitylife/news_3836793 (October 04, 2023). (in Thai)
- Pedersen, B. K. (2019). *Which type of exercise keeps you young?. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 22(2), 167-173.
- Stocker, A., Mehnert-Theuerkauf, A., Hinz, A., & Ernst, J. (2023). *Utilization of complementary and alternative medicine (CAM) by women with breast cancer or gynecological cancer. Plos one*, 18(5), e0285718.

- Savisit, W. (2023). *Psychological and quality of life of the advanced cancer patients receiving palliative care in communities in the northeast region of Thailand*. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 38(1): 141-155. (in Thai)
- Srimuninnimit, V., V. Sriuranpong and S. Laohavinij. (2009). *Let's Get to Know Cancer*. *Thai Society of Clinical Oncology*, Bangkok. 60 p. (in Thai)
- กรมการแพทย์. (2023). รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย. Retrieved from กรมการแพทย์ website.
- ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา, แสงจันทร์ เกณทวี, พูนศรี แคนดี, ธฤตา ไพรทวิพงศ์. (2556). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี*. *อุบลราชธานี : โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์*
- สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิภา วิเสโส. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1); 67-79.
- สมาคมมะเร็งแห่งประเทศไทย. (2023). *ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง*. Retrieved from สมาคมมะเร็งแห่งประเทศไทย website.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบูรณ์
Factors affecting health behavior of the elderly in the receiving area
Responsibility of Ban Wang Yao Subdistrict Health Promoting Hospital
Don Khun Huai Subdistrict, Cha-am District, Phetchaburi Province.

วารินทร์ แพนเจริญ^{1*}

Warin Paencharoen^{1*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว¹

Ban Wang Yao Subdistrict Health Promoting Hospital¹

(Received: September 5, 2024; Revised: September 13, 2024; Accepted: October 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบูรณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ตอน 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 4) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสุขภาพทุกด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การจัดการความเครียด รองลงมา คือการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ที่มารายได้ เพศ โรคประจำตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ 24.90% (Adjusted $R^2 = 0.234$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: warin101@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์: 081-3845594)

Abstract

This research aimed to study the health behavior of the elderly in the area under the responsibility of Ban Wang Yao Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Khun Huai Subdistrict, Cha-am District, Phetchaburi Province, and to study the factors affecting the health behavior of the elderly in the area. The sample group was the elderly in the area aged 60 years and over. The stratified sample group was selected, resulting in a sample of 205 people. The instrument used was a Interview form of 4 sections: 1) Personal factors, 2) Perception of health status, 3) Social support, and 4) Health behavior of the elderly. The data were analyzed using statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis.

The results of the study found that: The sample group had a high mean score of health behavior in all aspects, including stress management, followed by exercise and eating habit, and health behavior during sickness, respectively. Factors affecting health behavior of the elderly are as followed: personal factors including income source, gender, chronic diseases and social support together predicted 24.90% of health behaviors of the elderly (Adjusted R² = 0.234, $p < 0.05$).

Keywords : health behavior, elderly, sub-district health promotion hospital.

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกในภาพรวมทั้งภาวการณ์เพิ่มขึ้นของประชากรในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ในหลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว และประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีจำนวน 2 พันกว่าล้านคน คิดเป็นสัดส่วนได้ 1 ใน 5 หรือ ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) นอกจากนี้จากการคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี 2050 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 คือ รองจากประเทศสิงคโปร์ โดยประเทศลาว เป็นประเทศที่มีสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุต่ำที่สุด ประเทศไทยถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 11 ล้านคน ปัจจุบันมีจำนวนของผู้สูงอายุเกือบ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรไทยทั้งหมดประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สำหรับประเทศไทยเป็นหนึ่งในแถบทวีปเอเชียที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และยังมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุไทยสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการสำรวจประชากรสูงอายุ พบว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.24 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ต่อปี (คิดเป็น 400,000 คนต่อปี) ซึ่งตามการคาดการณ์การประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.), 2566)

ทั้งนี้การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้คาดการณ์การดำเนินงานประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัวผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่างๆตามมา เช่นการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ และโครงกระดูกพบว่ากล้ามเนื้อหัวใจกระดูกมีความแข็งแรงลดลงเนื่องจากการสูญเสียเนื้อกระดูกทำให้กระดูกเปราะและหักง่ายแต่ติดขัดบางคนอาจมีหลังโก่งทำให้การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่กระฉับกระเฉง และการทรงตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสัมผัส พบว่าความสามารถในการมองเห็น การได้ยินลดลงทำให้มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การรับรู้กลิ่นและรสลดลง เมื่อร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารที่มีการย่อยและการดูดซึมไม่ดี การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายประกอบกับวัยสูงอายุต้องเผชิญกับเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน ส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลงด้วยและเมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิดจะทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ บุคลิกภาพเปลี่ยนไปจะรู้สึกน้อยใจ อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และต้องการการพึ่งพามากขึ้น รู้สึกขาดความอบอุ่นก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งในครอบครัวและสังคมการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวนั้นจะพบว่าผู้สูงอายุจะลดบทบาทลง โดยเดิมที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวแต่ต้องกลับมาเป็นผู้ที่ต้องให้คนในครอบครัวดูแลในเรื่องร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้นการมีแนวทางในการบริหารจัดการสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้ใช้บริการ โดยพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว คนในชุมชน ร่วมกันดูแลแล้วผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทในการร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น เพื่อลดภาวะความพึ่งพิงในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้ (กุลวดี โธนาไพศาลกิจ และ วรากร เกรียงไกรศักดิ์, 2560)

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุมี 3 กลุ่ม คือกลุ่มติดสังคมกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ซึ่งร้อยละ 96 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ที่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ดี สุขภาพดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือมีโรคเรื้อรัง แต่ควบคุมได้ สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ กลุ่มติดบ้าน มีร้อยละ 3 ส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงวัยที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือ บางส่วน และกลุ่มติดเตียง มีร้อยละ 1 กลุ่มนี้ เป็นผู้สูงวัย ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ดูแลใกล้ชิด ควรปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้การศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีผล

ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งบริบทในเมือง ในชนบทและในชุมชน การศึกษาปัจจัย จึงเป็นการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุรวมทุกกลุ่ม มีการศึกษาวิจัยจำนวน น้อยที่ทำการศึกษารายละเอียดปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มซึ่งจะทำให้ได้แนวทางหรือทราบ ปัจจัยที่เฉพาะและนำมาแก้ปัญหาอย่างตรงประเด็น กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถ ในการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง หากส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ดูแลสุขภาพที่ ดีจะทำให้เป็นผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่เป็นสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่กลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (กิตติพงษ์ ชัดิยะ, 2564)

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นตามกระบวนการทางธรรมชาติและกระบวนการทางสังคม ที่สามารถพัฒนาได้เรียนรู้และส่งเสริมได้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนั้น รักษาความสมดุลและปรับตัวให้เข้ากับ การเปลี่ยนแปลงย่อมเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ ได้แก่ความรู้ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม การรับรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่ สิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วยครอบครัว ชุมชน นโยบายรัฐและแหล่งบริการต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับ การตอบสนองความต้องการในชีวิตซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในที่สุด (จิราภรณ์ ตุ่มทองคำ, 2560)

จากข้อมูลผู้สูงอายุของตำบลดอนขุนห้วย มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 418 คน ซึ่งผู้สูงอายุ ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว มีจำนวน 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านสระ พระพัฒนา หมู่ที่ 2 บ้านร่องระกำ หมู่ที่ 6 บ้านใหม่พัฒนา และหมู่ที่ 7 บ้านวังยาว จากการสำรวจข้อมูล พบว่า ตำบลดอนขุนห้วย มีกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มีลักษณะเฉพาะของ 3 กลุ่มเพราะเหตุใดถึงไม่ศึกษาในกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง แต่มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมากที่สุด เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ และยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้อยู่ เช่น การร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน และจากผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรค ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ในปี 2564-2566 พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงถึงเสี่ยงสูงต่อการเป็น เบาหวานเท่ากับ ร้อยละ 0.45, 0.55 และ 0.68 เสี่ยงถึงเสี่ยงสูงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงเท่ากับ ร้อยละ 4.71, 5.91 และ 14.85 เสี่ยงสูงถึงเสี่ยงสูงอันตรายต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับร้อยละ 4.74, 6.91 และ 14.02 มีภาวะอ้วนถึงอ้วนอันตราย เท่ากับร้อยละ 24.18, 25.38 และ 26.43 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว, 2560)

ปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะสามารถแก้ไขได้ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเข้มแข็ง เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าตามแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีพลัง หรือที่เรียกกันว่า “พหุพลัง” หรือ “Active ageing” ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีสามารถ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีส่วนร่วมในการทำงาน และมีส่วนร่วมในครอบครัว และกลุ่มในชุมชนได้ ทั้งนี้ต้องมีการเฝ้าระวังสุขภาพและให้การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นสุขได้นั้นตัวผู้สูงอายุเองต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ มาสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม (สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2566)

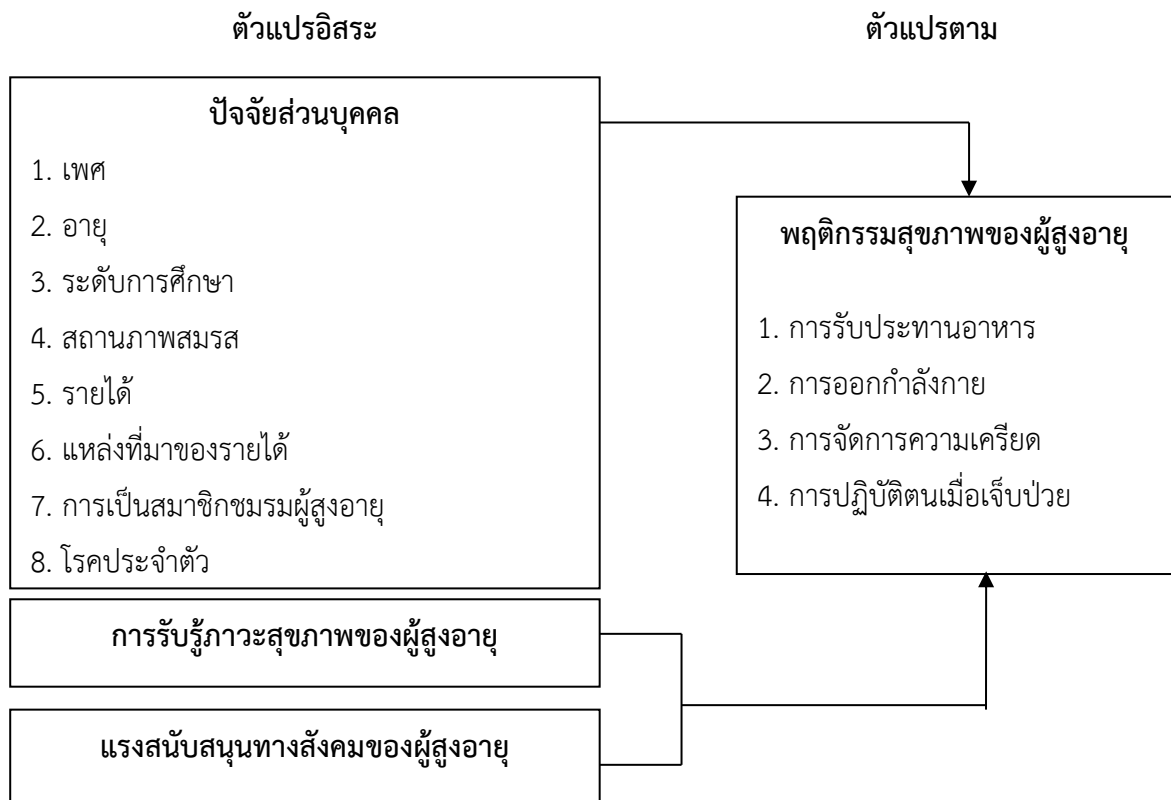
ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพสังคมที่ดี สุขภาพทางปัญญาที่ดี มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง โดยเน้นการส่งเสริมการดูแลด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาารูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดีและมีความสุข

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ตามแนวคิดของโอเรม Orem (1985) คือ อายุ เพศ ขนาดครอบครัว สถานภาพครอบครัว รายได้ อาชีพ การศึกษาลักษณะที่สำคัญและสถิติที่วัดได้ แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของลินน์และลินน์ (Linn and Linn, 1987) ได้แก่ การรับรู้การเตรียมความพร้อมในการรับมือความเจ็บป่วย การรับรู้อาการผิดปกติของสุขภาพ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของกอตต์ลิบ (Gottlieb, 1985) ประกอบด้วย การรับรู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเช่น เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพหรือสิ่งกังวลใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้คำปรึกษาหารือแนะนำกับผู้สูงอายุ เมื่อไม่สบายคนใดในครอบครัวหรือคนในชุมชนพาไปพบแพทย์ หรือการรับรู้ได้รับของฝากจากครอบครัว และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตามแนวคิดของ วอล์คเกอร์, โวลคาน, เซห์ริสท์ และเพนเดอร์ (Walker, Volkan, Schehrst and Pender, 1988) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย และนำมาประยุกต์กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ปีพ.ศ. 2567 จำนวน 418 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว, 2567)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ปีพ.ศ. 2567 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนเสร็จสิ้นทุกระยะ โดยใช้สูตรทาร์เยอร์ในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เพราะการวิจัยครั้งนี้มีการทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน และใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยการคำนวณตามสัดส่วนของประชากรแต่ละตำบล (การคิดสัดส่วนโดยใช้จำนวนประชากรแต่ละตำบลคูณจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมด) และขั้นตอนสุดท้ายใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย โดยการจับฉลากในแต่ละหมู่บ้าน ตามจำนวนที่กำหนดไว้ เพื่อให้มีลักษณะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าหลักเกณฑ์ จำนวน 205 คน ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและระบุโดยพื้นที่ศึกษาว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบุรี ปีพ.ศ. 2567 จำนวน 4 หมู่บ้าน

2. ไม่รวมผู้สูงอายุที่ติดเตียงด้วย
3. สามารถพูดสื่อสาร อ่าน เขียนและให้ข้อมูลกับผู้สัมภาษณ์ได้
4. สนใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจนจบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของโอเรม Orem (1985) ตามแนวคิดของแนวคิดของลินน์และลินน์ (Linn and Linn, 1987) คือ ตามแนวคิดของกอตต์ลิบ (Gottlieb, 1985) ตามแนวคิดของ วอล์คเกอร์, โวลกัน, เซห์ริสต์ และ เพนเดอร์ (Walker, Volkan, Schehrst and Pender, 1988) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำตัว ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert แบบ 5 ระดับ โดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

- 5 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด
 - 4 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมาก
 - 3 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
 - 2 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อย
 - 1 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด
- การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)
- | | | |
|-----------------------|---------|---------------------------|
| ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 | หมายถึง | มีระดับการรับรู้มากที่สุด |
| ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 | หมายถึง | มีระดับการรับรู้มาก |
| ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 | หมายถึง | มีระดับการรับรู้ปานกลาง |
| ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 | หมายถึง | มีระดับการรับรู้ต่ำ |
| ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 | หมายถึง | มีระดับการรับรู้ต่ำที่สุด |

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert แบบ 5 ระดับ มีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

- 5 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก
- 3 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00	หมายถึง มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50	หมายถึง มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50	หมายถึง มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50	หมายถึง มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50	หมายถึง มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 4 ข้อ และการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert แบบ 5 ระดับ หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

- 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน
- 4 หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบางวัน (1-2 วัน/ สัปดาห์)
- 2 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ
- 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00	หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก
ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50	หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50	หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50	หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50	หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีเลย

แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน พิจารณาและคำนวณค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00 และนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ตำบลเขาใหญ่ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยงตรงดังนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.75 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.82 และพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .90 และทั้งหมดกับ เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนการศึกษา ผู้วิจัยขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เมื่อได้รับการอนุมัติจึงประสานงาน กับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ในการทำวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ขั้นการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยการแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประเด็นหัวข้อวิจัย ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับและการป้องกันสวัสดิภาพและเกียรติภูมิของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ผู้ศึกษาจะได้ชี้แจงถึงวิธีการเก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสัมภาษณ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างตามที่เขียนขอไว้ในจริยธรรมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD.)
2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PBEC No. 19/2567 วันที่รับรอง 4 มิถุนายน 2567 ถึง 3 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.40 มีอายุระหว่าง 66 - 70 ปี ร้อยละ 31.20 มีระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.80 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 56.10 ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ มาจากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง ร้อยละ 35.10 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน/ตำบล ร้อยละ 72.70 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.10 และโรคที่เป็นมากที่สุดคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.90 ตามลำดับ
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.03$, $S.D. = 0.40$) เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่สนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่สนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ($M = 4.22$, $S.D. = 0.63$) รองลงมา คือ การรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญของตนเอง ($M = 4.17$, $S.D. = 0.60$) และการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วยของท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (การดูแลตัวเองการออกกำลังกาย) ($M = 4.12$, $S.D. = 0.68$) ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา (n = 205)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	M	S.D.	แปลผล
1. ที่ผ่านมามีการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านมาตลอด	3.96	0.74	มาก
2. ท่านเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน กับอดีตที่ผ่านมาเป็นประจำ (สุขภาพดีขึ้น หรือแย่ลงกว่าเดิม)	3.82	0.95	มาก
3. ท่านเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วยของท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (การดูแลตัวเองการออกกำลังกาย)	4.12	0.68	มาก
4. ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของท่าน	4.22	0.63	มาก
5. การรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญของตนเอง	4.17	0.60	มาก
6. การสังเกตอาการผิดปกติของสุขภาพร่างกายของตนเองเป็นสิ่งที่ดี	4.05	0.72	มาก
7. เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.87	0.63	มาก

3. แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.93$, $S.D. = 0.50$) เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือสิ่งกีดขวางใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้คำปรึกษาหารือแนะนำกับท่าน ($M = 4.12$, $S.D. = 0.66$) รองลงมา คือ เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องเงินบุคคลในครอบครัวช่วยท่านได้ ($M = 4.02$, $S.D. = 0.77$) และ เมื่อท่านไม่สบายบุคคลในครอบครัวเป็นคนจัดเตรียมอาหารให้ท่านรับประทาน ($M = 4.01$, $S.D. = 0.67$) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา (n = 205)

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	M	S.D.	แปลผล
1. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือสิ่งกีดขวางใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้คำปรึกษาหารือแนะนำกับท่าน	4.15	0.66	มาก
2. เมื่อท่านไม่สบาย บุคคลในครอบครัวเป็นคนจัดเตรียมอาหารให้ท่านรับประทาน	4.01	0.67	มาก
3. บุคคลในครอบครัวช่วยท่านในการไปรับ-ส่งตรวจตามนัดของแพทย์	3.82	0.76	มาก
4. เมื่อท่านไม่สบายไปพบแพทย์ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้จ่าย	3.82	0.79	มาก
5. ท่านได้รับของฝากจากบุคคลในครอบครัวเสมอๆ	3.71	0.88	มาก
6. เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องเงินบุคคลในครอบครัวช่วยท่านได้	4.02	0.77	มาก
7. บุคลากรสาธารณสุขได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่วัย (อาหารย่อยง่าย ผักผลไม้)	3.96	0.82	มาก
8. บุคลากรสาธารณสุขได้แนะนำให้ท่านมาตรวจสุขภาพประจำปีหรือมารับการตรวจคัดกรองโรคต่างๆ	3.91	0.79	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.93	0.50	มาก

4. พฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.21$, $S.D. = 0.52$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่การจัดการความเครียด ($M = 4.31$, $S.D. = 0.57$) รองลงมา คือการออกกำลังกาย ($M = 4.19$, $S.D. = 0.62$) และ การรับประทานอาหาร ($M = 4.18$, $S.D. = 0.60$) และการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ($M = 4.17$, $S.D. = 0.60$) ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา (n = 205)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	M	S.D.	แปลผล
การรับประทานอาหาร	4.18	0.60	มาก
การออกกำลังกาย	4.19	0.62	มาก
การจัดการความเครียด	4.31	0.57	มาก
การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	4.17	0.57	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.21	0.52	มาก

5. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยการถดถอยแบบพหุคูณ (multiple regression) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ที่มารายได้ เพศ โรคประจำตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ 24.90% (Adjusted $R^2 = 0.234$, $p < 0.05$) โดยพบว่าที่มารายได้เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้มากที่สุด (Beta = 0.339, $t = 5.010$, $p < 0.05$) เพศได้ (Beta = 0.159, $t = 2.559$, $p < 0.05$) โรคประจำตัวได้ (Beta = 0.139, $t = 2.248$, $p < 0.05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมได้ (Beta = 0.159, $t = 2.155$, $p < 0.05$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	sig
ที่มารายได้	.117	.023	.339	5.010	.001*
เพศ	.157	.073	.159	2.559	.001*
โรคประจำตัว	.145	.065	.139	2.248	.001*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.164	.064	.159	2.155	.001*
R square = 0.249, Adjusted R square = 0.234, F = 16.538, Constant = 5.629					

$p < .05^*$

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสุขภาพทุกด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การจัดการความเครียด รองลงมา คือการออกกำลังกาย และ การรับประทานอาหารและ การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุของตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีวิธีการจัดการความเครียด เช่น มีการพักผ่อนหย่อนใจโดยใช้วิธีการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน การสวดมนต์ ไหว้พระ การนั่งสมาธิ และในวันหยุด/ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตรรับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว จึงส่งผลทำให้มีระดับพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมากเป็นลำดับแรก และส่งผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ และในภาพรวมอยู่ในระดับมากซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวาสนา สิทธิกัน (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ในระดับมาก

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ที่มารายได้ เพศ โรคประจำตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ 24.90% ($\text{Adjusted } R^2 = 0.234, p < 0.05$) โดยพบว่าที่มาของรายได้เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ($\text{Beta} = 0.339, t = 5.010, p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะด้านสุขภาพร่างกายตนเองในระดับมาก รวมทั้งมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดี คนในชุมชนให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พงศธร ศิลาเงิน (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52.5 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุการมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และสอดคล้องกับงานวิจัยของวาสนา สิทธิกัน (2560) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน พบว่า เป็นผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง ($\text{Adjusted OR } 1.11, 95\% \text{ CI } 1.45 - 2.75$) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ และผู้ที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีกว่าผู้ไม่มีอาชีพ ($\text{Adjusted OR } 0.13, 95\% \text{ CI } 0.03 - 0.60$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองทุกด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำสุด ดังนั้นหน่วยงานและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องและคนในครอบครัว ควรเรียนรู้ถึงปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นและมีการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้สูงอายุได้เรียนรู้และคอยสังเกตอาการผิดปกติหรือแนวโน้มของโรคต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เพื่อจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

2. จากผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือคนในสังคมควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เช่น เทศกาลงานบุญต่าง ๆ เพิ่มความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาท และมีคุณค่าต่อชุมชนและสังคมมากขึ้น

3. จากผลการวิจัยพบว่าที่มาของรายได้ผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรแนะนำการออกแบบกิจกรรมสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีเวลายืดหยุ่น มีอิสระในการเลือกงานหนักหรืองานเบาที่สามารถเลือกได้ อีกทั้งยังได้อยู่บ้าน และช่วยคลายความเครียดได้ โดยตัวอย่างอาชีพต่าง ๆ เช่น การปลูกต้นไม้ขาย การทำอาหารขาย ทำงานศิลปะขาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัญหาและอุปสรรคพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อหาแนวทางวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การวิจัยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีสุขภาพดีวิถีใหม่และคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ลดความพิการและการสูญเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- Gottlieb, J. L. (1985). Social participation of individuals in four rural community of thenortheast: rural sociology. 4th ed. Columbia: University Missouri Press.
- Linn, M.W. and Linn, B.S. (1987). Self Evaluation of Life Function (SELF) Scale : A Short, Comphrehensive Self Report of Health for Elderly Adults. Journal of Gerontogy, 39(5), 602-612.
- Orem, D (1985). Nursing concepts of Practice. (3rd ed.). St. Louis: Mosby -Book.
- Walker,S. N, Vokan, K., Sechsis, K. R. & Pender, N. J. (1988). The health promoting live styles of older adults. n.p.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามลดา.
- กุลวดีโรจน์ ไพศาลกิจ และ วรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา. (2560). *การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ*. วารสารสมาคมนักวิจัย, 22(1), 81-97.
- กิตติพงษ์ ขัตติยะ. (2564). *กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุวัยต้นในชุมชน*. เชียงใหม่ : กลุ่มพัฒนาสุขภาพคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้.

- จิราภรณ์ ตุ่มทองคำ. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้อายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอ
บางละมุง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้นฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ: บริษัท สุวีริยาสาส์น จำกัด.
- พงศธร ศิลาเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ใน
จังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ]
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านวังยาว. (2567). ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล
บ้านวังยาว. เพชรบุรี : สำนักงาน.
- วาสนา สิทธิกัน (2560) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลบางไธสง
อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงใหม่.
- สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2566). *สูงวัย สุขภาวะดี วิถีใหม่*. กรุงเทพฯ : สมาคม.
สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). (2566). *สำนักงานสภาพัฒนาการ
เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://social.nesdb.go.th>. 14 มกราคม
2566.

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม

ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุดรธานี

Effects of a Self-Efficacy and Social Support Program on Foot Care Behaviors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Fort Pichai Dap Hak Hospital, Uttaradit Province

หนึ่งฤทัย แสงทอง^{1*}, ธนากร ธนวัฒน์¹, นิชาเรย์ ใจคำวัง¹

Neungruthai Sangthong^{1*}, Thanakorn Thanawat¹, Nicharee Jaikamwang¹

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี¹

Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University¹

(Received: September 24, 2024; Revised: October 10, 2024; Accepted: October 30, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน ได้รับโปรแกรมการดูแลเท้าและกลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน ระยะดำเนินการกิจกรรม 8 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมการดูแลเท้า การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบใช้สถิติ Paired sample t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า และแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า สามารถนำไปส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมการดูแลเท้า, เบาหวานชนิดที่ 2

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: neung.pt1fpcdh@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 082-3956264)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate and compare the effects of a self-efficacy enhancement program combined with social support on promoting foot care behaviors among patients with type 2 diabetes. Participants (N=72) were patients with Type 2 diabetes mellitus who were randomly assigned to either an experimental group (n=36) that received an 8-week foot care program or a control group (n=36). Data were collected using questionnaires, and the intervention was delivered through a structured foot care program. Data were analyzed using descriptive statistics, paired-samples t-tests, and independent-samples t-tests, with statistical significance set at $p<0.05$.

The findings revealed that after participating in the program, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in foot care behaviors, self-efficacy, and social support compared to their baseline scores. Between-group comparisons revealed that the experimental group had significantly higher mean scores in foot care behaviors, foot care self-efficacy, and social support than the control group ($p<0.05$). These findings indicate that the combined self-efficacy enhancement and social support program was effective in improving foot care behaviors among patients with Type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Self-efficacy, Social support, Foot care behaviors, Type 2 Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 9.5 ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้มีเพียงร้อยละ 30 โดยประมาณ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ทั้งแบบชนิดที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complication) และหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complications) (กรมการแพทย์, 2564) การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการการถูกทำลายระบบประสาทและหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งหากดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ ตา ไต และเท้า (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลเท้า ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการดูแลเท้าเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานจะประกอบไปด้วยการทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การส่งเสริมการไหลเวียนเลือด และการดูแลรักษาแผลที่เท้า (ปภาดา มหัทธนะประดิษฐ์, มานพ คณะโต และพูนรัตน์ ลียติกุล, 2561) การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นเรื่องสำคัญ การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้าของแต่ละบุคคลจะต้องเกิดจากกระบวนการที่ทำให้เกิดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง โดยต้องมีการสนับสนุนหรือผลักดันผ่านระยะการตัดสินใจของแต่ละบุคคลเพื่อนำไปสู่ระยะของการกระทำพฤติกรรม โดยทฤษฎีทางด้านสุขภาพที่น่าสนใจและมักนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมความตระหนักและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมสู่พฤติกรรมสุขภาพใหม่ที่ดียิ่งขึ้น คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) และประเด็นความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกายภาพ (Physical effects) 2) ด้านสังคม (Social effects) และ 3) ด้านประเมินด้วยตนเอง (Self-evaluation) การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดแผลที่เท้าและภาวะแทรกซ้อนที่เท้านั้น ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่เท้า รวมทั้งเชื่อว่าการเกิดแผลที่เท้านั้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการที่บุคคลใดๆก็ตามที่จะกระทำพฤติกรรมจะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในการกระทำนั้น ๆ

สถานการณ์โรคเบาหวานรายใหม่ของจังหวัดอุดรธานี ปี 2562-2564 พบผู้ป่วย 2,706 ราย อัตรา 595.57 ต่อแสนประชากร, ผู้ป่วย 2,295 ราย อัตรา 506.51 ต่อแสนประชากร และ ผู้ป่วย 2,301 ราย อัตรา 512.77 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน (E10-E14) ต่อประชากรแสนคน ในปี 2562-2564 เป็น 2.36, 2.23 และ 2.41 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2565) จากการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน ของจังหวัดอุดรธานี ปี 2562-2564 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.01, 1.45 และ 1.47 ตามลำดับ จากสถิติการดำเนินงาน

ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพิชัยดาบหัก พ.ศ. 2563-2565 มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 17.80, 18.10, และ 20.30 ตามลำดับ แสดงถึงแนวโน้มอัตราความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากผลการตรวจเท้าในปีเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการเสี่ยงต่อการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าระดับเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 16.90 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 64.20 และเสี่ยงสูงร้อยละ 18.90 (รายงานประจำปีโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก, 2565) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการดูแลเท้าส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 42-65 ปี จากการสำรวจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยและการดูแลเท้าเบาหวานจากผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก พบว่า ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสุขภาพการดูแลเท้า และได้รับการตรวจเท้าโดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่การส่งเสริมสุขภาพการดูแลเท้ายังไม่ครอบคลุมในประเด็นของสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนและวิธีการดูแลเท้า การสอนการตรวจเท้าด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 55.04 อาจเนื่องมาจากการสื่อสารและให้ความรู้ในการปฏิบัติด้านการดูแลเท้าด้วยตนเองไม่เพียงพอระดับความรู้ในการดูแลตนเองและเท้าของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.90 ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมที่อาจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าตามมาได้อีก (รายงานประจำปีโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก, 2565) จากการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าอยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่ำถึงระดับเสี่ยงปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง และมีความรู้ในการปฏิบัติด้านการดูแลเท้าของตนเองไม่ อาจจะส่งผลให้ความรุนแรงจนสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเพิ่มขึ้นได้ ปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันได้ หรือสามารถบรรเทาความรุนแรงของปัญหาลงได้ด้วยการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามหลักแนวทางการดูแลเท้าให้ถูกต้อง

จากการทบทวนข้อมูลของคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหักที่กล่าวมาทั้งหมดยังไม่มีการศึกษาหรือคิดค้นรูปแบบที่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำวิจัยเกี่ยวกับประเด็นภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก โดยได้เลือกประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) และประเด็นการความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) มาเป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของเชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซาร์ส (Schaefer C., James C. & Coyne, 1981) ซึ่งประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Tangible support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ซึ่งมีหลักฐานการสนับสนุนเชิงประจักษ์อย่างมากในการให้เหตุผลสนับสนุนว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดแผลที่เท้าและภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ดั่งนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่เท้า รวมทั้งเชื่อว่าการเกิดแผลที่เท้ามีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในทุก ๆ ด้าน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดกระบวนการรับรู้ ตระหนักถึงความสำคัญและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลเท้า โดยผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ดีขึ้นในระยะยาว เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดการสูญเสียอวัยวะในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

สมมติฐาน

1. ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า ผ่านการจัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากประสบการณ์การดูแลเท้าจากประสบการณ์ตรง การฝึกทักษะการดูแลเท้า การให้ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ประโยชน์ในการดูแลเท้า

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) เพื่อ ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้อง สาธิตการปฏิบัติตัวในการดูแลเท้า ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายบริหารเท้า การตรวจเท้าด้วยตนเอง การทำความสะอาดเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) เพื่อเสริมแรงกระตุ้นให้มีอารมณ์ร่วมในกิจกรรม โดยมีกิจกรรมทบทวนการตรวจเท้าด้วยตัวเองและการออกกำลังกายบริหารเท้า

สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการตรวจเท้า และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ร่วมกันสนับสนุนกำลังใจและให้คำแนะนำเชิงบวก

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) ให้คำแนะนำในแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจ และการกระตุ้นเตือน การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเท้า รวมถึงการให้ช่องทางติดต่อสื่อสารเมื่อมีปัญหาการดูแลเท้า

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) เพื่อสร้างและกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองที่บ้าน จัดการกับภาวะแทรกซ้อนให้ประสบความสำเร็จ กล้าเผชิญกับปัญหาต่างๆ และมีแรงจูงใจในการดูแลเท้า

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

พฤติกรรมการดูแลเท้า

การสนับสนุนทางสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยมาไม่น้อยกว่า 5 ปี อายุระหว่าง 40-65 ปี ที่กำลังรับการรักษาอยู่ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 1,087 คน แบ่งออกเป็นอยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่ำ 332 คน คิดเป็นร้อยละ 29.88 ระดับมีความเสี่ยงปานกลาง 491 คน คิดเป็นร้อยละ 44.19 ระดับมีความเสี่ยงสูง 177 คน คิดเป็นร้อยละ 15.98

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่ม (Jeffrey D, 1998) ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในตัวแปรพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, 2562) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 35.96 เมื่อแทนค่าสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 31.69 คน ผู้วิจัยทำการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 5 (ธวัชชัย วรพงศธร, 2561)

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมด 72 คน และต้องมีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้า-การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี เพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 40-65 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ มีความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้าระดับเสี่ยงต่ำและระดับเสี่ยงปานกลาง โดยประเมินจากแบบตรวจคัดกรองเท้า มีระดับของการรับรู้สติสัมปชัญญะดี ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด คือ มีระดับคะแนน 0-7 คะแนน โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด (6CIT) 6) (สุภาพร อารีเชื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ, 2563) สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ให้ความยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวานจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่ตาจากเบาหวาน และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยการวินิจฉัยของแพทย์ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้า เช่น โรคไต โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท (American college of sport medicine, 2012) 3) และผู้ที่มีแผลเบาหวานเรื้อรังที่เท้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือใช้ในการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาผลโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบประเมินผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า ความผิดปกติของเล็บ นิ้วเท้า และเท้า ลักษณะรองเท้าที่ใส่ และการได้รับคำแนะนำในการดูแลเท้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลเท้า ดัดแปลงข้อความมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลเท้าของ อุไรวรรณ นนทปัญญา, แสงทอง ธีระทองคำ และจิราพร ไลงิงเกอร์ (2563) ประกอบด้วย 1) การทำความสะอาดเท้า 2) การตรวจหาความผิดปกติของเท้าด้วยตนเอง 3) การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และ 4) การออกกำลังกายและการบริหารเท้าเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด โดยลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง และไม่ได้ทำเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ทำทุกครั้ง	ได้	3	คะแนน
ทำบางครั้ง	ได้	2	คะแนน
ไม่ได้ทำเลย	ได้	1	คะแนน

ข้อคำถามเป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ทำทุกครั้ง	ได้	1	คะแนน
ทำบางครั้ง	ได้	2	คะแนน
ไม่ได้ทำเลย	ได้	3	คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความความหมายค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลเท้า มีดังนี้

2.34 - 3.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าในระดับสูง
1.67 - 2.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าในระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการ ประเมินเกี่ยวกับการดูแลเท้าเบาหวาน โดยดัดแปลงจากข้อคำถามของ สุมาลี เชื้อพันธ์ (2553) เป็นการวัดความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมดูแลเท้าตนเองในเรื่อง การรักษาความสะอาดเท้า การตรวจเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และการบริหารเท้า ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ (Rating Scale) 3 ระดับ คือ สามารถทำได้ทุกครั้ง สามารถทำได้ บางครั้ง ไม่สามารถทำได้เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

สามารถทำได้ทุกครั้ง	ได้	3	คะแนน
สามารถทำได้บางครั้ง	ได้	2	คะแนน
ไม่สามารถทำได้เลย	ได้	1	คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความความหมายค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีดังนี้

2.34 - 3.00	หมายถึง	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าระดับสูง
1.67 - 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	หมายถึง	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากข้อคำถามของ ชัตติยะ เรือนจันทร์ (2557) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับปานกลาง ได้รับน้อย ได้รับน้อยที่สุด

ได้รับมากที่สุด	ได้	5	คะแนน
ได้รับมาก	ได้	4	คะแนน
ได้รับปานกลาง	ได้	3	คะแนน
ได้รับน้อย	ได้	2	คะแนน
ได้รับน้อยที่สุด	ได้	1	คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความความหมายค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแรงสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้

- | | | |
|-------------|---------|---------------------------------------|
| 3.34 - 5.00 | หมายถึง | ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก |
| 1.67 - 3.33 | หมายถึง | ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง |
| 1.00 - 1.66 | หมายถึง | ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย |

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลอง ภายหลังการคัดกรองอาสาสมัครตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้า-คัดออกจากนั้น 1 สัปดาห์ถัดมา ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองมาเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าอีก ณ ห้องประชุมชั้น 2 โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก โดยนัดหมายกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมกิจกรรมในทุกวันอังคาร จำนวน 5 ครั้ง มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองจากประสบการณ์การดูแลเท้าโดยตรง มีการฝึกทักษะการดูแลเท้า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ประโยชน์ในการดูแลเท้า รวมทั้งแนวทางการแก้ไข

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมการใช้ต้นแบบ (Modeling) และการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีอารมณ์ร่วมในกิจกรรม โดยมีการสาธิตปฏิบัติตัวในการดูแลเท้า เพื่อป้องกัน ลดการเกิดแผลที่เท้า และส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลเท้าที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายบริหารเท้า การตรวจเท้าด้วยตนเอง การทำความสะอาดเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า โดยกิจกรรมมีการใช้ต้นแบบที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมเบาหวานได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตัวต้นแบบเล่าประสบการณ์การเป็นโรคเบาหวาน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีอารมณ์ร่วมในกิจกรรมในการส่งเสริมทักษะ โดยมีกิจกรรมทบทวนการตรวจเท้าด้วยตัวเองและการออกกำลังกายบริหารเท้า ในขณะที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมจะมีการสอบถามถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตามโปรแกรมผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จในแต่ละกิจกรรมมาหมุนเวียนในการเป็นผู้สาธิตในกิจกรรมนั้น ๆ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นการติดตามปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดของกลุ่มทดลอง เพื่อให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลเท้า

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) กิจกรรมการสร้างการคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติ (Outcome expectation) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนให้ประสบความสำเร็จ กล่าวเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และมีแรงจูงใจในการดูแลเท้า โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของโปรแกรม ผลดี ผลเสีย และความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลเท้าของตนเอง

สำหรับกิจกรรมในกลุ่มควบคุม ประเมินตัวแปรก่อนดำเนินการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนำกลุ่มควบคุมมาเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าอีกในสัปดาห์ที่ 1 โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคเบาหวาน โดยจะมีการเก็บข้อมูลหลังทำการทดลอง ทำแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลเท้า แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการแรงสนับสนุนทางสังคม ในสัปดาห์ที่ 8 ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 15-30 นาทีต่อคน โดยหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว หากผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความต้องการเข้ารับโปรแกรมการสอนเช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะทำการนัดวันเวลา เพื่อจัดโปรแกรมดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมทั่วไป 1 ท่าน อาจารย์สาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์กายภาพบำบัด 1 ท่าน พิจารณาความตรง (Content validity index) ของแบบสอบถาม พบว่าในแต่ละรายข้อมีค่าความตรงตั้งแต่ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของพฤติกรรมการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.825, 0.801 และ 0.741 ตามลำดับ (โดยค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.70)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) หลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อนุมัติรับรอง ผู้วิจัยประสานงานทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก เพื่อขออนุญาตจัดกิจกรรมและรวบรวมข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยในครั้งแรกผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีการให้ลงนามเพื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
- 3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อครบตามจำนวนนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ หมายเลขโครงการ COA. No. 043/2023 รับรองเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลตามโค้งปกติด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test และภายในกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 69.4 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 69.4 ในกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 54.91 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 55.11 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60) กลุ่มทดลองส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.7 และกลุ่มควบคุมส่วนมากประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 30.6 เคยมีประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 47.2 และกลุ่มควบคุม 72.2 มีความผิดปกติของเล็บ นิ้วเท้า และเท้า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.0 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.4 ไม่เคยได้รับคำแนะนำในการดูแลเท้า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 58.3 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 55.6 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ (n=72)

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	30.6	11	30.6
หญิง	25	69.4	25	69.4
อายุ				
40-49 ปี	8	22.2	7	19.4
50-59 ปี	18	50.0	23	63.9
60-69 ปี	10	27.8	6	16.7
(อายุเฉลี่ย, S.D.)	(54.91, 0.71)		(55.11, 0.60)	
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	10.8	2	5.6
เกษตรกร	6	16.2	7	19.4
ค้าขาย	10	27.6	11	30.6
รับจ้าง	11	30.7	10	27.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	14.7	5	13.9
อื่น ๆ	-	-	1	2.7

ประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	19	52.8	10	27.8
เคย	17	47.2	26	72.2
ความผิดปกติของเล็บ นิ้วเท้า และเท้า				
ไม่มี	5	14.0	6	16.7
เล็บขบ/มีเชื้อรา	14	39.2	11	30.6
เล็บเท้าหนา	3	8.2	4	11.1
นิ้วหัวแม่เท้าเกออก	2	5.5	4	11.1
นิ้วเท้ารูปค้อน	2	5.5	3	8.3
นิ้วเท้าเกยกัน	2	5.5	1	2.8
นิ้วเท้าหงิกงอ	2	5.5	1	2.8
ตาปลา	6	16.6	6	16.7
การได้รับคำแนะนำในการดูแลเท้า				
ไม่เคย	21	58.3	20	55.6
เคย	13	41.7	16	44.4

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ภายในและระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=72)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=36)	t (95% CI)	p-value
1. พฤติกรรมการดูแลเท้า (คะแนนเต็ม 66)				
ก่อนการทดลอง	29.8 (3.64)	30.11 (3.76)	-20.52 (-16.27 to -13.34)	0.775
หลังการทดลอง	44.67 (3.86)	31.25 (4.68)	-1.72 (-2.48 to 0.20)	0.000*
**				
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า (คะแนนเต็ม 66)				
ก่อนการทดลอง	32.89 (4.70)	36.19 (4.42)	-7.01 (-12.35 to -6.81)	0.643
หลังการทดลอง	42.47 (7.86)	37.03 (4.50)	-1.83 (-1.75 to 0.08)	0.000*
**				
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 55)				
ก่อนการทดลอง	18.97 (2.68)	18.92 (2.00)	-11.54 (-11.20 to -7.85)	0.921
หลังการทดลอง	28.50 (4.51)	19.39 (2.38)	-1.05 (-1.37 to 0.43)	0.000*
**				

* p-value < 0.05 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

** p-value < 0.05 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า การได้แรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า การได้แรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า การได้แรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า การได้แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า การได้แรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเรื่องโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ สามารถอภิปรายผลตามประเด็นการวิจัยได้ดังนี้

ประเด็นพฤติกรรมการดูแลเท้า พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าประกอบสื่อวีดิทัศน์ คู่มือการดูแลเท้า แผ่นพับ โมเดลเท้า การให้คำแนะนำในการดูแลเท้า โดยมีการมุ่งเน้นการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติพร้อมให้ข้อเสนอแนะเป็นรายกลุ่มใหญ่และรายกลุ่มย่อยมีพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีต้นแบบเล่าประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า และวิธีการดูแลเท้า ผ่านมาว่ากระบวนการให้โปรแกรมสุขศึกษา โดยวิธีการจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการให้ความรู้สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียา เสียงดัง, 2562 เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ และยังสอดคล้องกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเท้าที่มีการมีการพบปะและฝึกหัดการดูแลยังส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้น (นิติพงศ์ ศรีเบญจมาศ, 2562, น.175-180) สำหรับใช้สื่อวีดิทัศน์ คู่มือการดูแลตนเอง (สุทธนันท์ กัลป์กะ และคณะ, 2559, น.148-155) สามารถนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองในแนวทางที่เพิ่มขึ้น ส่วนวิธีที่นำมาใช้ถ่ายทอดกับผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นการกระตุ้นเตือน การสาธิต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคล การใช้สื่อด้านสุขภาพอย่างหลากหลาย และการฝึกปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรผู้ดูแล

ประเด็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่ม พบว่า ค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลเท้า เป็นรายกลุ่มใหญ่ และกลุ่มย่อย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยเล่าถึงการดูแลตนเองที่เคยปฏิบัติ ปัญหา

และแนวทางการแก้ไขปัญหของตนเองให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง โดยเริ่มต้นจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ประโยชน์ในการดูแลเท้ารวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัจจัยส่งเสริมในการเกิดแผลที่เท้า พยาธิสรีรวิทยา ผลกระทบที่เกิดจากแผลที่เท้า ผลดีและข้อจำกัดในการปฏิบัติการดูแลเท้า เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองจากประสบการณ์การดูแลเท้าโดยตรง สอดคล้องกับปฏิบัติตัวในการดูแลเท้าทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายบริหารเท้า การตรวจเท้าด้วยตนเอง การทำความสะอาดเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีอารมณ์ร่วมในกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าการได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) จากผู้อื่นที่มีความสำคัญหรือเป็นบุคคลให้ความเคารพนับถือ (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูด (Bandura A., 1989, p.729-735; อุไรวรรณ นนทบุรีปัญญา, แสงทอง ชีระทองคำ และจิราพร ไลงิงเกอร์, 2563, น.76-91) เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การชักจูงให้เชื่อความสามารถของตนเองนี้ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นพุดที่จะทำให้สำเร็จ

ประเด็นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่ม พบว่า ค่าคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่มีการออกแบบการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981, p.381-4063) โดยให้การสนับสนุนที่ครอบคลุม 3 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Tangible support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ซึ่งมีหลักฐานการสนับสนุนเชิงประจักษ์อย่างมากในการให้เหตุผลสนับสนุนว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดแผลที่เท้าและภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้นั้น โดยผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่เท้า รวมทั้งเชื่อว่าการเกิดแผลที่เท้ามีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในทุกๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดกระบวนการรับรู้เข้าใจ ตระหนัก และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลเท้า โดยผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเท้าที่ดีขึ้นในระยะยาว เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดการสูญเสียอวัยวะได้ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (จิรานันท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา และสุกฤตา สวนแก้ว, 2563, น.267-276) ดังนั้น จึงสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลในทุกด้านทั้งชีวิตประจำวัน ตลอดจนให้การสนับสนุนสิ่งของ และการได้ข่าวสาร เอกสาร แผ่นพับความรู้ คู่มือ ข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ได้รับการซักถามถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลเท้า ย่อมส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักในการดูแลเท้า และมีพฤติกรรมในการดูแลเท้าเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดกิจกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการการส่งเสริมการดูแลเท้าในคลินิกเบาหวานในสถานพยาบาลหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบแห่งอื่น ๆ
2. บุคลากรด้านสุขภาพ พยาบาลในคลินิกเบาหวานหรือนักกายภาพบำบัด สามารถนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยนี้ไปเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับกระบวนการจัดรูปแบบของกิจกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ตัวต้นแบบเล่าประสบการณ์การดูแลเท้าเป็นการกระตุ้นในผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเท้าร่วมกับวิธีการรักษาปกติมาตรฐานได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เช่น หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน และหลังได้รับโปรแกรม 6 เดือนไปแล้ว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของโปรแกรมการดูแลเท้าและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ถึงผลความคงอยู่ของการปฏิบัติตามโปรแกรมที่ได้รับ
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- จิราพันธ์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อังวัฒนา และสุกฤตา สอนแก้ว. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 47(3), 267-276.
- จิตติมา โกศลวิตร, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, นฤมล บุญญนิवारวัฒน์ และธิดารัตน์ ศรีธรรมมา. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงอำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(1), 26-37.
- ทศพร ชูศักดิ์, เนตรนภา สาสังข์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2561). ผลการใช้โปรแกรมการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการถูกตัดขาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลสำโรงชัย อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. *เวชสารแพทย์ทหาร*, 71(2), 105-112.
- นิตพงศ์ ศรีบุญจมาศ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเท้าต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 14(4), 175-181.
- ปภาดา มหัทธนะประดิษฐ์, มานพ คณะโต และพูนรัตน์ ลียติกุล. (2561). ความรู้ในการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตพื้นที่อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(6), 520-525.

- รายงานประจำปีโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก. (2565). รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก. โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์. (เอกสารอัดสำเนา)
- วัชชัย วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-Power. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 41(2), 11-21.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ประถมธานี: รมเย็น มีเดีย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2565). งานศูนย์ข้อมูล (HDC). สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2567, จาก <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ (2563). แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย : การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา. *Rama Nurs J*, 24(2), 188-202.
- หนึ่งฤทัย จันทน์อินทร์, อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2558). พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์*, 21(2), 199-211.
- อุไรวรรณ นนทบุรีญา, แสงทอง ชีระทองคำ และจิราพร ไลงิงเกอร์. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและการสูญเสียความรู้สึที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 7(2), 76-91.
- American College of Sports Medicine. (2012). *Resource manual for guidelines for exercise testing and prescription (7th ed.)*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Bandura A. (1997). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้าในทหารใหม่ จังหวัดอุดรดิตถ์
Factors Associated with Methamphetamine Use Among Privates
in Uttaradit Province

ปรารธนา ศุภลักษณ์^{1*}, จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์¹, สุนีย์ กันแจ่ม¹

Pradtana Supaluk, Jakkrite Pinyaphong, Sunee Kancham

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

¹Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

(Received: August 28, 2024; Revised: September 10, 2024; Accepted: October 30, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุก, ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดของทหารกองประจำการ และแนวทางในการดูแลทหารกองประจำการที่มีความผิดปกติจากการเสพยาเสพติด ในระหว่างการฝึกทหารใหม่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากทหารกองประจำการ ผลลัพธ์ 2/66 จังหวัดอุดรดิตถ์ และหาแนวทางในการดูแลทหารกองประจำการฯ จากผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แนวทางการดูแลทหารกองประจำการที่มีความผิดปกติจากการเสพยาเสพติด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางจิตวิทยา มีความสัมพันธ์กับประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และแนวทางการดูแลทหารกองประจำการฯ ที่มีความผิดปกติจากการเสพยาเสพติด ควรมีการดูแลที่มุ่งเน้นด้านการเฝ้าระวังโดยการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด การเฝ้าระวังเมื่อมีอาการขาดยา ระหว่างฝึก และการจัดการอบรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด การจัดผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ มาแนะนำและกำกับการดูแลทหารกองประจำการฯ

คำสำคัญ: การเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า), ทหารกองประจำการ, แนวทางการดูแลทหารที่เสพยาเสพติด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : g63552790101@uru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 091-4979393)

Abstract

This cross-sectional research aimed to study the prevalence and factors associated with drug use among privates, and to develop care guidelines for privates with substance use disorders during basic military training. Data were collected through questionnaires from privates in the 2nd batch of 2023 in Uttaradit province, and care guidelines were developed based on input from military training unit personnel. Data analysis was performed using logistic regression analysis at a 95% confidence level, while content analysis was used for developing care guidelines for privates with substance use disorders.

The findings revealed that personal factors, socio-economic factors, environmental factors, and psychological factors were significantly associated ($p < 0.05$) with lifetime history of Category 1 narcotic (methamphetamine) use prior to conscription among privates in Uttaradit province. The recommended care guidelines for privates with substance use disorders emphasized close monitoring and observation, surveillance during withdrawal symptoms during training, organizing training sessions by drug addiction experts, and assignment of specialists to provide guidance and supervision for affected privates.

Keywords : Category 1 narcotic (methamphetamine) use, Privates, Care guidelines for privates with substance use disorders

บทนำ

ปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดความเสียหายกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังคน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม หรือ ด้านการเมืองการปกครอง สถานการณ์ยาเสพติดโลก จากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2021 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสพยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน ซึ่งยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ กัญชา กลุ่มโอปิออยด์ แอมเฟตามีน และอนุพันธ์ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2565) สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พบสถิติผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดประเภทยาบ้า ร้อยละ 50.15 ผู้ป่วยยาเสพติดประเภทสุรา ร้อยละ 21.28 และ ผู้ป่วยยาเสพติดประเภทเฮโรอีน ร้อยละ 8.18 ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2566)

สถานการณ์ในค่ายทหารของกองทัพบกที่ 3 พบว่า ทหารกองประจำการผลัดปี 2565 สังกัดกองทัพบกในเขตภาคเหนือ มีประวัติการเสพยาเสพติด ร้อยละ 11.99 ตรวจปัสสาวะพบยาเสพติด ร้อยละ 5.57 มีประวัติอาชญากรรม พ.ร.บ. ยาเสพติด ร้อยละ 1.85 ซึ่งสถิติการเสพยาเสพติดจากกรมแพทยทหารบก 5 ปีย้อนหลัง (2561-2565) ในทหารใหม่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.ค่ายพิชัยดาบหัก พบอัตราการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ในช่วง 1 เดือน ก่อนเข้ามาเป็นทหาร ร้อยละ 21.48 และอัตราการตรวจปัสสาวะแรกได้รับมียาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) (ฉี่ม่วง) ร้อยละ 13.65 (กรมแพทยทหารบก, 2566) ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหาร

ใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่) ได้กล่าวถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในการรับทหารใหม่เข้ารับการศึกษา ฝึก ว่ามีปัญหาในทหารใหม่ที่ได้รับผลกระทบจากการเสพยาเสพติดในช่วง 1 เดือนก่อนเข้ามาเป็นทหาร ได้แก่ อาการเกิดภาวะขาดยาเสพติด (Withdrawal) และการเกิดจิตเวชจากการเสพยาเสพติด (Amphetamine induced psychosis) ซึ่งผู้ปฏิบัติงานยังไม่ทราบการปฏิบัติที่แน่นอนในการดูแลทหารใหม่กลุ่มที่มีประวัติเสพยาเสพติด และกลุ่มที่มีผลการตรวจปัสสาวะแรรับพบยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) (กรมแพทย์ทหารบก, 2566)

แนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological System Theory) ที่อธิบายว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กันแบบซับซ้อน ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติด อาทิจานวิจัยของ วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์ (2562) พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้เรื่องยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการต่อต้านสังคม ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา และสัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะชุมชนที่ตั้งของบ้าน มีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติด

จากที่กล่าวมานั้นชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์การยาเสพติดควรมีการแก้ไขอย่างจริงจัง เนื่องจากมีผลกระทบต่อความมั่นคงและมีปัญหาต่อสังคมอย่างรุนแรง ซึ่งการศึกษาอัตราการเสพยาเสพติดของทหารกองประจำการก่อนเข้ามารับราชการ รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ในช่วงก่อนเข้ามาเป็นทหาร มีความสำคัญในการนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของการเสพยาเสพติดในทหารกองประจำการ เพื่อนำมาวางแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติดและการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (Individual Factors) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Factors) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environment Factors) และปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological Factors) ซึ่งยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ในทหารกองประจำการค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการค้นหาแนวทางในการดูแลทหารกองประจำการที่มีประวัติเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ในช่วงก่อนเข้ามาเป็นทหารของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลทหารกองประจำการที่มีความผิดปกติจากการเสพยาเสพติด ในระหว่างการฝึกทหารใหม่ สำหรับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่)

นิยามศัพท์เฉพาะ

ทหารกองประจำการ คือ ผู้ซึ่งขึ้นทะเบียนกองประจำการ และได้เข้ารับราชการในกองประจำการจนกว่าจะได้ปลด (พระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ, 2497) ทหารกองประจำการที่เข้ารับการศึกษาในช่วง 6 สัปดาห์แรกของการเข้ารับราชการตามระเบียบและหลักสูตรการฝึกทหารใหม่เบื้องต้นทั่วไป จะเรียกว่า “ทหารใหม่”

ครูฝึกทหารใหม่ คือ ข้าราชการทหารที่ได้รับการคัดเลือกให้ฝึกทหารใหม่ ได้แก่ ผู้ฝึกทหารใหม่, ผู้ช่วยผู้ฝึกทหารใหม่, เสนารักษ์ประจำหน่วยฝึกทหารใหม่ ซึ่งมีหน้าที่ฝึกและอบรมทหารใหม่ให้มีความรู้ความสามารถ และทำหน้าที่เป็นผู้บังคับบัญชาของทหารใหม่ (หน่วยบัญชาการอากาศโยธิน, 2564)

ผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่ ซึ่งมักจะเรียกกันว่า ครูทหาร คือ ทหารรุ่นพี่ที่ได้รับการคัดเลือก และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรครูทหารใหม่ มีหน้าที่เป็นผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่ ในการฝึกอบรมทหารใหม่ และเป็นตัวอย่างในการฝึกต่างๆ และให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อทหารใหม่ รวมถึงกระทำตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีต่อทหารใหม่ (หน่วยบัญชาการอากาศโยธิน, 2564)

ยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) หรือแอมเฟตามีน (Amphetamine) คือ ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ในอดีตเรียกว่า ยาม้า นิยมใช้ในหมู่ผู้ใช้แรงงาน หรือทำงานเป็นกะ โดยรับประทานเป็นเม็ด ในเวลาต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อเพิ่มการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และลดผลข้างเคียงด้านหัวใจและหลอดเลือด กลายเป็น methamphetamine (ยาบ้า) ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน (พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562)

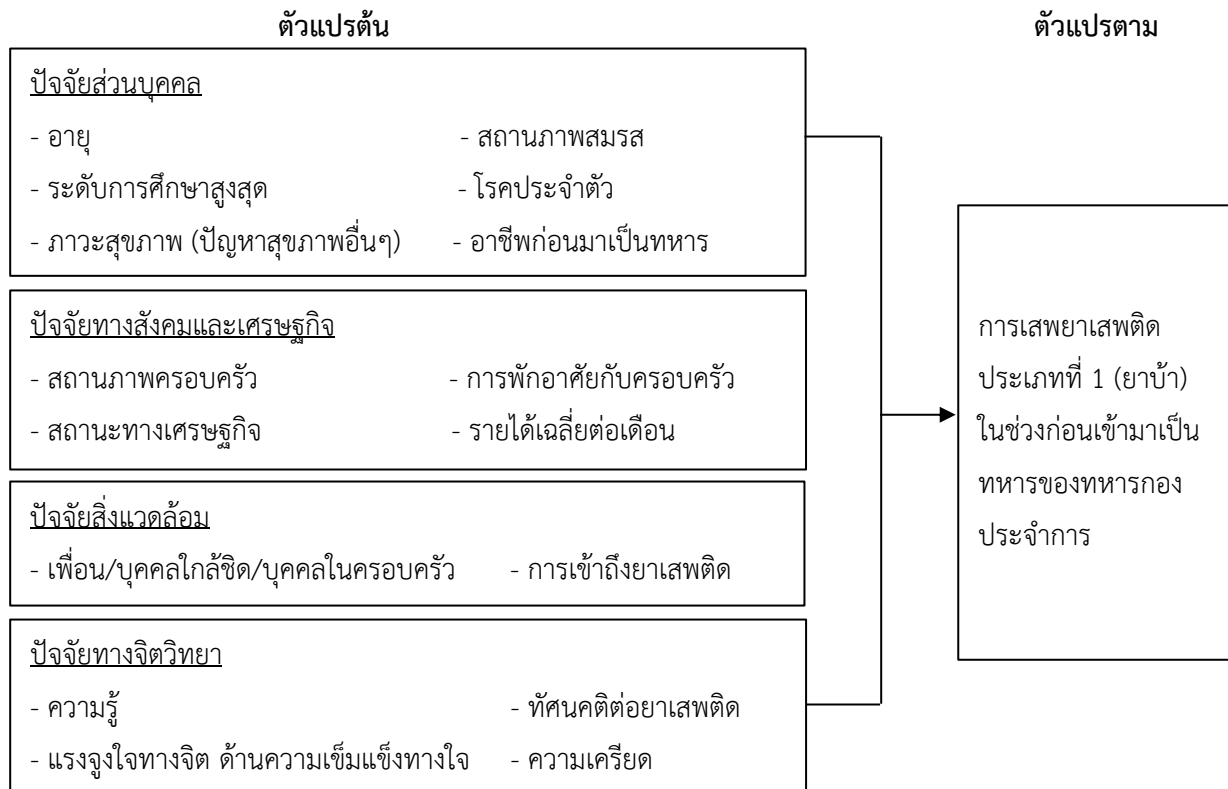
ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual Factors) คือ คุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มประชากร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว และ อาชีพ

ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Factors) คือ ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ความแตกต่างของภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันในผู้ที่อยู่ในสถานะทางสังคมที่แตกต่างกัน ได้แก่ สถานภาพครอบครัว การพักอาศัยกับครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ และ รายได้

ปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environment Factors) คือ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ และการเสพยาเสพติด ได้แก่ เพื่อน บุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว และการเข้าถึงยาเสพติด

ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological Factors) คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้, ทักษะ, แรงจูงใจทางจิต ด้านความเข้มแข็งทางใจ และความเครียด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ทหารกองประจำการ ผลัดที่ 2 ประจำปี 2566 จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 366 คน (ข้อมูลจำนวนทหารกองประจำการที่ได้รับการฝึก ผลัดที่ 2 ประจำปี 2566 จังหวัดอุดรดิตถ์ อ้างอิงจากฝ่ายสรรพกำลัง มณฑลทหารบกที่ 35 ผู้รับผิดชอบในการจัดสรรทหารกองประจำการเข้าประจำการในหน่วยในพื้นที่รับผิดชอบ)

1.1 เกณฑ์การคัดเลือกประชากร :

1.1.1 ทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ ทุกคน ที่ได้รับการฝึกทหารใหม่ ผลัดที่ 2 ปี 2566 ในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566

1.1.2 ทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่สามารถ พูด อ่าน และ เขียน ภาษาไทยได้

1.1.3 ทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ กรณีที่อาสาสมัครยินยอมเข้าร่วม แต่ไม่สะดวกลงลายมือชื่อ สามารถแสดงความยินยอมด้วยวาจาได้

1.2 เกณฑ์การคัดออกประชากร :

1.2.1 มีคำสั่งโดยคณะกรรมการแพทย์ให้ปลดประจำการก่อนกำหนดการ

1.2.2 ทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่หากเข้าร่วมโครงการแล้วอาจเกิดอันตรายร้ายแรง เช่น มีความผิดปกติทางจิตและประสาท ที่อาจจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น หรือ มีอาการเกิดภาวะขาดยาเสพติดเป็นต้น หรือ เกิดอคติในการดำเนินการวิจัยที่จะต้องคัดออกโดยความสมัครใจ ปราศจากการชักจูงบีบบังคับ หรือขู่ขู่

1.2.3 ทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ ขอลอนตัวเอง หรือ ไม่มาตามนัด

2. ประชากรที่ใช้ในการหาแนวทางในการดูแลทหารกองประจำการที่มีความผิดปกติจากการเสพยาเสพติด ในระหว่างการฝึกทหารใหม่ สำหรับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่) ร่วมกัน คือ ผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ จังหวัดอุดรดิตถ์ ผลัดที่ 2 ประจำปี 2566 ทุกคน จำนวน 148 คน

2.1 เกณฑ์การคัดเลือกประชากร :

2.1.1 ผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่) จังหวัดอุดรดิตถ์ ทุกคน ได้แก่ ผู้ฝึกทหารใหม่, ผู้ช่วยผู้ฝึกทหารใหม่, นายสิบพยาบาลประจำหน่วยฝึกทหารใหม่ ครุฑนายสิบ และครูทหาร (อ้างอิงข้อมูลการจัดอัตรากำลังในการฝึกทหารใหม่ จากกรมยุทธศึกษาทหารบก ประจำปี 2566) ที่เข้าฝึกทหารใหม่ ผลัดที่ 2 ปี 2566 ในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566

2.1.2 ผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่) จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ กรณีที่อาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมแต่ไม่สะดวกลงลายมือชื่อ สามารถแสดงความยินยอมด้วยวาจาได้

2.2 เกณฑ์การคัดออกประชากร :

2.2.1 ผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่) ที่ได้รับการปรับย้ายตำแหน่ง/ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ฝึกทหารใหม่แล้ว

2.2.2 ผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่) ขอลอนตัวเอง หรือ ไม่มาตามนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามสำหรับ ทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่เข้ารับการฝึกทหารใหม่ ผลัดที่ 2 ปี 2566 แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ปัญหาทางสุขภาพอื่น ๆ อาชีพก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ สถานภาพครอบครัว การพักอาศัยกับครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และแหล่งที่มาของรายได้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ได้แก่ ประวัติการเสพยาเสพติด อายุที่เริ่มเสพยาเสพติด ความถี่ในการเสพยาเสพติด วิธีการเสพ และระยะเวลาที่ใช้ต่อเนื่อง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติด ได้แก่ สาเหตุการเสพยาเสพติด(ครั้งแรก) การประเมินทัศนคติต่อยาเสพติด และการประเมินแรงจูงใจทางจิต ด้านความเข้มแข็งทางใจ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการเลิกยาเสพติดในระหว่างเข้ามาเป็นทหารกองประจำการ (เฉพาะทหารกองประจำการที่มีประวัติการเสพยาเสพติด)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ เพื่อประชุมเชิงปฏิบัติการหาแนวทางในการดูแลทหารใหม่กลุ่มที่มีประวัติเสพยาเสพติด และกลุ่มที่มีผลการตรวจปัสสาวะแรกรับพบยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่

2.1 ประสิทธิภาพการดูแลทหารกองประจำการ ในการดูแลทหารใหม่กลุ่มที่มีประวัติเสพยาเสพติด และกลุ่มที่มีผลการตรวจปัสสาวะแรกรับพบยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า)

2.2 ปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลทหารใหม่กลุ่มที่มีประวัติเสพยาเสพติด และกลุ่มที่มีผลการตรวจปัสสาวะแรกรับพบยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า)

2.3 ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลทหารใหม่กลุ่มที่มีประวัติเสพยาเสพติด และกลุ่มที่มีผลการตรวจปัสสาวะแรกรับพบยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า)

2.4 สรุปแนวทางในการดูแลทหารใหม่กลุ่มที่มีประวัติเสพยาเสพติด และกลุ่มที่มีผลการตรวจปัสสาวะแรกรับพบยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์และตรวจสอบ เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหา สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของเนื้อหาที่ต้องการวัดตามกรอบแนวคิด การใช้ภาษาที่เหมาะสม ความชัดเจน และสำนวนที่ใช้ และนำมาวิเคราะห์หาค่า IOC ในแต่ละส่วน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

2. การนำแบบสอบถามที่ได้ ไปทดลองใช้และวิเคราะห์ เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการเก็บข้อมูลจากหน่วยฝึกทหารใหม่ จังหวัดแพร่ วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.78 โดยแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ มีค่าความเชื่อมั่น 0.71 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่น 0.79 และ ปัจจัยทางจิตวิทยา มีค่าความเชื่อมั่น 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ นำไป try out ในกลุ่มทหารกองประจำการ ผลที่ได้ 2 ประจำปี 2566 สังกัด หน่วยฝึกทหารใหม่ จังหวัดแพร่ จำนวน 94 คน โดยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลก่อนผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน 5 คน ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลประชากรที่ทำการศึกษา

1. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล จาก หน่วยฝึกทหารใหม่ จังหวัดอุดรดิตถ์ ก่อนผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล

2. จัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับนายทหารพยาบาลประจำกองพัน เพื่อประสานขอรายชื่ออาสาสมัคร ประสานรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมถึงการประสานขอเข้าพบอาสาสมัคร ณ กองบังคับการกองพันของแต่ละหน่วย

4. หลังจากทหกรองประจําการเข้ารับการฝึกได้ 2 สัปดาห์เป็นต้นไป ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการเข้าพบกลุ่มอาสาสมัคร โดยการเข้าพบเพื่อชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 5 คนดำเนินการแจกเอกสารข้อมูลและแบบขอความยินยอมให้อาสาสมัครนำกลับไปพิจารณา ก่อนตัดสินใจ และใช้แบบสอบถามข้อมูลทหกรองประจําการย้อนหลัง 1 เดือนก่อนเข้ามารับราชการ

5. ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 นำผลการวิจัยมาพูดคุยหาแนวทางในการดูแลทหกรใหม่กลุ่มที่มีประวัติเสพยาเสพติด และกลุ่มที่มีผลการตรวจปัสสาวะแรกพบยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหกรใหม่ (ครูฝึกทหกรใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหกรใหม่)

1. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และประสานเข้าเก็บข้อมูล ณ รพ.ค่ายพิชัยดาบหัก ในวันที่ 18-19 เม.ย. 2567

2. นำเสนอสรุปข้อมูลผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาทหกรองประจําการ ผลัดที่ 2 ประจำปี 2566 จังหวัดอุดรดิตถ์ ให้ผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหกรใหม่ (ครูฝึกทหกรใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหกรใหม่) รับทราบข้อมูล

3. แบ่งกลุ่มครูฝึกทหกรใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหกรใหม่ ออกเป็น 12 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ฝึกทหกรใหม่และผู้ช่วยผู้ฝึกทหกรใหม่ จำนวน 2 กลุ่ม, กลุ่มนายสิบพยาบาลและพลเสนารักษ์ จำนวน 2 กลุ่ม, กลุ่มครูนายสิบ จำนวน 4 กลุ่ม และกลุ่มครูทหกร จำนวน 4 กลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มตามความรู้ และหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อให้สามารถพูดคุยกันได้ง่ายและทั่วถึงมากขึ้น

4. แยกกลุ่มประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย(ที่ผ่านการแนะนำและประเมินความเข้าใจแนวทางในการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยแล้ว) เป็นพี่เลี้ยงกลุ่ม ทุกกลุ่มยึดถือแนวทางการพูดคุยตามร่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหกรใหม่ จำนวน 4 ข้อ สรุปแนวทางที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของกลุ่มตนเอง และส่งตัวแทนในการนำเสนอ

5. ผู้วิจัยสรุปแนวทางที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหกรใหม่ (ครูฝึกทหกรใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหกรใหม่)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากประชากรที่ทำการศึกษา

1.1 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย คือ สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากประชากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหกรใหม่ (ครูฝึกทหกรใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหกรใหม่) ที่ใช้ในการหาแนวทางในการดูแลทหกรองประจําการที่มีความผิดปกติจากการเสพยาเสพติด ในระหว่างการฝึกทหกรใหม่ สำหรับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหกรใหม่ (ครูฝึกทหกรใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหกรใหม่) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิประชากรที่ศึกษา ผู้วิจัยขอจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ เลขที่รหัสโครงการ 071/2566

ผลการวิจัย

1. ความชุกของการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ในช่วงก่อนเข้ามาเป็นทหารของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ จำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.14 โดยเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกในช่วงอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ร้อยละ 63.01 อายุเฉลี่ย 16.35 ปี สาเหตุการเสพยาเสพติด (ครั้งแรก) มาจาก ความอยากรู้อยากลอง/ ความคึกคะนอง ร้อยละ 97.83 ผู้ใช้สารเสพติดมีความถี่ในการใช้สารเสพติด 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 54.35 ส่วนใหญ่เสพโดยวิธีการสูบ ร้อยละ 98.91 ระยะเวลาการใช้ต่อเนื่อง มากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 34.78 ประวัติการใช้สารเสพติดครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 53.26

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis)

ตาราง 1 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และประวัติการใช้ยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ (n=366)

ตัวแปร	เสพ (%)	ไม่เสพ (%)	Odds Ratio	95% CI	p-value
อายุ					
≤ 24 ปี	89 (25.5)	260 (74.5)	1		
≥ 25 ปี	3 (17.6)	14 (82.4)	0.626	0.176-2.229	0.466
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ไม่ถึงเกณฑ์	56 (46.7)	64 (53.3)	1		
ตามเกณฑ์หรือมากกว่า	36 (14.6)	210 (85.4)	0.196	0.118-0.324	<0.001*
โรคประจำตัว					
ปฏิเสธโรคประจำตัว	85 (27.1)	229 (72.9)	1		
มีโรคประจำตัว	7 (13.5)	45 (86.5)	2.386	1.036-5.496	0.036*

* p-value <0.05

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษาสูงสุด และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) โดยเมื่อระดับการศึกษาเพิ่มมากขึ้นจะลดโอกาสที่จะเสพลง 0.196 เท่า และเมื่อมีโรคประจำตัวจะเพิ่มมากขึ้นจะลดโอกาสที่จะเสพ 2.386 เท่า

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ และประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis)

ตาราง 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ และประวัติการใช้ยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ (n=366)

ตัวแปร	เสพ (%)	ไม่เสพ (%)	Odds Ratio	95% CI	p-value
1. การพักอาศัย					
กับบิดา/มารดา	63 (21.6)	229 (78.4)	1		
กับญาติ/อื่นๆ	29 (39.2)	45 (60.8)	2.343	1.360-4.035	0.002*
2. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
≤10,000 บาท	61 (25.2)	181 (74.8)	1		
>10,000 บาท	31 (25.0)	93 (75.0)	0.989	0.600-1.630	0.966

* p-value <0.05

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ด้านการพักอาศัยกับครอบครัว มีความสัมพันธ์กับ ประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) โดยเมื่อมีการพักอาศัยกับญาติหรือบุคคลอื่นๆ จะเพิ่มโอกาสที่จะ เสพ 2.343 เท่า

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอด ช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้สถิติ การ วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis)

ตาราง 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และประวัติการใช้ยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ (n=366)

ตัวแปร	เสพ (%)	ไม่เสพ (%)	Odds Ratio	95% CI	p-value
ด้านการเข้าถึงยาเสพติด					
1. มีแหล่งขายยาในหมู่บ้าน/ชุมชน					
ไม่มี	21 (7.4)	262 (92.6)	1		
มี	71 (85.5)	12 (14.5)	73.817	34.654-157.241	<0.001*
2. ตั้งอยู่ใกล้พื้นที่/แหล่งที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด					
ไม่ใช่	32 (10.9)	262 (89.1)	1		
ใช่	60 (83.3)	12 (16.7)	40.938	19.920-84.130	<0.001*
3. อยู่ใกล้แหล่งผลิตยาเสพติด และ/หรือ มีการค้ายาเสพติด					
ไม่ใช่	39 (12.7)	268 (87.3)	1		
ใช่	53 (89.8)	6 (10.2)	60.701	24.468-150.590	<0.001*
4. ในละแวกบ้านหรือแหล่งที่อยู่มีการใช้ยาเสพติด					
ไม่ใช่	44 (14.5)	259 (85.5)	1		
ใช่	48 (76.2)	15 (23.8)	18.836	9.716-36.518	<0.001*

ตาราง 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และประวัติการใช้ยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรธานี (n=366) (ต่อ)

ตัวแปร	เสพ (%)	ไม่เสพ (%)	Odds Ratio	95% CI	p-value
5. ต้องการกลับเข้าสู่สังคม แต่สังคมไม่ยอมรับ					
ไม่ใช้	10 (3.5)	274 (96.5)	1		
ใช้	82 (100.0)	0 (0.0)	9.200	5.125-16.516	<0.001*
ด้านเพื่อน/บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัว					
1. ครอบครัวยากจนและบิดามารดามีบุตรหลายคน					
ไม่ใช้	59 (21.9)	211 (78.1)	1		
ใช้	33 (34.4)	63 (65.6)	1.873	1.124-3.121	<0.015*
2. พ่อแม่ต้องไปทำงานต่างถิ่น ขาดการดูแลเอาใจใส่					
ใช้	33 (11.6)	251 (88.4)	1		
ไม่ใช้	59 (72.0)	23 (28.0)	0.051	0.028-0.094	<0.001*
3. มีเพื่อน/บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัวเสพยาเสพติด					
ไม่มี	62 (21.3)	229 (78.7)	1		
มี	30 (40.0)	45 (60.0)	2.462	1.434-4.228	<0.001*
4. ถูกบุคคลอื่นชักชวนให้เสพ					
ไม่ใช้	55 (17.2)	265 (82.8)	1		
ใช้	37 (80.4)	9 (19.6)	19.808	9.042-43.393	<0.001*
5. เลียนแบบบุคคลใกล้ชิด					
ไม่ใช้	67 (21.5)	245 (78.5)	1		
ใช้	25 (46.3)	29 (53.7)	3.152	1.731-5.740	<0.001*

* p-value <0.05

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ด้านการเข้าถึงยาเสพติด และด้านเพื่อน/บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัว ในทุกหัวข้อมีความสัมพันธ์กับประวัติการใช้ยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า

ด้านการเข้าถึงยาเสพติด ได้แก่ การมีแหล่งอบายมุขในชุมชนจะเพิ่มโอกาสในการเสพ 73.817 เท่า, ที่พักอาศัยตั้งอยู่ใกล้แหล่งที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดจะเพิ่มโอกาสในการเสพ 40.938 เท่า, อยู่ใกล้แหล่งผลิตหรือมีการค้ายาเสพติดจะเพิ่มโอกาสในการเสพ 60.701 เท่า, ในละแวกแหล่งที่อยู่มีการใช้ยาเสพติดจะเพิ่มโอกาสในการเสพ 18.836 เท่า, เมื่อผู้เสพต้องการกลับเข้าสู่สังคม แต่สังคมไม่ยอมรับ จะเพิ่มโอกาสในการเสพ 9.200 เท่า

ด้านเพื่อน/บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวที่ยากจนและบิดามารดามีบุตรหลายคนจะเพิ่มโอกาสในการเสพ 1.873 เท่า, พ่อแม่ไม่ต้องไปทำงานต่างถิ่น ไม่ขาดการดูแลเอาใจใส่จะลดโอกาสในการเสพลง 0.051 เท่า, มีเพื่อน/บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัวเสพยาเสพติดจะเพิ่มโอกาสในการเสพ 2.462 เท่า, ถูกบุคคลอื่นชักชวนให้เสพจะเพิ่มโอกาสในการเสพ 19.808 เท่า และบุคคลใกล้ชิดเสพยาเสพติดจะเพิ่มโอกาสในการเสพ 3.152 เท่า

5. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางจิตวิทยา และประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis)

ตาราง 4 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางจิตวิทยา และประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ ของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ (n=366)

ตัวแปร	เสพ (%)	ไม่เสพ (%)	Odds Ratio	95% CI	p-value
ความรู้					
ไม่ผ่านเกณฑ์	52 (38.5)	83 (61.5)	1		
ผ่านเกณฑ์	40 (17.3)	191 (82.7)	0.334	0.206-0.544	<0.001*
ความเครียด : หนีปัญหาต่าง ๆ					
ไม่มี	66 (19.4)	274 (80.6)	1		
มี	26 (100.0)	0 (0.0)	1.394	1.226-1.585	<0.001*
แรงจูงใจทางจิต ด้านความเข้มแข็งทางใจ					
ต่ำกว่าเกณฑ์	28 (71.8)	11 (28.2)	1		
ตามเกณฑ์ปกติ หรือมากกว่า	64 (19.6)	263 (80.4)	0.096	0.045-0.020	<0.001*

* p-value <0.05

จากตาราง 4 พบว่า ความรู้เรื่องสารเสพติด และปัจจัยทางจิตวิทยา ในการประเมินความเครียด ที่ส่งผลให้เกิดการเสพยาเพื่อหนีปัญหาต่างๆ มีความสัมพันธ์กับประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) โดยเมื่อความรู้เพิ่มมากขึ้นจะลดโอกาสที่จะเสพยาเสพติดลง 0.334 เท่า และเมื่อเกิดความเครียดที่ส่งผลให้เกิดการเสพยาเพื่อหนีปัญหาต่างๆ จะเพิ่มโอกาสที่จะเสพยาเสพติด 1.394 เท่า และในการประเมินความเข้มแข็งทางใจจะลดโอกาสในการเสพยาเสพติดลง 0.096 เท่า เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า เมื่อมีความทนทานทางอารมณ์จะลดโอกาสในการเสพยาเสพติดลง 0.295 เท่า เมื่อมีกำลังใจจะลดโอกาสในการเสพยาเสพติดลง 0.197 เท่า และเมื่อมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาจะลดโอกาสในการเสพยาเสพติดลง 0.106 เท่า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากประชากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่

สรุปแนวทางในการดูแลทหารใหม่กลุ่มที่มีประวัติเสพยาเสพติด และกลุ่มที่มีผลการตรวจปัสสาวะ แรก รับพบยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ที่ได้จากการปรึกษาหารือร่วมกับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่) ควรมีการดูแลที่มุ่งเน้นด้านการเฝ้าระวังโดยการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด การเฝ้าระวังเมื่อมีอาการขาดยาระหว่างรับการฝึก และการจัดการอบรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด รวมถึงการจัดผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านยาเสพติดมาให้คำแนะนำ คำปรึกษา และกำกับการดูแล ดังคำกล่าวของผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่) ที่กล่าวไว้ดังนี้

“ทหารใหม่ในกลุ่มที่เสพยาเสพติดนี้ เราจำเป็นที่จะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อไม่ให้เกิดการฝึกมีปัญหา การแยกกลุ่มเพื่อสังเกตและประเมินอาการ จึงมีความสำคัญ เพราะจะทำให้เราดูแลได้ง่ายขึ้น และผมก็จะปรับตารางการฝึกคนกลุ่มนี้ให้ไม่หนักจนเกินไปครับ”

“อยากให้วิทยากร หรือผู้เชี่ยวชาญ ด้านยาเสพติด มาให้คำแนะนำ และช่วยหน่วยดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงเข้าไปแนะนำพูดคุยให้คำปรึกษากับทหารใหม่”

“การจัดการอบรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด” “อยากให้ผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้เสพยา มาช่วยกำกับดูแลทหารใหม่กลุ่มนี้”

“ควรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด” “อยากให้ดูแลอย่างใกล้ชิด ตรวจยาเสพติดทุกเดือน เพื่อ ดูแลไม่ให้ผู้เสพยาตัวตาย”

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ในช่วงก่อนเข้ามาเป็น ทหารของทหารกองประจำการ จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยมีประเด็นการอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า)

1.1 ในช่วงก่อนเข้ามาเป็นทหารใหม่ของทหารกองประจำการ ผลัดที่ 2/66 จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประวัติการ เสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ร้อยละ 25.14 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเสพยาเสพติดจากกรมแพทยทหารบก 5 ปี ย้อนหลัง (2561-2565) ของทหารใหม่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.ค่ายพิชัยดาบหัก ที่พบประวัติการเสพยาเสพติด ร้อยละ 21.48 แต่สูงกว่าสถิติประวัติการเสพยาเสพติดก่อนเข้ามาเป็นทหารใหม่ ของทหารกองประจำการ สังกัด กองทัพภาคที่ 3 ในปี 2565 ที่พบประวัติการเสพยาเสพติด ร้อยละ 11.99 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วุทธิพัฒน์ ปรัชญ์ฐานกรณ์ (2565) ที่พบว่า ทหารใหม่ ผลัดที่ 2/64 ตรวจพบยาเสพติดการฝึกทหารใหม่ ร้อยละ 22.13 แตกต่างกับงานวิจัยของ สุพัต หีบโอสถ (2565) ที่พบว่า ในปี 2560 - 2562 มีอัตราการตรวจพบยาเสพติด ในทหารกองประจำการ เฉลี่ย 3 ปี อยู่ที่ร้อยละ 7.32 และ ในทหารกองประจำการ ผลัด 2/64 ตรวจพบยาเสพติด ร้อยละ 5.6 และงานวิจัยของ สานิตย์ สีนากสุก (2567) ที่พบว่า สถิติการตรวจพบยาเสพติดของทหารกอง ประจำการก่อนเข้ารับการฝึกทหารใหม่ ณ หน่วยฝึกฯ ตรวจพบยาเสพติด ร้อยละ 13.51

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ได้แก่ ระดับ การศึกษาสูงสุด และโรคประจำตัว ที่พบว่าเมื่อระดับการศึกษาเพิ่มมากขึ้นจะลดโอกาสที่จะเสพยาเสพติดลง และ เมื่อมีโรคประจำตัวจะเพิ่มโอกาสที่จะเสพยาเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประกายเพชร แก้วอินทร์ และ ภูซังค์ เสนานุช (2561) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดมากกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูง ด้านโรคประจำตัว พบว่าเมื่อมีโรคประจำตัวจะเพิ่มมากขึ้นจะเพิ่มโอกาสที่จะเสพยาเสพติด งานวิจัยของ วสันต์ วุฒิวิโรดม และ พัลลยม สีนหัง (2562) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของทหารกอง ประจำการก่อนเข้ารับราชการ มีเหตุผลทางด้านร่างกาย คือ ต้องการให้ร่างกายผ่อนคลาย และระงับความเจ็บปวด งานวิจัยของ วุทธิพัฒน์ ปรัชญ์ฐานกรณ์ (2565) ที่กล่าวว่า กลุ่มทหารกองประจำการ ที่ติดยาเสพติด จะมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่น มีความอยากรู้อยากลอง ไม่ได้เรียน หนังสือ และงานวิจัยของ สุพัต หีบโอสถ (2565) ที่กล่าวว่า ปัญหาการใช้ยาเสพติดของทหารกองประจำการ กองทัพภาคที่ 3 มีความซับซ้อน และมีความเชื่อมโยงกับปัญหาอื่น ๆ ด้วย โดยเชื่อว่าการเสพยาเสพติดจะช่วย ทำให้ ร่างกายผ่อนคลาย และระงับความเจ็บปวดได้

1.3 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ด้านการพักอาศัยกับครอบครัว มีความสัมพันธ์กับประวัติการ เสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) กล่าวคือ เมื่อมีการพักอาศัยกับญาติหรือบุคคลอื่นๆ จะเพิ่มโอกาส ที่จะเสพยาเสพติด แตกต่างกับงานวิจัยของ ประกายเพชร แก้วอินทร์ และ ภูซังค์ เสนานุช (2561) ที่ค้นพบว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมการเสพยาเสพติด จะอาศัยอยู่บ้านของพ่อแม่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วสันต์ วุฒิวิโรดม

และ พัลยมน สีนห้ง (2562), งานวิจัยของ มีชัย ไทรงาม (2564) และ งานวิจัยของ ชูพงษ์ สายอุบล (2563) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของทหารใหม่ เกิดมาจากหลากหลายสาเหตุ ทั้งด้านปัญหาคบครัว ครอบครัวแตกแยกหรือไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และงานวิจัยของ วุทธิพัฒน์ ปรัชญฐาภรณ์ (2565) ที่กล่าวว่า ทหารใหม่ ผลัดที่ 2/64 มัดขาดความรักความเอาใจใส่จากครอบครัว

1.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ด้านการเข้าถึงยาเสพติด และด้านเพื่อน/บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัว ในทุกหัวข้อมีความสัมพันธ์กับประวัติการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า)

1.4.1 ด้านการเข้าถึงยาเสพติด : เมื่อมีแหล่งอบายมุขในหมู่บ้าน/ชุมชน, พักอาศัยตั้งอยู่ใกล้ แหล่งที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด, อยู่ใกล้แหล่งผลิตยาเสพติดหรือมีการค้ายาเสพติด, ในละแวกบ้านหรือแหล่งที่อยู่มีการเสพยาเสพติดอย่างแพร่หลาย และเมื่อผู้เสพยาต้องการกลับเข้าสู่สังคม แต่สังคมไม่ยอมรับ จะเพิ่มโอกาสในการเสพยาเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ ปัญญา (2560) ที่กล่าวว่า การคบเพื่อนและการมีสิ่งแวดล้อมในสภาพแวดล้อมสังคมที่ผู้รับการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชนที่เป็นแหล่งจำหน่ายยาเสพติด และในชุมชนมีแหล่งอบายมุขแหล่งสถานบันเทิงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติด งานวิจัยของ นุชสา อินทจักร และ สมเดช พินิจสุนทร (2560) ที่กล่าวว่า เพื่อนเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลสนับสนุนให้มีการเสพยาเสพติด เมื่ออยู่กับกลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติดจะเสพตาม เพื่อให้ได้รับการยอมรับ การเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ระยะทางไม่ไกลจากที่พักและใช้เวลาไม่มากในการได้ยามาเสพ งานวิจัยของ วสันต์ วุฒิวิโรดม และ พัลยมน สีนห้ง (2562) ที่กล่าวว่า การที่ผู้เสพจะสามารถควบคุมตัวเองให้ไม่กลับไปเสพยาเสพติดได้นั้น ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลรอบข้าง, การได้รับการอบรมที่ดี และโอกาสในการปรับปรุงพฤติกรรมจากสังคม และงานวิจัยของ มีชัย ไทรงาม (2564) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะเสพยาเสพติดหรือไม่นั้น เกิดจากการพัฒนาตัวบุคคลให้สามารถควบคุมตนเองได้ ทั้งยังต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลรอบข้าง การได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี และโอกาสในการปรับปรุงพฤติกรรมจากสังคม

1.4.2 ด้านเพื่อน/บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัว : กลุ่มครอบครัวที่ยากจนและบิดามารดามีบุตรหลายคน, เพื่อน/บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัวเสพยาเสพติด, การเลียนแบบบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้ได้รับการยอมรับ, ถูกบุคคลอื่นชักชวนให้เสพ จะเพิ่มโอกาสในการเสพยาเสพติด ในขณะเดียวกันถ้าพ่อแม่ไม่ต้องไปทำงานต่างถิ่น รวมถึงดูแลเอาใจใส่ คอยให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาให้ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวก็จะลดโอกาสในการเสพยาเสพติดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ งานวิจัยของ ศิริลักษณ์ ปัญญา (2560) ที่กล่าวว่า ความขัดแย้งของบุคคลในครอบครัวและปัญหาสัมพันธภาพเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสพยาเสพติด งานวิจัยของ สุวพันธุ์ คะโยธยา และ วุทธิพงศ์ รักดีกุล (2561) ที่กล่าวว่า สาเหตุในการเสพยาเสพติดส่วนใหญ่ เกิดจากเพื่อนชวน (34.6%) งานวิจัยของ วสันต์ วุฒิวิโรดม และ พัลยมน สีนห้ง (2562), งานวิจัยของ ชูพงษ์ สายอุบล (2563) และ งานวิจัยของ มีชัย ไทรงาม (2564) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของทหารกองประจำการก่อนเข้ารับราชการ เกิดมาจากหลากหลายสาเหตุ อิทธิพลของสังคม สภาพแวดล้อมรอบตัว แหล่งที่อยู่อาศัยของบุคคล โดยปัจจัย/ความเสี่ยงที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติด คือการได้กลับมาอยู่กับสภาพแวดล้อมเดิม ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ อิทธิพลของเพื่อน อิทธิพลของสื่อ อิทธิพลของคนอื่น และแหล่งที่อยู่อาศัย และงานวิจัยของ สานิตย์ สีนากสุก (2567) ที่กล่าวถึง การตัดสินใจในการเสพยาบ้า ปัจจัยหลักเกิดจากความเชื่อ "ใช้แล้วไม่ติด" สามารถทำงานได้นานมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการเพิ่มความบันเทิง ความสนุกสนานในกลุ่มเพื่อน

1.5 ปัจจัยทางจิตวิทยา พบว่า ความรู้เรื่องยาเสพติด การประเมินความเครียดที่ส่งผลให้เกิดการเสพติดเพื่อหนีปัญหาต่างๆ และแรงจูงใจทางจิต ด้านความเข้มแข็งทางใจ มีความสัมพันธ์กับประวัติการเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) กล่าวคือ เมื่อมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและมีความเข้มแข็งทางใจจะลดโอกาสที่จะเสพติด และเมื่อเกิดความเครียดที่ส่งผลให้เกิดการเสพติดเพื่อหนีปัญหาต่างๆ ก็จะทำให้เพิ่มโอกาสที่จะเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุชสา อินทจักร์ และ สมเดช พินิจสุนทร (2560) ที่กล่าวถึงการมีเรื่องไม่สบายใจเป็นหนึ่งในเหตุผลสำคัญของแรงจูงใจในการเสพติด งานวิจัยของ สุวพันธุ์ คะโยธยา และ วุฒิพงศ์ ภักดีกุล (2561) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันยาเสพติด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ เรื่องยาเสพติดและกฎหมาย งานวิจัยของ วสันต์ วุฒิวิโรตม และ พัลลยมน สิ้นหน่ง (2562) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการเสพติดของทหารใหม่ มีเหตุผลทางด้านอารมณ์ที่ต้องการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อหนีความผิดหวัง แรงกดดัน โดยปัจจัย/ความเสี่ยงที่ทำให้กลับไปเสพติด อาจเกิดจากความเครียดหรือปัญหาอื่น ๆ และงานวิจัยของ มีชัย ไทรงาม (2564) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการเสพติดของทหารกองประจำการก่อนเข้ารับราชการ อาจเกิดจากความเครียดหรือ ปัญหาอื่น ๆ

2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 แนวทางการดูแลทหารกองประจำการที่มีความผิดปกติจากการเสพติด ในระหว่างการฝึกทหารใหม่ สำหรับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยฝึกทหารใหม่ (ครูฝึกทหารใหม่และผู้ช่วยครูฝึกทหารใหม่)

จากการประชุมเชิงวิชาการ พบว่า แนวทางการดูแลทหารกองประจำการที่มีประวัติการเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) คือ มุ่งเน้นด้านการเฝ้าระวังโดยการสังเกตอาการ/ดูแลอย่างใกล้ชิด การเฝ้าระวังเมื่อมีอาการขาดยาระหว่างฝึก กระวนกระวาย พูดคุยไม่รู้เรื่อง ลงแดง นอนไม่หลับ ง่วงซึม และการจัดการอบรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด การจัดผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะมาแนะนำและกำกับดูแลทหารกองประจำการฯ มากที่สุด สอดคล้องกับ งานวิจัยของ วสันต์ วุฒิวิโรตม และ พัลลยมน สิ้นหน่ง (2562) ที่กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันยาเสพติดและการปรับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การสอดส่องดูแลกำลังพล การจัดอบรมเรื่องโทษของยาเสพติด การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันยาเสพติด และการจัดระเบียบสังคมแบบบูรณาการ จะสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ งานวิจัยของ ชูพงษ์ สายอุบล (2563) กล่าวว่า แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด คือ การกำหนดนโยบาย ห้ามมิให้กำลังพล ครอบครองและผู้ที่พักอาศัยภายในกรมทหารราบที่ 29 เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดโดยเด็ดขาด การจัดให้มีการอบรม ดำเนินการระดับปกครองเยี่ยวยาให้ความช่วยเหลือหรือคำปรึกษา งานวิจัยของ มีชัย ไทรงาม (2564) ที่กล่าวว่า การเฝ้าระวังสอดส่องดูแล การดำเนินการระดับปกครองเยี่ยวยา ให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษาแก่กำลังพลจะทำให้เกิดภูมิคุ้มกัน ทศนคติ ค่านิยม และมีพฤติกรรมทางไกลยาเสพติด

การนำผลการวิจัยไปใช้

สำหรับหน่วยฝึกทหารใหม่ : หน่วยฝึกทหารใหม่ที่มีการฝึกทหารกองประจำการที่เข้ามาประจำการใหม่ ควรมีการปรับแนวทางการประเมินทหารใหม่แรกรับและการประเมินรายวัน รวมถึงการดูแลทหารใหม่ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในระหว่างการฝึก ลดการเกิดการสูญเสีย หรือ การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการดูแลทหารใหม่ได้

สำหรับโรงพยาบาลกองทัพบก : ในส่วนของโรงพยาบาลกองทัพบกที่รับผิดชอบในการดูแลหน่วยฝึกทหารใหม่ในความรับผิดชอบ สามารถนำผลการวิจัยนี้มาพิจารณาเพิ่มเติมการดูแล/สนับสนุน หน่วยฝึกทหารใหม่ให้มีความปลอดภัย โดยการจัดผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด ดูแลให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาหน่วย ช่วยหน่วยดูแลทหารกองประจำการที่มีประวัติเสพยาเสพติดอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความคิดเห็นจากครอบครัวของทหารกองประจำการในเพื่อให้ได้คำตอบเชิงลึก ในบางประเด็นโดยเฉพาะปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางด้านจิตวิทยา
2. ควรศึกษาตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดอื่นๆ อาทิ อิทธิพลของสื่อ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดประเภทที่ 1 (ยาบ้า) ในช่วงก่อนเข้ามาเป็นทหารของทหารกองประจำการได้
3. ควรมีการนำแนวทางที่ได้ไปทดลองใช้งาน เช่น การคัดกรอง การสังเกต ประเมินอาการ รวมถึงการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เพื่อศึกษาแนวคิด รูปแบบการปฏิบัติ และปรับแนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องและเฉพาะเจาะจงกับบริบทของทหารกองประจำการมากขึ้น
4. ควรมีการนำปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเสพยาเสพติด มาพัฒนาโปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อจัดการปัจจัยดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2565). *แผนการปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด กรมการปกครอง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <https://multi.dopa.go.th>
- กรมแพทย์ทหารบก. (2566). *โปรแกรมการดูแลสุขภาพทหารใหม่กองทัพบก/กรมแพทย์ทหารบก (AMED Health Protection)*. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <https://rtamed.rta.mi.th>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับ ยาเสพติด*. สืบค้นเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565 จาก http://www.rno.moph.go.th/2bno1/Document/article_20160307165455.pdf
- กลุ่มวิชาการการพยาบาล การกิจด้านการพยาบาล รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น. (2563). *คู่มือการให้บริการ : การดูแลผู้ติดยา สารเสพติด และครอบครัว รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น. รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา).*
- ชูพงษ์ สายอุบล. (2563). *การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกรมทหารราบที่ 29 ตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี*. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล. หลักสูตรหลักประจำ วิทยาลัยการทัพบก.
- นุชสา อินทจักร และ สมเดช พินิจสุนทร. (2560). *มูลเหตุจูงใจในการใช้ยาเสพติดของผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี*. นิพนธ์ต้นฉบับ, 503-523.
- ประกายเพชร แก้วอินทร์ และ ฤกษ์ ศานานุช. (2561). *ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และระดับความรู้ที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุ และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ชนิด 4x100 ของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เขต 8 และ 9*. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 26(2), 205-233.

- พระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ. (2497). พระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497. สืบค้นเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565 จาก http://www.law.moi.go.th/law/group1/group1_law14.pdf
- มีชัย ไทรงาม. (2564). แนวทางการแก้ไขปัญหาคดีอาญาเสพติดพลทหารกองประจำการในพื้นที่กองทัพภาคที่ 4. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล. หลักสูตรหลักประจำ วิทยาลัยการทัพบก.
- วรารณ ประทีปธีรานันต์. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดีอาญาเสพติด ใน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาล*, 68(1), 49-57.
- วสันต์ วุฒิวิโรตม และ พัลลภ สีน้อง. (2562). แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในกรมสนับสนุน กองพลทหารราบที่ 9. *HUSO Journal of Humanities and Social Sciences*, 3(2), 51-72.
- วุฒิชัย พัฒน์ ปรัชญ์ฐานกรณ์. (2565). การแก้ไขปัญหายาเสพติดของทหารกองประจำการ สังกัด กองทัพภาคที่ 3. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล. หลักสูตรหลักประจำ วิทยาลัยการทัพบก.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา. (2560). ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน”*, 161-169.
- ศูนย์การทหารอากาศโยธิน หน่วยบัญชาการอากาศโยธิน. (2564). คำแนะนำการฝึกทหารกองประจำการ(ใหม่). หน่วยบัญชาการอากาศโยธิน.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2566). สถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้าเป็นยาเสพติดหลัก และเสพร่วมกับยาอื่น ๆ ประจำปีงบประมาณ 2561-2565. Retrieved 16 มีนาคม 2566 สืบค้นจาก <http://www.pmnidat.go.th>
- สานิตย์ สีนากสูง. (2567). แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดของทหารกองประจำการ กองทัพภาคที่ 3. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล. หลักสูตรหลักประจำ วิทยาลัยการทัพบก.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2565). แผนปฏิบัติการด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565. กระทรวงยุติธรรม.
- สุพัต หีบโอสถ. (2565). การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในกลุ่มทหารกองประจำการ กองทัพบกที่สอดคล้องกับ ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล. หลักสูตรหลักประจำ วิทยาลัยการทัพบก.
- สุวพันธุ์ คะโยธา และ วุฒิพงศ์ ภักดีกุล. (2561). ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด และปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันยาเสพติดของเยาวชน ในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตเทศบาลนครสกลนคร. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(3), 84-95.

ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี
อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health Literacy Related to Alcohol Drinking Behaviors in the
Responsibility Area of Ban Nong Dee Sub-district Health Promoting Hospital,
Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province

ปริฉัตร พิริยะพิเศษพงศ์¹, พัทรี เปรมปรีดา¹, จักรินทร์ ปริมาณ², บุญเรือง ขาวนวล^{3*}, จุฬาวลัย ชนะสุข¹

Parichat Piriya-pisetsong¹, Patcharee Prempreeda¹, Chakkarin Parimanon^{2*},

Boonruang Khaonuan³, Julawan Chanasuk¹

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง^{3*}

Ban Nong Dee Sub-district Health Promoting Hospital, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province¹

Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute²

Department of Public Health, Faculty of Public Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus³

(Received: October 15, 2024; Revised: October 25, 2024; Accepted: November 28, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง การศึกษาดำเนินการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียงทุกทักษะ แต่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเสี่ยง (ร้อยละ 40.22) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดมากกว่ากลุ่มที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมและพอเพียงถึง 6.27 เท่า และโอกาสของกลุ่มที่มีทักษะการนำไปใช้ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดถึง 4.19 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการนำไปใช้ในระดับดีเยี่ยมและพอเพียง ทั้งนี้ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: boonruang@tsu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 085-8880856)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to analyze health literacy levels, alcohol drinking behaviors, and the relationship between these variables. The study was conducted in the service area of Ban Nong Dee Health Promoting Hospital, Nabon District, Nakhon Si Thammarat province, using a sample of 92 participants obtained through simple random sampling. Data were collected using health literacy assessment forms and alcohol drinking problem assessment forms. Data analysis employed descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results showed that most of the participants had sufficient levels of health literacy in all skills. However, 40.22% of participants exhibited risky alcohol consumption behaviors. The relationship analysis revealed that participants with problematic and insufficient decision-making skills were 6.27 times more likely to engage in hazardous and dependent drinking compared to those with excellent and sufficient skills. Additionally, those with problematic and insufficient application skills were 4.19 times more likely to engage in hazardous and dependent drinking compared to those with excellent and sufficient application skills. Therefore, it is essential to focus on enhancing and developing health literacy for alcohol consumers, as well as integrating cooperation between related sectors to systematically and effectively address alcohol consumption problems.

Keywords : Health Literacy, Alcoholic Beverages, Alcohol Drinking Behavior

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก แม้จะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องก็ตาม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2563 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 3 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization, 2021) การดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่สามารถป้องกันได้สถิติชี้ให้เห็นว่า ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อคนต่อปีของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยคาดการณ์ว่าจะเพิ่มจาก 6.5 ลิตรในปี พ.ศ. 2560 เป็น 7.6 ลิตรภายในปี พ.ศ. 2573 (Manthey, Shield, Rylett, Hasan, Probst & Rehm, 2019) โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น เพศชาย และผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปราะบาง (Ramos-Vera, Serpa Barrientos, Calizaya-Milla, Carvajal Guillen & Saintila, 2022) ทั้งนี้พบว่าผลกระทบต่อสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์มีความหลากหลาย และรุนแรง นอกเหนือจากการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและโรคมะเร็ง รวมถึงยังมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนและปัญหาความรุนแรงในสังคม (Rehm et al., 2020) การเพิ่มขึ้นของการดื่มอย่างหนัก (Binge Drinking) และการดื่มในวัยรุ่น

ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่ากังวล เนื่องจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในวัยเด็กและวัยรุ่นมีผลกระทบที่ยาวนานต่อการพัฒนาการทางสมองและพฤติกรรมทางสุขภาพ (Charrier et al., 2022)

สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย หลังปี พ.ศ. 2563 ยังคงเป็นปัญหาสำคัญต่อสังคมและสุขภาพของคนไทย แม้ว่าจะมีการรณรงค์ให้มีการเลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระ แต่ยังคงพบว่าประชาชนไทย มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 7.1 ลิตรต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกถึง 9 เท่า (ThaiHealth a, 2022) นอกจากนี้ ประเทศไทยติดอันดับที่ 5 ของโลกในการบริโภคสุราหลักัน ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจรและปัญหาสุขภาพในระดับประเทศ (ThaiHealth b, 2022; Centre for Alcohol Studies, 2023) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากกว่า 2.6 ล้านคน แต่การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงง่ายขึ้น เนื่องจากจำนวนร้านค้าที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นกว่า 120,000 ร้าน ทำให้ความพยายามในการลดปริมาณการบริโภคเป็นเรื่องที่ทำทนายมากยิ่งขึ้น (Centre for Alcohol Studies, 2023) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงมีความสำคัญต่อการเข้าถึงถึงความเสี่ยงและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมักจะมีการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่ปลอดภัยมากขึ้น (Okan, Rowlands, Sykes & Wills, 2020)

ในปัจจุบันหลายประเทศยังขาดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการควบคุมพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้การศึกษาจะชี้ให้เห็นว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับแอลกอฮอล์นั้นมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงจากการดื่ม เช่น การวิจัยที่ศึกษาในเยาวชนไทยพบว่าการขาดความรู้ด้านการใช้สารเสพติด (Health Literacy in Substance Use: HLSU) เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ (Yangyuen, Mahaweerawat, Thitisutthi & Mahaweerawat, 2021) รวมถึงพบว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มแรงงานที่มักเผชิญกับความเครียดและสภาวะแวดล้อมที่ทำให้เกิดการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น การวิจัยในปี 2021 ชี้ให้เห็นว่าการสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพสามารถลดพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มแรงงาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการเข้าถึงข้อมูลและการสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ (Boonchuaythanasit, Ponrachom, & Cardinal, 2021) จากการสำรวจในช่วงปี พ.ศ. 2563 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยยังมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ชนบท งานวิจัยพบว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักมีการเข้าถึงข้อมูลที่จำกัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการขาดความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อยและระดับการศึกษาต่ำ (Khampang, Kloyiam & Butchon, 2020) สำหรับในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากยังพบอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.82 ทั้งนี้ประเด็นการดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดยังเป็นปัญหาที่ถูกนำมาใช้ใน

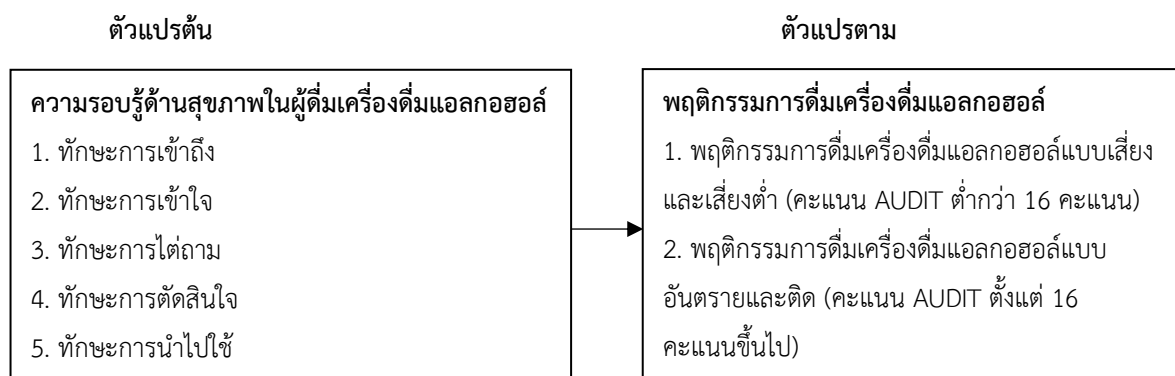
การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อนำผลของการวิจัยไปใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล รวมถึงสะท้อนข้อมูลเพื่อก่อให้เกิดนโยบายสาธารณะในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (K shape) (Kaeodumkoeng, 2024) จำนวน 5 ทักษะ ดังนี้ (1) ทักษะการเข้าถึง (2) ทักษะการเข้าใจ (3) ทักษะการไต่ถาม (4) ทักษะการตัดสินใจ และ (5) ทักษะการนำไปใช้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ (Krejcie, R.V. & Morgan, D.W., 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกคนมีโอกาสจะถูกเลือกเท่า ๆ กัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มี 2 ชนิดดังนี้

1) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 5 ทักษะ โดยในแต่ละทักษะจำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ทำ (0 คะแนน) ทำได้ยากมาก (1 คะแนน) ทำได้ยาก (2 คะแนน) ทำได้ง่าย (3 คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (4 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมในแต่ละทักษะ 16 คะแนน (Kaeodumkoeng, 2024) จำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีเยี่ยม (ช่วงคะแนน 90.00-100.00%) ระดับพอเพียง (ช่วงคะแนน 75.00-89.90%) ระดับมีปัญหา (ช่วงคะแนน 60.00-74.90%) และระดับไม่พอเพียง (ช่วงคะแนน ต่ำกว่า 60.00%)

2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรต ศิลปกิจ และพันธมิตร กิตติรัตน์ไพบุลย์ (Silpakit & Kittirattanapaiboon, 2009) แบ่งระดับการดื่มเป็น 4 ระดับ ดังนี้ การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (0-7 คะแนน) การดื่มแบบเสี่ยง (8-15 คะแนน) การดื่มแบบอันตราย (16-19 คะแนน) และการดื่มแบบติด (20 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (Kaeodumkoeng, 2024) ซึ่งมีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือทั้งคู่ ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามแบบตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รายข้อ พบว่ามีความสอดคล้องตามนิยามและวัตถุประสงค์ของ

การใช้ในกลุ่มเป้าหมาย มีค่า IOC เท่ากับ 0.81 โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาปรับปรุงประเด็นการประเมินตามองค์ประกอบและมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงข้อความให้สั้นและกระชับ และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยขออนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
- 2) ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย
- 3) ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการตอบแบบประเมิน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
- 4) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที
- 5) เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนจะไม่นำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป และระดับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/287 วันที่รับรอง 30 กันยายน 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเริ่มดำเนินการภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.13 อายุเฉลี่ย 47.25 ปี (SD=10.33) และพบว่าช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 51-60 ปี (ร้อยละ 32.61) สำหรับระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.22) ทั้งนี้ร้อยละ 75.00 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ในส่วนของช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 45.65) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=92)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	33	35.87
หญิง	59	64.13
2. อายุ		
20-30 ปี	4	4.35
31-40 ปี	21	22.83
41-50 ปี	26	28.26
51-60 ปี	30	32.61
60 ปีขึ้นไป	11	11.95
Mean ± S.D. (Min : Max)	47.25 ± 10.33 (25 : 65)	
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	13	14.13
ประถมศึกษา	23	25.00
มัธยมศึกษา	37	40.22
ปริญญาตรี	19	20.65
4. สถานะสุขภาพ/โรคประจำตัว		
ไม่มี	69	75.00
โรคเบาหวาน	6	6.52
โรคความดันโลหิตสูง	8	8.70
โรคไขมันในหลอดเลือด	6	6.52
อื่นๆ	3	3.26
5. ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
เว็บไซต์ของหน่วยงาน	10	10.87
สื่ออิเล็กทรอนิกส์	32	34.78
บุคลากรสาธารณสุข	42	45.65
เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่	6	6.52
สื่อวีดิทัศน์	2	2.18

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ทักษะการเข้าถึง อยู่ในระดับพอเพียง (ร้อยละ 52.17) รองลงมาอยู่ในระดับไม่พอเพียง (ร้อยละ 31.52) สำหรับทักษะการเข้าใจ อยู่ในระดับพอเพียง (ร้อยละ 42.39) รองลงมาอยู่ในระดับไม่พอเพียง (ร้อยละ 23.91) ทักษะการไต่ถาม อยู่ในระดับพอเพียง (ร้อยละ 46.74) รองลงมาอยู่ในระดับไม่พอเพียง (ร้อยละ 44.57) ในส่วนของทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับพอเพียง (ร้อยละ 44.57) รองลงมาอยู่ในระดับไม่พอเพียง (ร้อยละ 32.61) และทักษะการนำไปใช้ อยู่ในระดับพอเพียง (ร้อยละ 48.91) รองลงมาอยู่ในระดับไม่พอเพียง (ร้อยละ 35.87) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=92)

ทักษะ ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ			
	ดีเยี่ยม	พอเพียง	มีปัญหา	ไม่พอเพียง
1. ทักษะการเข้าถึง	10(10.87)	48(52.17)	5(5.43)	29(31.52)
2. ทักษะการเข้าใจ	16(17.39)	39(42.39)	15(16.30)	22(23.91)
3. ทักษะการไต่ถาม	3(3.26)	43(46.74)	5(5.43)	41(44.57)
4. ทักษะการตัดสินใจ	10(10.87)	41(44.57)	11(11.96)	30(32.61)
5. ทักษะการนำไปใช้	9(9.78)	45(48.91)	5(5.43)	33(35.87)

3. ระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (ร้อยละ 40.22) รองลงมาเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (ร้อยละ 28.26) ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 25.00) และเป็นผู้ดื่มแบบติด (ร้อยละ 6.52) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=92)

ระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (คะแนน AUDIT 0-7 คะแนน)	23	25.00
2. ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (คะแนน AUDIT 8-15 คะแนน)	37	40.22
3. ผู้ดื่มแบบอันตราย (คะแนน AUDIT 16-19 คะแนน)	26	28.26
4. ผู้ดื่มแบบติด (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน)	6	6.52

4. ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติด ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดมากกว่ากลุ่มที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมและพอเพียงถึง 5.47 เท่า (OR=5.47, 95%CI: 2.15-13.92) และโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการเข้าใจในระดับมีปัญหาและ

ไม่พอเพียงจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดถึง 8.39 เท่า (OR=8.39, 95%CI: 3.17-22.27) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการเข้าใจในระดับดีเยี่ยมและพอเพียง สำหรับทักษะการไต่ถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะอยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดมากกว่ากลุ่มที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมและพอเพียงถึง 6.63 เท่า (OR=6.63, 95%CI: 2.46-17.88) ในส่วนของทักษะการตัดสินใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะอยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดมากกว่ากลุ่มที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมและพอเพียงถึง 13.00 เท่า (OR=13.00, 95%CI: 4.49-37.63) และโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการนำไปใช้ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดถึง 9.86 เท่า (OR=9.86, 95%CI: 3.63-26.77) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการนำไปใช้ในระดับดีเยี่ยมและพอเพียง ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 การวิเคราะห์ตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติด

	ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
ทักษะการเข้าถึง	ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง	Ref.		<0.001
	ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง	5.47	2.15-13.92	
ทักษะการเข้าใจ	ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง	Ref.		<0.001
	ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง	8.39	3.17-22.27	
ทักษะการไต่ถาม	ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง	Ref.		<0.001
	ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง	6.63	2.46-17.88	
ทักษะการตัดสินใจ	ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง	Ref.		<0.001
	ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง	13.00	4.49-37.63	
ทักษะการนำไปใช้	ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง	Ref.		<0.001
	ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง	9.86	3.63-26.77	

5. การวิเคราะห์พหุตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดมากกว่ากลุ่มที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมและพอเพียงถึง 6.27 เท่า (OR=6.27, 95%CI: 1.85-21.34) และโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการนำไปใช้ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดถึง 4.19 เท่า (OR=8.39, 95%CI: 1.31-13.46) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการนำไปใช้ในระดับดีเยี่ยมและพอเพียง ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 การวิเคราะห์พหุตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัย	OR Crude	OR Adjust	95%CI	p-value
ทักษะการเข้าถึง				
ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง	Ref.	Ref.		0.611
ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง	5.47	1.37	0.41-4.57	
ทักษะการตัดสินใจ				
ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง	Ref.	Ref.		0.003
ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง	13.00	6.27	1.85-21.34	
ทักษะการนำไปใช้				
ระดับดีเยี่ยมและพอเพียง	Ref.	Ref.		0.016
ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียง	9.86	4.19	1.31-13.46	

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ในแต่ละทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียงในทุกทักษะ (ร้อยละ 52.17 42.39 46.74 44.57 และ 48.91 ตามลำดับ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล แต่การนำไปประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่สูงพอ โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (Chumkesornkulkit, Chaiyaporn, Boonkla & Ponrachom, 2021) พบว่า ทักษะการสร้างความเข้าใจ และทักษะไต่ถาม ในประชากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.81 และ 57.15 ตามลำดับ) รวมถึงการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย เขตสุขภาพที่ 10 (Sennayai, Tanatamasatit, Sangwong & Karanon, 2022) พบว่า ประชากรกลุ่มอายุ 46-59 ปี มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 33.91)

ระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (ร้อยละ 40.22) รองลงมาเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (ร้อยละ 28.26) ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 25.00) และเป็นผู้ดื่มแบบติด (ร้อยละ 6.52) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่มีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม (Chumnanborirak, 2022) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความถี่ในการดื่มส่วนใหญ่ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 29.70) รวมถึงการศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Srinor, Skulphan &

Sethabouppha, 2022) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 57.30) รองลงมาเป็นการดื่มแบบเสี่ยง (ร้อยละ 21.80) สำหรับการดื่มแบบติดมีเพียงร้อยละ 14.50

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดมากกว่ากลุ่มที่มีทักษะในระดับดีเยี่ยมและพอเพียงถึง 6.27 เท่า (OR=6.27, 95%CI: 1.85-21.34) และโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการนำไปใช้ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและติดถึง 4.19 เท่า (OR=4.19, 95%CI: 1.31-13.46) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการนำไปใช้ในระดับดีเยี่ยมและพอเพียง ผลนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของทักษะการตัดสินใจและการนำไปใช้ในความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลโดยตรงต่อการควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมักมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สูงขึ้น (Rolova, Gavurova. & Petruzelka, 2021) รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Yangyuen, Mahaweerawat, Thitisutthi, & Mahaweerawat, 2021) พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี รวมถึงการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Okan, Rowlands, Sykes & Wills, 2020) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษานี้ยังยืนยันถึงบทบาทสำคัญของการให้ความรู้และการพัฒนาทักษะการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจที่เหมาะสมต่อสุขภาพ การที่ผู้ที่มีทักษะการตัดสินใจและการนำไปใช้ที่ดีสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อันตรายได้อย่างชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการเสริมสร้างและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะสองประการ คือ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการนำไปใช้ ใช้กระบวนการพัฒนาทักษะรายบุคคลโดยบุคลากรสาธารณสุข
2. การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วน สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงรุกระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายขอบเขตการศึกษา ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลากหลายพื้นที่และชุมชน เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลในวงกว้าง อันจะนำไปสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบริบทที่แตกต่างกัน
2. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรศึกษาแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มในระดับชุมชน ทั้งนี้ ควรวิเคราะห์และจัดการปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Boonchuaythanasit, K., Ponrachom, C., & Cardinal, B. (2021). Alcohol Consumption Behavior among Undergraduate Students in Thailand: Development of a New Causal Relationship Model. *Global Journal of Health Science*, 13, 29.
- Centre for Alcohol Studies. (2023). Report on the situation of alcohol consumption in Thai society for the year 2021. Retrieved September 25, 2024 from <https://www.cas.or.th>. (in Thai)
- Charrier, L., Bersia, M., Vieno, A., Comoretto, R., Stelemekas, M., Nardone, P., ... & Berchialla, P. (2022). Forecasting frequent alcohol use among adolescents in HBSC countries: A Bayesian framework for making predictions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2737.
- Chumnanborirak, P. (2022). Factors Associated with Alcohol Consumption among People in Community of Dong Bang Sub district, Na Dun District, Maha Sarakham Province, *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(2), 711-722. (in Thai)
- Chumkesornkulkit, P., Chaiyaporn, N., Boonkla, S. & Ponrachom, C. (2021). Health literacy and disease and prevention behaviors of Thai people. *Journal of Health Science Research*, 15(3), 25-36. (in Thai)
- Kaeodumkoeng, K. (2024). *Health Literacy (Processes Practices Evaluation Tool)*. (2nd ed.). Bangkok: Ideol Digital Print. (in Thai)
- Khampang, R., Kloyiam, S., & Butchon, R. (2020). Factors Associated with Health Literacy Competencies: Analysis of Thai Health Literacy Survey 2019.
- Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

- Manthey, J., Shield, K., Rylett, M., Hasan, O. M., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: A modelling study. *The Lancet*, 393(10190), 2493-2502.
- Okan, O., Rowlands, G., Sykes, S., & Wills, J. (2020). Shaping Alcohol Health Literacy: A Systematic Concept Analysis and Review. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 4, e3 - e20.
- Ramos-Vera, C., Serpa Barrientos, A., Calizaya-Milla, Y. E., Carvajal Guillen, C., & Saintila, J. (2022). Consumption of alcoholic beverages associated with physical health status in adults: Secondary analysis of the Health Information National Trends Survey Data. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 21501319211066205.
- Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., Jernigan, D., Monteiro, M., Parry, C. D., ... & Manthey, J. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*, 39(4), 301-304.
- Rolova, G., Gavurova, B., & Petruzelka, B. (2021). Health Literacy, Self-Perceived Health, and Substance Use Behavior among Young People with Alcohol and Substance Use Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8437).
- Sennayai, S., Tanatamasatit, S., Sangwong, M. & Karanon, S. (2022). Factors associated with health literacy among Thai people aged 15 and above in the 10th health region. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University*, 5(1), 62-72. (in Thai)
- Silpakit, P. & Kittirattanapaiboon, P. (2009). AUDIT The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care. (2nd ed.). Chiang Mai: Trantawan Paper. (in Thai)
- Srinor, P., Skulphan, S. & Sethabouppha, S. (2022). Alcohol Drinking Patterns and Suicidal Risks of Clients Receiving Services at Mental Health and Psychiatric Clinics, *Nursing Journal CMU*, 49(4), 316-329. (in Thai)
- ThaiHealth a. (2022). Thai people drink alcohol 9 times higher than the world average. Retrieved September 25, 2024 from <https://www.thaihealth.or.th>. (in Thai)
- ThaiHealth b. (2022). Latest survey results! It was found that Thai people drink an average of 7.1 liters of pure alcohol/person/year. Retrieved September 25, 2024 from <https://www.thaihealth.or.th>. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). Alcohol consumption and harmful use. Global Health Estimates. Retrieved September 25, 2024 from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/alcohol-consumption>

Yangyuen, S., Mahaweerawat, C., Thitisutthi, S., & Mahaweerawat, U. (2021). Relationship between health literacy in substance use and alcohol consumption and tobacco use among adolescents, Northeast Thailand. *Journal of Education and Health Promotion*, 10.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดลำปาง

Factors Associated with Smoking Behavior among Buddhist Monks in Lampang Province

กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา¹, สยามภู ใสหา^{1,2}, ชัยวัฒน์ เฟดิมรอด^{1,*}

Kritsanapong Duangsupa¹, Sayambhu Saita^{1,2}, Chaiwat Phadermrod^{1,*}

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

²หน่วยวิจัยด้านสุขภาพหนึ่งเดียวและสุขภาพนิเวศแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹Faculty of Public Health, Thammasat University, Lampang Center

²Thammasat University Research Unit in One Health and Ecohealth

(Received: October 25, 2024; Revised: October 31, 2024; Accepted: November 30, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ที่จำพรรษาในจังหวัดลำปางตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากพระภิกษุสงฆ์ 328 รูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ logistic regression ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ย 48.4 ปี ระยะเวลาบวช 18.6 พรรษา สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 21.3 ส่วนใหญ่จบนักธรรมชั้นเอกและเป็นพระลูกวัด พบความชุกของการสูบบุหรี่ร้อยละ 44.8 (147 รูป) โดยมีการติดสารนิโคตินระดับสูงร้อยละ 14.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดลำปาง ได้แก่ พระภิกษุที่บวชมา 20-30 พรรษา (AOR = 4.86, 95% CI= 1.56-15.10) การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะผู้ที่จบมัธยมศึกษาตอนต้น (AOR = 26.50, 95% CI= 3.62-193.73) มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ระดับปานกลาง (AOR = 6.02, 95% CI= 2.92-12.38) การรับรู้ธรรมนุญสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติระดับปานกลาง (AOR = 3.44, 95% CI= 1.32-8.99) และได้รับปัจจัยเสริมระดับปานกลาง (AOR = 7.36, 95% CI= 2.74-19.75) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยป้องกันของการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ ได้แก่ ตำแหน่งทางพระสงฆ์การตั้งแตระดับเจ้าคณะตำบลขึ้นไป (AOR = 0.07, 95% CI: 0.01-0.76) และการรับรู้กฎหมายควบคุมบริโภคยาสูบระดับปานกลาง (AOR = 0.13, 95% CI: 0.05-0.36) ดังนั้นควรบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข คณะสงฆ์ และชุมชนในการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่และปรับเปลี่ยนทัศนคติ พัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์

คำสำคัญ : พฤติกรรม, การสูบบุหรี่, พระภิกษุสงฆ์, ปัจจัย, ลำปาง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chaiwat.p@fph.tu.ac.th โทร.089-0490031)

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine the prevalence and factors associated with smoking behavior among Buddhist monks who had been ordained for at least 1 year in Lampang province. Data were collected using questionnaires from 328 monks and analyzed by descriptive statistics and logistic regression. The results revealed that the average age of respondents was 48.4 years, with the average ordination duration was 18.6 years. Of the respondents, 21.3% had completed primary education, while the majority had completed higher monastic education and were serving as resident monks. The prevalence of smoking was 44.8% (147 monks), with 14.3% of monks exhibiting high nicotine dependence. Factors significantly associated with smoking behavior included ordination duration of 20-30 years (AOR = 4.86, 95% CI = 1.56-15.10), lower educational attainment, particularly lower secondary education (AOR = 26.50, 95% CI = 3.62-193.73), moderate attitude towards smoking (AOR = 6.02, 95% CI = 2.92-12.38), moderate awareness of the National Health Charter for Monks (AOR = 3.44, 95% CI = 1.32-8.99), and moderate external support (AOR = 7.36, 95% CI = 2.74-19.75). However, protective factors against smoking included holding a clerical position at the sub-district level or higher (AOR = 0.07, 95% CI = 0.01-0.76) and moderate awareness of tobacco control laws (AOR = 0.13, 95% CI = 0.05-0.36). Therefore, collaboration among public health agencies, the monastic community, and local organizations is essential to promote smoking reduction through education about smoking hazards and attitude modification. Additionally, health promotion and smoking prevention measures should be developed to suit the specific context of Buddhist monks.

Keywords : Behavior, Smoking, Buddhist monks, Factors, Lampang

บทนำ

บุหรี่เป็นสารเสพติดที่มีส่วนประกอบของนิโคตินที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตในประเทศที่กำลังพัฒนาปีละ 7 ล้านคน (Chotbenjamaporn, Pitayarangsarit, & RM, 2016) สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2560 (Pittayarangsarit, & Pankrachang, 2022) การเจ็บป่วยและการตายของคนไทยส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งชนิดอื่น ๆ โรคหัวใจและหลอดเลือด และถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ถึงแม้จะมีการณรงค์ให้ทราบถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่และมีมาตรการป้องกันต่างๆ แต่ยังมีผู้สูบบุหรี่ต่อเนื่องและไม่สามารถเลิกสูบได้ โดยพฤติกรรมกรรมการเสพติดบุหรี่จัดเป็นโรคชนิดหนึ่งที่เรียกว่า “โรคติดบุหรี่” (Tobacco Dependence) ปัจจุบันทั่วโลกได้ให้ความสำคัญตระหนักและได้ยกให้บุหรี่เป็นประเด็นที่ต้องเร่งดำเนินการควบคุม เร่งพัฒนาทรัพยากรบุคคลและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้านการควบคุมยาสูบให้มีความรู้ในการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมในหลายระดับ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมยาสูบของประเทศไทยและลดการแพร่ระบาดของยาสูบในผู้ใหญ่ภายในปี 2030 (World Health Organization, 2022)

ในประเทศไทย บุหรี่ถูกมองว่าเป็นสัญลักษณ์ทางสังคมที่สำคัญ ซึ่งเชื่อมโยงกับอำนาจในพิธีกรรม ความเคารพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และพุทธศาสนา โดยบุหรี่ยังปรากฏในพิธีกรรมต่าง ๆ รวมถึงการถวายของแด่พระภิกษุสงฆ์ (Yangthisan, Joosing, Roopmodee, & Phetphum, 2020) ประเทศไทยมีประชากรที่นับถือพระพุทธศาสนาประมาณร้อยละ 95 และพระภิกษุสงฆ์ถือเป็นบุคคลที่ได้รับความเคารพนับถืออย่างสูงในสังคมไทย ทั้งในฐานะผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำการพัฒนาชุมชน และแบบอย่างในการประพฤติปฏิบัติที่ดี (Phra Palat Tasanaphon, & Khemjaro, 2022) แต่ตามธรรมนูญพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติ ปี 2560 ระบุว่า การสูบบุหรี่ถูกเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา และถือเป็นความประมาท ดังนั้น การสูบบุหรี่จึงถือว่าไม่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ เพราะขัดกับบทบาทของท่านที่ควรเป็นตัวอย่างในด้านการดำรงชีวิตอย่างมีสติและคุณธรรม และนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพ (Phra Ratchawaramun, Phra Mongkolwachirakorn, Phra Mongkolthammawithan, Phutthasri W., 2018) จากสถานการณ์อาพาธของพระภิกษุสงฆ์ในส่วนของโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีพระภิกษุสงฆ์ที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 71,000 รูป และจากรายงานในปี พ.ศ. 2553 โรคที่พบมากในพระภิกษุสงฆ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคต่อกระเจก กระเพาะปัสสาวะอักเสบ โรคกระเพาะอาหาร โรคหลอดเลือดหัวใจ (Jirapakpong, Suwannapa, Mongkongpipatphon, & Attawong., 2019)

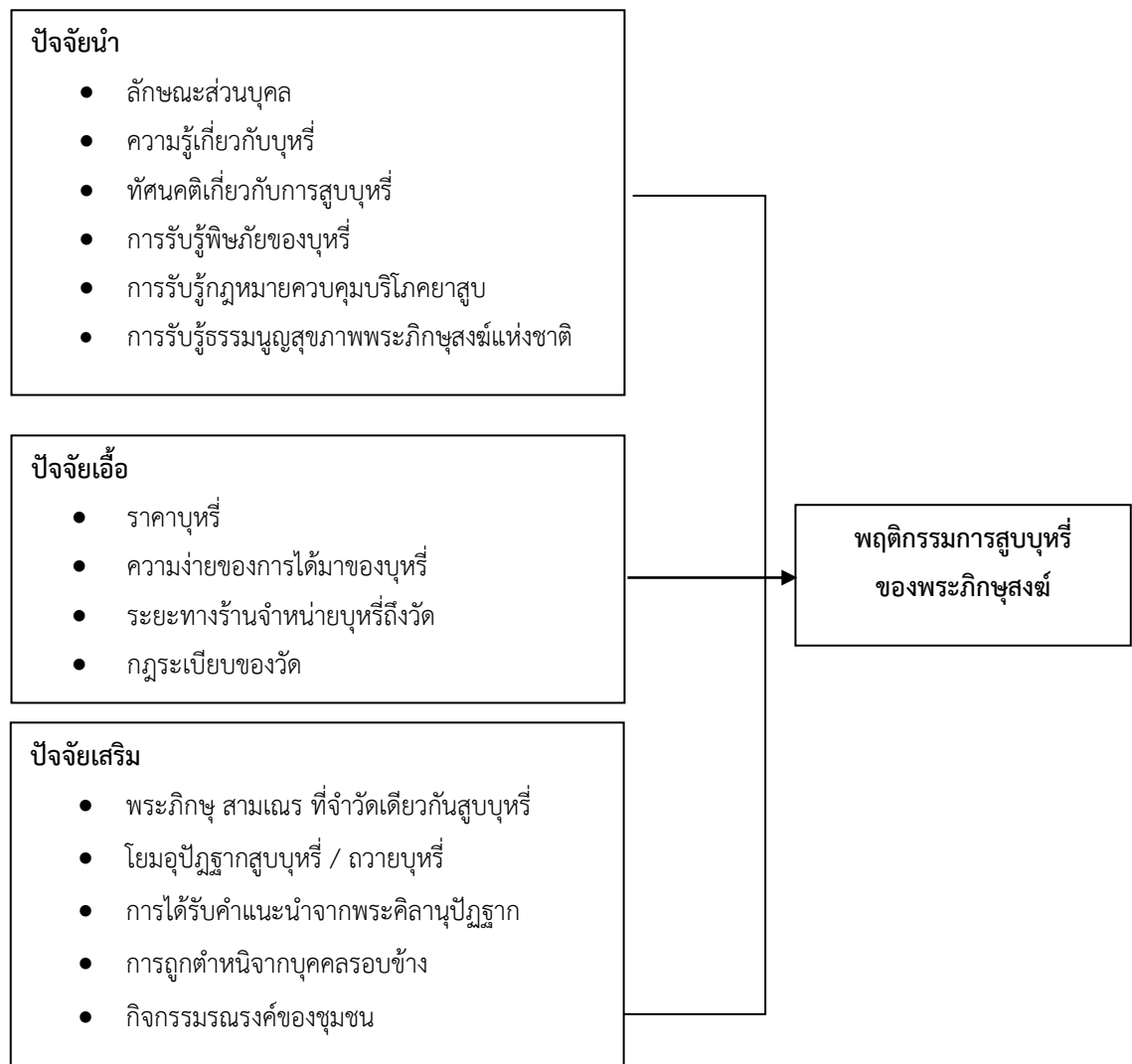
จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบข้อขัดแย้งในผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ เช่น อายุ ระยะเวลาการบรรพชา การศึกษาและรายได้ รวมถึงปัจจัยความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้กฎและข้อห้าม และการรับรู้พิษภัยบุหรี่ (Kuanma, Homsin, & Srisuriyawet., 2010) โดยในการศึกษานี้ได้ประยุกต์ PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในจังหวัดลำปาง ซึ่งจังหวัดลำปางมีอำเภอในเขตการปกครอง 13 อำเภอ มีจำนวนวัดทั้งหมด 784 แห่ง แบ่งเป็นวัดมหานิกาย 745 แห่ง และวัดธรรมยุต 39 แห่ง มีจำนวนพระภิกษุและสามเณรทั้งหมดจำนวน 3,271 รูป แบ่งเป็นพระภิกษุสามเณรใน

มหานิกาย จำนวน 3,097 รูป และในพระธรรมยุต จำนวน 174 รูป (Office of Buddhism in Lampang Province, 2022) การศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการออกแบบการลดผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ และวางแผนป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ รวมถึงลดปัญหาการอาพาธหรือเจ็บป่วยที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ ตลอดจนนำข้อมูลมาผลักดันเชิงนโยบาย สาธารณะในการขับเคลื่อนให้วัดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระภิกษุสงฆ์ทั้งหม่านกายและธรรมยุติกนิกาย จำนวน 745 วัด ทั้ง 13 อำเภอที่จำวัดในพ่นที่จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณการค่าสัดส่วนประชากร กรณีทราบขนาดจำนวนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{Np(1 - p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N - 1) + p(1 - p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร เท่ากับ 2,290 รูป

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

$Z(1-\alpha/2)$ = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

p = ค่าสัดส่วนของการพบการสูบบุหรี่ในพระภิกษุสงฆ์ จากการทบทวนงานวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า สัดส่วนพระภิกษุสงฆ์ที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 53.68 (9)

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 รูป เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงทำให้มีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 350 รูป ผู้วิจัยได้ทำการกระจายสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างทุกอำเภอของจังหวัดลำปางจึงทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้จำนวนทั้งสิ้น 328 รูป

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของพระภิกษุสงฆ์ทั้ง 13 อำเภอของจังหวัดลำปาง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ของประชากร ผู้วิจัยจึงมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยจัดทำบัญชีรายชื่อวัดทั้งหมดในจังหวัดลำปางโดยกำหนดแต่อำเภอเป็นชั้นภูมิ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิ กำหนดอำเภอแต่ละอำเภอในจังหวัดลำปางเป็นชั้นภูมิหลังจากนั้นกำหนดขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้นภูมิโดยใช้สัดส่วนตามจำนวนแต่ละอำเภอในชั้นภูมินั้น แล้วสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่ายโดยใช้วิธีการจับฉลากวัดแต่ละอำเภอ โดยเรียงลำดับวัดตามลำดับการสุ่ม 1 ถึง 5 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออกจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จึงทำให้มีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 328 รูป

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นพระภิกษุสงฆ์หม่านกายหรือธรรมยุติกนิกายที่จำพรรษาอยู่วัดในจังหวัดลำปาง
2. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน หรือการมองเห็น
3. สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ขอลอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล
2. พระคิลาณุปัญญา (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด)
3. ลาสิกขา
4. มรณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ (พรรษา) ระดับการศึกษาสายสามัญขั้นสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาทางธรรมขั้นสูงสุด (ทางธรรม) ตำแหน่งทางพระสงฆ์ที่ได้รับโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นคำถามเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open end) จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ 2) ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 3) การรับรู้พิษภัยของบุหรี่ 4) การรับรู้กฎหมายควบคุมบริโภคยาสูบ และ 5) การรับรู้ธรรมนูญสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติ โดยมีการวัดและเกณฑ์ดังนี้

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้น้อย ปานกลาง มาก แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนร้อยละ 0 - 59.99 หมายถึง พระภิกษุสงฆ์มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับน้อย

คะแนนร้อยละ 60 - 79.99 หมายถึง พระภิกษุสงฆ์มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 - 100 หมายถึง พระภิกษุสงฆ์มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับมาก

แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ, การรับรู้พิษภัยของบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ, การรับรู้กฎหมายควบคุมบริโภคยาสูบ จำนวน 5 ข้อ, และการรับรู้ธรรมนูญสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามด้านบวกให้ 5 คะแนนถึง 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกัน

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่แบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวความคิดการแบ่งเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 1.00 - 2.33 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนตั้งแต่ 2.34 - 3.66 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 3.67 - 5.00 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการเข้าถึงบุหรี่ เช่นราคาบุหรี่ วิธีการได้มาของบุหรี่ การรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พิจารณาข้อข้อความและเลือกตอบที่ต้องการตอบโดยใช้เครื่องหมายลงในช่องว่างเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) โดยผู้วิจัยประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 7 ข้อ คำถามด้านบวกให้ 3 คะแนนถึง 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกัน

ระยะทางร้านจำหน่ายบุหรี่ยิ่งถึงวัดลักษณะแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาเลือกตอบแบบ (Check list) และเติมข้อความ (Open end) จำนวน 5 ข้อ

การรับรู้ภาวะเปียบของวัด แบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) โดยผู้วิจัยประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มี ไม่มี และไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 6 ข้อ คำถามด้านบวกให้ 3 คะแนนถึง 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกัน แบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวความคิดการแบ่งเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 1.00 – 1.66 ภาวะเปียบของวัดอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนตั้งแต่ 1.67 – 2.33 ภาวะเปียบของวัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 2.34 – 3.00 ภาวะเปียบของวัดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ประกอบด้วย พระภิกษุ สามเณร ที่จำวัดเดียวกันสูบบุหรี่ โยมอุปัฏฐากสูบบุหรี่ การได้รับคำแนะนำจากพระคิลานุปัฏฐาก การถูกตำหนิจากบุคคลรอบข้าง กิจกรรมรณรงค์ของชุมชนซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) โดยผู้วิจัยประยุกต์มาใช้ 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยเลย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก คำถามด้านบวกให้ 5 คะแนนถึง 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกัน การได้รับปัจจัยเสริมแบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวความคิดการแบ่งเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 1.00 – 2.33 พระภิกษุสงฆ์มีปัจจัยเสริมของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนตั้งแต่ 2.34 – 3.66 พระภิกษุสงฆ์มีปัจจัยเสริมของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 3.67 – 5.00 พระภิกษุสงฆ์มีปัจจัยเสริมของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุม วัตถุประสงค์ และความสอดคล้องกับนิยามของตัวแปร โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผลจากการพิจารณาตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.90 ทั้งฉบับ ซึ่งเกณฑ์การยอมรับได้ต้องมีค่า 0.50 ขึ้นไป หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงกับจังหวัดลำปาง คือ จังหวัดลำพูน จำนวน 30 รูป โดยผู้วิจัยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 ซึ่งเกณฑ์การยอมรับได้ต้องมีค่า 0.70 ขึ้นไปเช่นกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการเข้าไปพบกับพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่ประสานผ่านทางเจ้าคณะอำเภอและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำทาง โดย ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อคณะกรรมการอนุมัติกลั่นกรองอนุมัติข้อเสนอและโครงร่างวิทยานิพนธ์แล้วได้ดำเนินการส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อกรรมการจริยธรรม เพื่อขอรับการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พิจารณาเห็นชอบในการดำเนินงานวิจัยเมื่อได้รับหนังสือให้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ไปยังเจ้าคณะจังหวัดลำปางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือตลอดจนชี้แจงรายละเอียดวิธีการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การดำเนินการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ไปในทิศทางเดียวกัน
4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการทดลองขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียดให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมทั้งขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลของตัวอย่าง
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามที่ได้ทำการศึกษาและพัฒนาอย่างเป็นระบบ และตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกครั้งหลังเก็บข้อมูล
6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแต่ละชุดเรียบร้อยแล้วรวบรวมข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีทางสถิติเพื่อดำเนินการทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติประสิทธิภาพสูง (STATA) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ในการประมวลผลข้อมูล โดยการหาค่าสถิติต่าง ๆ มีวิธีการดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมืออีกรอบ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่สมบูรณ์มากำหนดรหัสก่อนนำไปประมวลผลในขั้นถัดไป
2. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Logistic regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมสุขภาพหรือพระภิกษุสงฆ์

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัส COA No.096/2566 เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48.4 ปี โดยร้อยละ 41.2 มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ระยะเวลาบวชเฉลี่ย 18.6 พรรษา ซึ่งร้อยละ 31.1 อยู่ในช่วง 10-20 พรรษา ส่วนด้านการศึกษาทางโลกร้อยละ 21.3 จบประถมศึกษา ส่วนด้านทางธรรมร้อยละ 51.8 จบนักธรรมชั้นเอก และมีตำแหน่งทางพระสังฆาธิการร้อยละ 58.8 ซึ่งเป็นพระลูกวัด และร้อยละ 68.0 ไม่มีโรคประจำตัว ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=328)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean = 48.4, SD = 13.8, Min = 20.0, Max = 87.0)		
น้อยกว่า 45 ปี	135	41.2
45-59 ปี	122	37.2
มากกว่า 59 ปี	71	21.6
ระยะเวลาการบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ (Mean = 18.6 , SD = 11.6, Min = 1.0, Max = 57)		
1-10 พรรษา	99	30.2
10-20 พรรษา	102	31.1
21-30 พรรษา	75	22.9
มากกว่า 30 พรรษา	52	15.8
ระดับการศึกษาสายสามัญชั้นสูงสุด (ทางโลก)		
ไม่ได้เรียน	12	3.7
ประถมศึกษา	70	21.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	67	20.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	55	16.8
อนุปริญญา/ปวส.	40	12.2
ปริญญาตรี	68	20.7
สูงกว่าปริญญาตรี	16	4.9
ระดับการศึกษาทางธรรมชั้นสูงสุด (ทางธรรม)		
ไม่ได้เรียนนักธรรม	30	9.1
นักธรรมชั้นตรี	58	17.7
นักธรรมชั้นโท	55	16.8
นักธรรมชั้นเอก	170	51.8
เปรียญธรรม	15	4.6
ตำแหน่งทางพระสังฆาธิการที่ได้รับ		
เจ้าคณะตำบลขึ้นไป	17	5.2
เจ้าอาวาส รองเจ้าอาวาส ผู้ช่วยเจ้าอาวาส	118	36.0
พระลูกวัด	193	58.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	223	68.0
มีโรคประจำตัว	105	32.0

ความชุกของการสูบบุหรี่และระดับการติดสารนิโคติน

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 55.2 ไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่ร้อยละ 44.8 สูบบุหรี่ จากข้อมูลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ จำนวน 147 รูป ได้รับการประเมินระดับการติดสารนิโคตินโดยใช้แบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ผลการประเมินพบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ย่น้อยกว่า 11 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 51.0 และมักจะสูบบุหรี่มวนแรกในช่วง 6-30 นาทีหลังตื่นนอน คิดเป็นร้อยละ 41.5 นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 60.5 ไม่ได้สูบบุหรี่จัดในช่วงเช้าหลังตื่นนอน และร้อยละ 51.7 ระบุว่าบุหรี่มวนอื่นๆ เป็นมวนที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด ไม่ใช่มวนแรกตอนเช้า ในด้านความรู้สึกเมื่อต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.3) ไม่รู้สึกลำบาก และร้อยละ 77.6 ระบุว่าจะไม่สูบบุหรี่หากต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อประเมินระดับการติดสารนิโคติน พบว่าร้อยละ 37.4 ไม่ติดสารนิโคติน ร้อยละ 31.3 ติดระดับต่ำ ร้อยละ 14.3 ติดระดับสูง ร้อยละ 10.2 ติดระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 6.8 ที่ติดระดับสูงมากดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ความชุกของการสูบบุหรี่และระดับการติดสารนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (n=328)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สูบ	181	55.2
สูบ	147	44.8
การประเมินการติดสารนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (147 ราย)		
จำนวนการสูบบุหรี่ต่อวัน		
น้อยกว่า 11 มวน	75	51.0
11-20 มวน	46	31.3
21-30 มวน	23	15.6
มากกว่า 30 มวน	3	2.0
การสูบบุหรี่หลังตื่นนอนตอนเช้า		
ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน	30	20.4
6-30 นาที หลังตื่นนอน	61	41.5
31-60 นาที หลังตื่นนอน	28	19.0
มากกว่า 60 นาทีหลังตื่นนอน	28	19.0
สูบบุหรี่จัดในช่วงเช้าหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)		
ใช่	58	39.5
ไม่ใช่	89	60.5

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
บุหรืมวนไหนที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด		
มวนแรกตอนเช้า	71	48.3
มวนอื่นๆ	76	51.7
รู้สึกลำบากหรือยุ่งยากเมื่อต้องอยู่ใน “เขตปลอดบุหรื” เช่น รถโดยสาร ร้านอาหาร		
รู้สึกลำบาก	48	32.7
ไม่รู้สึกลำบาก	99	67.3
ยังต้องสูบบุหรื แม้จะเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล		
ใช่	33	22.4
ไม่ใช่	114	77.6
ระดับการติดสารนิโคติน		
ไม่ติดสารนิโคติน (0-2 คะแนน)	55	37.4
ติดระดับต่ำ (3-4 คะแนน)	46	31.3
ติดระดับปานกลาง (5 คะแนน)	15	10.2
ติดระดับสูง (6-8 คะแนน)	21	14.3
ติดระดับสูงมาก (8-10 คะแนน)	10	6.8

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรืของพระภิกษุสงฆ์

จากการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรืของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดลำปาง ได้แก่ พระภิกษุที่บวชมา 21-30 พรรษา (AOR = 4.85, 95% CI: 1.56-15.10, p-value = 0.006) การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะผู้ที่จบมัธยมศึกษาตอนต้น (AOR = 26.50, 95% CI: 3.62-193.73, p-value = 0.001) มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืระดับปานกลาง (AOR = 6.02, 95% CI: 2.92-12.38, p-value < 0.001) การรับรู้ธรรมนุญสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติระดับปานกลาง (AOR = 3.44, 95% CI: 1.32-8.99, p-value = 0.012) และได้รับปัจจัยเสริมระดับปานกลาง (AOR = 7.36, 95% CI: 2.74-19.75, p-value < 0.001) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยป้องกันของการสูบบุหรืของพระภิกษุ ได้แก่ ตำแหน่งทางพระสงฆ์การตั้งแตระดับเจ้าคณะตำบลขึ้นไป (AOR = 0.07, 95% CI: 0.01-0.76, p-value = 0.029) และการรับรู้กฎหมายควบคุมบริโภคยาสูบระดับปาน (AOR = 0.13, 95% CI: 0.05-0.36, p-value < 0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรืของพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดลำปาง ด้วยการวิเคราะห์ Multiple logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุ			
น้อยกว่า 45 ปี	0.80	0.26 - 2.49	0.708
45-59 ปี	0.93	0.38 - 2.31	0.881
มากกว่า 59 ปี	Reference		

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
ระยะเวลาการบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์			
1- 10 พรรษา	1.91	0.61 - 6.03	0.267
10-20 พรรษา	1.38	0.48 - 4.02	0.546
21-30 พรรษา	4.85	1.56 - 15.10	0.006*
มากกว่า 30 พรรษา	Reference		
ระดับการศึกษาสายสามัญชั้นสูงสุด (ทางโลก)			
ไม่ได้เรียน	17.22	1.52 - 194.83	0.021*
ประถมศึกษา	14.67	1.95 - 110.14	0.009*
มัธยมศึกษาตอนต้น	26.50	3.62 - 193.73	0.001*
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9.95	1.41 - 70.06	0.021*
อนุปริญญา/ปวส.	3.20	0.42 - 24.33	0.260
ปริญญาตรี	2.82	0.42 - 19.07	0.288
สูงกว่าปริญญาตรี	Reference		

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
ระดับการศึกษาทางธรรมชั้นสูงสุด (ทางธรรม)			
ไม่ได้เรียนนักธรรม	0.31	0.04 - 2.192	0.242
นักธรรมชั้นตรี	0.25	0.04 - 1.509	0.132
นักธรรมชั้นโท	0.28	0.04 - 1.735	0.171
นักธรรมชั้นเอก	0.58	0.11 - 2.976	0.514
เปรียญธรรม	Reference		
ตำแหน่งทางพระสงฆ์ที่ได้รับ			
เจ้าคณะตำบลขึ้นไป	0.07	0.01 - 0.76	0.029*
เจ้าอาวาส รอง ผู้ช่วย	0.83	0.39 - 1.74	0.619
พระลูกวัด	Reference		
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	1.22	0.57 - 2.60	0.614
มีโรคประจำตัว	Reference		
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี			
ระดับน้อย	0.91	0.40 - 2.08	0.820
ระดับปานกลาง	1.06	0.48 - 2.34	0.875
ระดับมาก	Reference		
ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี			
ระดับปานกลาง	6.02	2.92 - 12.38	<0.001*
ระดับมาก	Reference		

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
การรับรู้ความรุนแรงพิษภัยของบุหรี่			
ระดับปานกลาง	1.40	0.70 - 2.82	0.344
ระดับสูง	Reference		
การรับรู้กฎหมายควบคุมบริโภคยาสูบ			
ระดับต่ำ	0.59	0.01 - 88.53	0.839
ระดับปานกลาง	0.13	0.05 - 0.36	<0.001*
ระดับสูง	Reference		
การรับรู้ธรรมเนียมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติ			
ระดับต่ำ	N/A	N/A	N/A
ระดับปานกลาง	3.44	1.32 - 8.99	0.012*
ระดับสูง	Reference		
ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
ความสามารถในการเข้าถึงบุหรี่			
ระดับต่ำ	1.71	0.57 - 5.20	0.340
ระดับปานกลาง	0.88	0.28 - 2.69	0.816
ระดับสูง	Reference		
กฎระเบียบของวัด			
ระดับต่ำ	0.28	0.07 - 1.20	0.086
ระดับปานกลาง	1.00	0.50 - 2.03	0.988
ระดับสูง	Reference		
ปัจจัยเสริม			
ระดับต่ำ	0.99	0.17 - 5.95	0.999
ระดับปานกลาง	7.36	2.74 - 19.75	<0.001*
ระดับสูง	Reference		

* p-value < 0.05

OR = Odd Ratio; CI = Confidence interval; N/A= Not available

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดลำปางได้แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในกลุ่มพระสงฆ์อย่างชัดเจน ผลการวิจัยพบว่ามีความชุกของการสูบบุหรี่ในพระภิกษุสงฆ์สูงถึงร้อยละ 44.8 ซึ่งนับเป็นอัตราที่น่าเป็นห่วงและสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินการมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้แสดงให้เห็นถึงตัวแปรสำคัญหลายประการ โดยพบว่าระดับการศึกษาสายสามัญมีผลอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระภิกษุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่สูงกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์สูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในเขตภาคกลาง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาทางโลก (Yangthisan, Joosing, Roopmodee, & Phetphum., 2020) นอกจากนี้ ตำแหน่งทางพระสังฆาธิการก็มีบทบาทสำคัญ โดยพบว่าพระภิกษุที่ดำรงตำแหน่งเจ้าคณะตำบลมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่น้อยกว่าตำแหน่งอื่นๆ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความตระหนักในบทบาทและความรับผิดชอบที่มาพร้อมกับตำแหน่งที่สูงขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยพบว่าพระภิกษุที่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลางมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าพระภิกษุที่มีทัศนคติในระดับสูง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ในหมู่พระสงฆ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า ความรู้และทัศนคติเรื่องบุหรี่ที่ถูกต้องจะช่วยให้มีพฤติกรรมไม่สัมผัสบุหรี่ (Wiriya. et al, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับเหตุผลการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jampat, Kuson, Sanphawiwong, 2019)

ปัจจัยเสริมได้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลที่สำคัญต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยพระภิกษุที่มีปัจจัยเสริมในระดับปานกลางมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าพระภิกษุที่มีปัจจัยเสริมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องสุขภาวะพระสงฆ์ : การพัฒนารูปแบบสุขภาวะตามแนววิถีพุทธโดยการบูรณาการสาธารณสุขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของจังหวัดลำปาง พบว่า ปัญหาของการเสริมสร้างสุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ของจังหวัดลำปาง ได้แก่ ด้านพฤติกรรมของพระภิกษุสงฆ์ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัยภายในวัด และด้านการมีส่วนร่วมและสนับสนุนของภาคี ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของสภาพแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม และแรงกดดันจากบุคคลรอบข้างที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Jirapakpong, Suwannapa, Mongkongpipatphon, Attawong, 2019)

การนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบการประเมินปัญหาการสูบบุหรี่ และวางแผนป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ รวมถึงลดปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ ตลอดจนนำข้อมูลมาผลักดันเชิงนโยบาย สาธารณะในการขับเคลื่อนให้วัดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่แก่พระสงฆ์ โดยเฉพาะกลุ่มการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ส่งเสริมให้พระภิกษุที่มีตำแหน่งสูงเป็นแบบอย่างและใช้อิทธิพลรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จัดการปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ เช่น สร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ในวัด พัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข คณะสงฆ์ และชุมชนในการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

- Best, J.W. (1977). *Research in Education Edition 3*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall Publisher, the University of Michigan. 0137740182, 9780137740185.
- Chotbenjamaporn P., Pitayangsarit S., Garg RM. (2016). *Thailand, World Health Organization, Global youth tobacco survey: Thailand, 2015*. New Delhi, India: World Health Organization, Regional office for South-East Asia; 2016.
- Jampat, C., Kuson, K., Sanphawiwong, J. (2020). *Factors related to smoking among monks in Mueang District, Surat Thani Province*. Journal of the Southern Nursing and Public Health College Network. April 21, 2019; ๔(2): 81–90. (in Thai)
- Jirapakpong C, Suwannapa C, Mongkongpipatphon P, Attawong P. (2019). *Buddhist Monk's Well-being: A Development of Well-being Promotion Model on Buddhist Way By Community Public Health Integration for Good Life Quality in Lampang province*. Veridian E-Journal Silpakorn Univ Humanit Soc Sci Arts; 1๕(6): 1227–47.
- Kuanma, K., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2010). *Factors related to smoking behavior among monks in Rayong Province*. Public Health Nursing Journal, 2๔(3), 68- 76. (in Thai)
- Office of Buddhism in Lampang Province. (2022). *Number of monks and novices in Lampang Province*. Retrieved November 11, 2022 from :<https://lpg.onab.go.th/th/content/category/detail/id/17/iid/5277>.(in Thai)
- Phra Palat Tasanaphon., & Khemjaro. (2022). *MCU Digital Collections* Retrieved November 11, 2022 from <https://e-thesis.mcu.ac.th/thesis/2286>.(in Thai)
- Phra Ratchawaramun, Phra Mongkolwachirakorn, Phra Mongkolthammawithan, Phutthasri W. (2017). *National Monk Health Act B.E. 2560*. 1st ed. Nonthaburi: O.S. Printing House Co., Ltd.; 2017.(in Thai)
- Pittayangsrit, S., Pankrachang, P. (2022). *Report on tobacco consumption statistics in Thailand 2018*. Retrieved November 11, 2022 from <https://www.trc.or.th/th/media/attachments>. (in Thai)

- Wiriya, K. et al. *Knowledge and attitudes about cigarettes and cigarette exposure behavior of students at Prince of Songkla University. J.Science Service*, 30(1):66-74. (in Thai)
- World Health Organization. *TOBACCO-CONTROL-AND-THE-SUSTAINABLE-DEVELOPMENT-GOALS*. Retrieved November 11, 2022 from <https://www.euro.who.int>.
- Yangthisan N, Joosing R, Roopmodee Y, Phetphum C. (2020). *Smoking situation and factors affecting smoking among monks in the Central region. J Public Health Naresuan Univ.* ;2(1): 28-40. (in Thai)

การพัฒนาแบบแผนการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุข จังหวัดชุมพร

The Development of Public Health Research Model, Chumphon Province

อดิศร วิศาล^{1*}, กฤตย์ติวัฒน์ ฉัตรทอง²

Adisorn Wisal^{1*}, Krittiwat Chatthong

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร^{1,2}

Chumphon Provincial Public Health Office^{1,2}

(Received: November 6, 2024; Revised: November 11, 2024; Accepted: November 30, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 96 คน ประกอบด้วย กลุ่มเครือข่ายวิชาการ จำนวน 20 คน โดยมีการเก็บข้อมูลกลุ่มผู้ที่เคยมีประสบการณ์การวิจัยมาแล้วและผู้ที่สนใจที่จะจัดทำผลงานวิจัย จำนวน 76 คน โดยใช้กระบวนการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ ปรับปรุง (PDCA) ขั้นตอนการวางแผนโดยการกำหนดการพัฒนาแบบแผนการจัดทำผลงานวิจัย ขั้นตอนการปฏิบัติโดยการจัดทำโครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุขและโครงการเวทีนำเสนอผลงานวิชาการด้านการวิจัย ขั้นตอนการตรวจสอบโดยการติดตามและประเมินผล และขั้นตอนการปรับปรุงโดยการปรับปรุงและแก้ไขกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ ประเมินความพึงพอใจ แบบแบบบันทึกกระบวนการวิเคราะห์สวท แบบบันทึกกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคเอไอซี แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม และแบบสรุปผลงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุข ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมโดยการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกรบกวนและการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล 2) การกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ 3) การจัดกิจกรรมตามโครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุขและโครงการเวทีนำเสนอผลงานวิชาการด้านการวิจัย และ 4) การสังเกตและการประเมินผลการปฏิบัติ

จากผลการพัฒนาแบบแผนการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับ สามารถนำรูปแบบการพัฒนาผลงานวิจัยซึ่งได้พัฒนาอย่างมีระบบไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่หรือสถานบริการดังกล่าว และพัฒนาให้ผลงานวิจัยได้เผยแพร่สู่สาธารณสุขชนเพื่อประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบแผน, วิจัย, สาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Sal48069@gmail.com เบอร์โทรศัพท์: 086-7437996)

Abstract

This action research aimed to develop a model for conducting public health research for personnel in the Chumphon Provincial Public Health Office. The study included 96 participants, comprising 20 academic network members with research experience and 76 personnel interested in conducting research. The process of model development involved planning, doing, checking, and acting (PDCA). The planning phase focused on developing a research implementation model. The implementing phase included a public health research development project and a research dissemination conference. The checking phase involved monitoring and evaluation of activities. The acting phase focused on modifying and enhancing the program activities. Data were collected through knowledge and satisfaction assessments, SWOT analysis records, creative participatory meeting records using AIC techniques, participatory observation forms, and research summary forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed by content analysis.

The results indicated that the model for conducting public health research consisted of 4 activities: 1) Participatory workshops to analyze controlling factors and utilize intellectual capacity to develop intelligence in individuals; 2) Strategic planning and capacity development activities; 3) Organization of public health research development activities and a research results conference project; and 4) Performance monitoring and evaluation.

Regarding the model development findings for conducting public health research, public health service institutions at all levels can apply this systematically developed model to their specific contexts. Additionally, research results can be disseminated for use in medical and public health sectors.

Keywords : Model Development, Research, Public Health

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 65 กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็น เป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว โดยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตาม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” .(สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) สำหรับกระทรวงสาธารณสุขยังได้ กำหนดยุทธศาสตร์ ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention& Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการ เป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการ เป็นเลิศ) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่

เป้าหมาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ซึ่งมีหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัด ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน 10 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 77 โรงพยาบาล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร มีวิสัยทัศน์ คือ องค์กรหลักด้านสุขภาพระดับจังหวัด บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล ประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข โดยมีพันธกิจ คือ 1) บริหารจัดการองค์กรด้วยหลักธรรมาภิบาล 2) พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาวะให้แก่ประชาชน และ 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้าน ที่ 4 พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล (Good Governance Excellence) พันธกิจที่ 4 พัฒนาระบบคุณภาพตามมาตรฐานที่สำคัญอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ คือ สถานบริการสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน และระบบบริหารจัดการมีธรรมาภิบาล โปร่งใสเป็นธรรม ตรวจสอบได้ เป้าประสงค์/วัตถุประสงค์ พัฒนาระบบธรรมาภิบาล และคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และระบบการตรวจสอบภายใน ให้มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ 28 จำนวนผลงานวิชาการ /CQI/ เรื่องเล่า ที่ได้รับการเผยแพร่ระดับเขตขึ้นไป (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2567)

ผลงานวิจัย เป็นส่วนหนึ่งของผลงานวิชาการของบุคลากรในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมแบบผสมผสาน (Comprehensive) ครอบคลุมงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งเป็นการดำเนินงานแบบองค์รวม (Holistic care) มุ่งการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ กิจกรรมการดำเนินงานประกอบด้วยงานที่เป็นงานประจำ และงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานเชิงคุณภาพและปริมาณ ตลอดจนงานที่มีความคิดสร้างสรรค์ เพื่อสนองตอบต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรมต่างๆในภาระหน้าที่รับผิดชอบทั้งในภาพรวมของหน่วยงาน และในส่วนบุคคลสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิผลที่แท้จริงต่อผู้รับบริการและทีมผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยผลของการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ นั้นจัดเป็นผลงานที่มีความสำคัญยิ่ง นอกจากสามารถพัฒนางานต่างๆ ให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังสามารถส่งเสริมให้บุคลากรมีองค์ความรู้ และพัฒนาความสามารถในการจัดทำผลงานวิชาการนั้น สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน จากการตรวจราชการประจำปี สถิติหรือจำนวนผลการดำเนินงานพัฒนาวิชาการของบุคลากรในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ทั้งด้านการวิจัย การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นวัตกรรม มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่มีจำนวนน้อย ขาดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทุกๆด้าน เช่น ด้านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ ด้านการส่งเสริมการจัดเวทีวิชาการ เป็นต้น โดยที่ผ่านมานั้นบุคลากรที่สนใจการทำวิจัยต้องศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง ไม่มีอาจารย์หรือวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถมาแนะนำหรือกระตุ้นการจัดทำผลงานวิจัย และบางปีงบประมาณมีการจัดอบรมการจัดทำผลงานวิจัยแต่ไม่มีการวางแผนที่ชัดเจนแน่นอน ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการจัดกิจกรรม รวมทั้งการจัดกิจกรรมนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแต่อย่างใด ซึ่งการพัฒนาผลงานวิชาการเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญยิ่ง การกำหนดรูปแบบการพัฒนาที่ดีจะทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาผลงานวิชาการโดยเฉพาะผลงานวิจัย ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาผลงานวิจัยจะส่งผลให้บุคลากรได้มีโอกาสการนำกิจกรรมหรืองานที่ตนเองปฏิบัติงานนั้นได้มีคิดค้นพัฒนาและสร้างสรรค์งานให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำผลงานวิจัย สามารถผลิตผลงานวิจัยได้มากขึ้น ส่งผลต่อผลการ

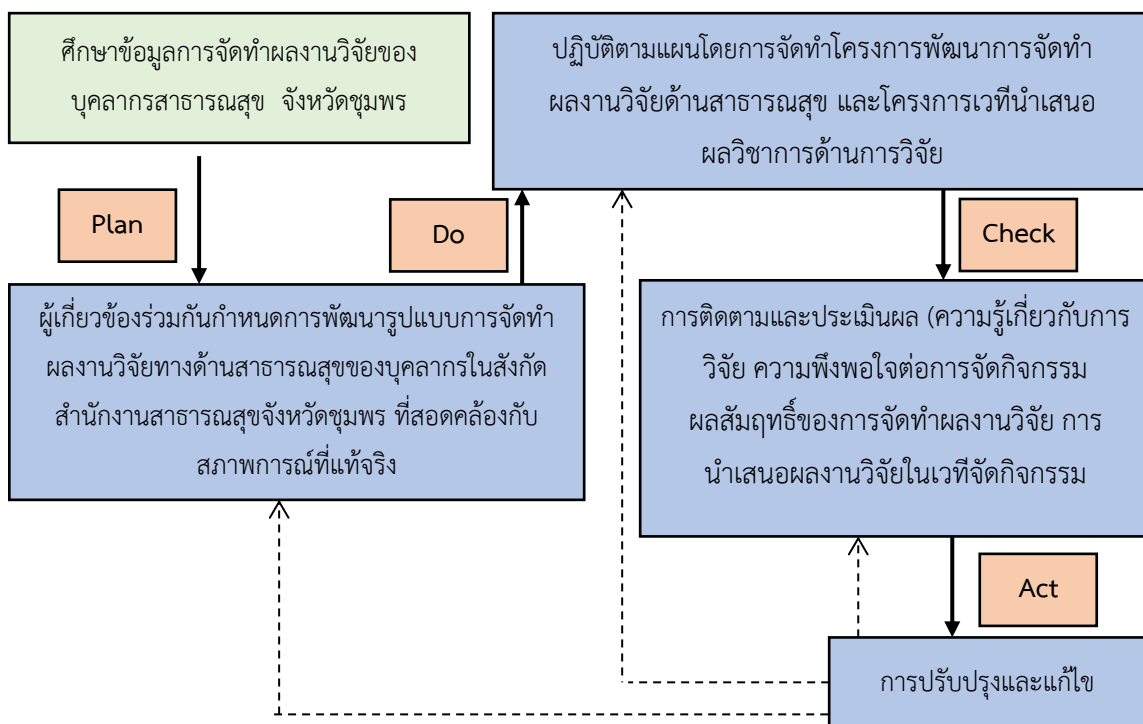
ปฏิบัติงานของหน่วยงาน การบรรลุตัวชี้วัดการตรวจราชการ ในส่วนบุคลากรมีความภาคภูมิใจในความรู้ความสามารถของตนเอง ก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อหน่วยงาน นอกจากนั้น การส่งเสริมให้มีการนำเสนอผลงานวิชาการก็เป็นกระบวนการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร รวมทั้งการจัดให้มีแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการเพื่อนำผลงานวิชาการดังกล่าวเผยแพร่ต่อสาธารณชนหรือผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่แท้จริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวสามารถกำหนดขอบเขตของเวลาในแต่ละรอบเพื่อนำผลการปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดหรือกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ ปรับปรุง (PDCA) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่แท้จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คัดเลือกประชากรที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกจากกลุ่มเครือข่ายวิชาการซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานวิชาการ ผู้สนใจ หรือ สมัครใจของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมพร 12 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน ซึ่งกลุ่มเครือข่ายเหล่านี้เป็นผู้รับผิดชอบงานวิชาการ หรือมีความสนใจในงานวิชาการของหน่วยงาน มีความสัมพันธ์ที่ดีและคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและบุคลากรในองค์กรและสามารถเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ที่เคยมีประสบการณ์การวิจัยมาแล้ว จำนวน 48 คน (สสจ. 2 คน รพท. 2 คน รพช. 20 คน สสอ. 8 คน รพ.สต. 16 คน) และผู้ที่สนใจที่จะจัดทำผลงานวิจัยในอนาคต จำนวน 28 คน (สสจ. 1 คน รพท. 1 คน รพช. 10 คน สสอ. 8 คน รพ.สต. 8 คน) รวมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำผลงานวิจัย 76 คน รวมทั้งสิ้น 96 คน โดยขึ้นอยู่กับความเต็มใจและสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นหลัก

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้ที่รับผิดชอบงานวิชาการ ผู้สนใจ หรือ สมัครใจของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
- มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม โดยพัฒนามาจากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาผลงานวิจัย โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง, 2562) ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 8 ข้อ (อายุ เพศ การศึกษาสูงสุด ประเภทของวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การอบรมด้านการวิจัย ประสบการณ์การจัดทำผลงานวิจัย บทบาทหน้าที่)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการวิจัย จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกกระบวนการวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis)

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ด้วยเทคนิค A-I-C

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม

ส่วนที่ 7 แบบสรุปผลงานวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามดังกล่าว ไปตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการวิจัย โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 30 ตัวอย่าง หาค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .75 และสำหรับแบบวัดความรู้ ทดสอบความยากง่ายของแบบวัด ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.2-0.8 ทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้วงจร Plan Do Check Act (PDCA) ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเป็นเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน 2567 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนนี้ดำเนินการกับกลุ่มผู้ที่เคยมีประสบการณ์การวิจัยมาแล้ว จำนวน 48 คน และผู้ที่สนใจที่จะจัดทำผลงานวิจัยในอนาคต จำนวน 28 คน เพื่อกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมเพื่อนำสู่ขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1 การทบทวน วิเคราะห์ ศึกษาข้อมูล นโยบาย ยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสถานการณ์ปัญหาของการจัดทำผลงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชุมพร และแนวทางการพัฒนาผลงานวิจัย ด้วยเทคนิควิธีการวิเคราะห์สวอต (SWOT Analysis) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกกระบวนการวิเคราะห์สวอต (SWOT Analysis)

1.2 วางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในการในแต่ละระยะอย่างเป็นระบบ โดยใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control) เป็นขั้นตอนการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการกิจกรรมตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี ซึ่งขั้นตอนการพัฒนารูปแบบนี้เพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการกิจกรรมตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การวิเคราะห์สภาพการและกำหนดอนาคต 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ ช่วยให้ทีมเครือข่ายวิชาการได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับในพัฒนารูปแบบการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่แท้จริง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ด้วยเทคนิค A-I-C

2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน (Doing) ขั้นตอนนี้ดำเนินการกับกลุ่มผู้ที่เคยมีประสบการณ์การวิจัยมาแล้ว จำนวน 48 คน และผู้ที่สนใจที่จะจัดทำผลงานวิจัยในอนาคต จำนวน 28 คนเพื่อกำหนดรูปแบบการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โดยให้ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มเครือข่ายงานวิชาการได้วางแผนการดำเนินงาน โดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่แท้จริง โดยการนำไปปฏิบัติในการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัย โดยมีการประชุม การติดตามควบคุม กำกับ และประเมินผลลัพธ์ทุก 5 ระยะ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข วิธีการดำเนินงานจนกว่าผลลัพธ์จะเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ด้วยเทคนิค A-I-C ผลที่ได้ทำให้เกิดขั้นตอนโครงการและกิจกรรมในการดำเนินการ

3. ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Check)

ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล สำหรับขั้นตอนนี้ได้วางแผนการดำเนินงานไว้ โดยกำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ด้านสถิติพื้นฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และการจัดทำผลงานวิจัย และการจัดประชุมกลุ่มเครือข่ายงานวิชาการ 5 ระยะ โดยการติดตามความก้าวหน้า การแก้ไขปัญหาอุปสรรค การปรับปรุง และเสาะหาแนวทางสู่ความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิจัยต่อไป

4. การปรับปรุงและแก้ไข (Act)

การปรับปรุงและแก้ไข โดยการวางแผนให้มีการปรับปรุงแก้ไขในทุกขั้นตอนและกระบวนการในการดำเนินงาน ตามระยะเวลาที่กำหนด ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ด้วยวิธีการพูดคุย สอบถาม การประเมินผล สะท้อนผลการปฏิบัติงานและการจัดกิจกรรมของคณะทำงานทั้งด้านการประชุม การอบรม โดยเกิดขึ้นทันทีหลังจากที่จัดกิจกรรมนั้น ๆ (After Action Review) เพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปในทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อเพื่อวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการวิจัย และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเครือข่ายวิชาการ

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ได้แก่ การวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis) การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ด้วยเทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อให้เกิดการพัฒนาารูปแบบการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่แท้จริง

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 046/2567 รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-040/2567 ลงวันที่ 22 เมษายน 2567 ประเภทการรับรองการวิจัยประยุกต์ (Expedited review)

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเครือข่ายวิชาการซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.0) อายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 45.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 33.4 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 65.0) ปฏิบัติงานสายการพยาบาล (ร้อยละ 45.0) มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 11 - 20 ปี (ร้อยละ 50.0) โดยมีประสบการณ์ปฏิบัติงาน เฉลี่ย 11.5 ปี ไม่เคยผ่านการอบรมการวิจัย (ร้อยละ 65.0) และไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำผลงานวิจัย (ร้อยละ 80.0) และเป็นบทบาทหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 70.0)

การพัฒนาารูปแบบการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุข จังหวัดชุมพร ใช้หลักการแก้ปัญหาแบบ Plan Do Check Act (PDCA) สามารถอธิบายผลการศึกษาได้ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมและ การนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล 2) การพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ด้านสถิติพื้นฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป การจัดทำผลงานวิจัย และการจัดเวทีฝึกปฏิบัติในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมและการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ถูกควบคุมและการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล เป็นการวิเคราะห์ในภาพรวมขององค์กร คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในส่วนของบุคคล เป็นการวิเคราะห์โดยกลุ่มผู้ที่เคยมีประสบการณ์การวิจัยมาแล้ว จำนวน 48 คน ประกอบด้วยผู้ที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 2 คน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ 2 คน โรงพยาบาลชุมชน 8 โรงพยาบาล จำนวน 20 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 อำเภอ จำนวน 8 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 โรงพยาบาล จำนวน 16 คน และกลุ่มผู้ที่สนใจที่จะจัดทำผลงานวิจัยในอนาคต จำนวน 28 คน ประกอบด้วยผู้ที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 1 คน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ 1 คน โรงพยาบาลชุมชน 8 โรงพยาบาล จำนวน 10 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 อำเภอ จำนวน 8 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 โรงพยาบาล จำนวน 16 คน

1.1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ถูกควบคุมด้วยกระบวนการวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ถูกควบคุมด้วยกระบวนการวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis) ทั้งปัจจัยภายในซึ่งเป็นการวิเคราะห์ถึงจุดแข็ง (S : Strength) และจุดอ่อน (W : Weakness) ภายในองค์กร ปัจจัยภายนอกเป็นการวิเคราะห์โอกาสการพัฒนา (O : Opportunity) และปัญหาอุปสรรค (T : Threats) ทำให้เกิดกลยุทธ์ในการพัฒนาผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขดังตาราง 1 และตาราง 2

ตาราง 1 แสดงผลการวิเคราะห์สวอท จำแนกตามจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสการพัฒนา และปัญหาอุปสรรค

ปัจจัยภายในและภายนอก	ปัจจัยวิเคราะห์สวอท	ผลการวิเคราะห์
ปัจจัยภายใน	จุดแข็ง (S : Strength)	1.มีนโยบายในการพัฒนาผลงานวิชาการทุกประเภทอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ 2.มีแนวทางการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ 3.มีเวทีเผยแพร่วิชาการในระดับจังหวัดและระดับเขต 4.มีเว็บเพจในการเผยแพร่ผลงานวิจัยของ สสจ.ชุมพร 5.มีเวทีเชิดชูเกียรติด้านผลงานวิชาการประจำปีทุกปี 6.มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
	จุดอ่อน (W : Weakness)	1.ไม่มีผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดที่ชัดเจน 2.มียุทธศาสตร์แต่ขาดการวางแผนด้านงบประมาณในระดับจังหวัด 3.ภาระงานที่ไม่เอื้อต่อการอบรมระยะยาว 4.ขาดอาจารย์พี่เลี้ยงที่เชี่ยวชาญทางด้านการวิจัย 5.ผู้บริหารบางหน่วยงานไม่ให้ความสำคัญกับงานวิจัย 6.บุคลากรขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลและระเบียบวิธีวิจัย
ปัจจัยภายนอก	โอกาสการพัฒนา (O : Opportunity)	1.วิทยาการที่มีความรู้ความสามารถอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชุมพร

ปัจจัยภายในและภายนอก	ปัจจัยวิเคราะห์สวท	ผลการวิเคราะห์
		2.มีเวทีเผยแพร่วิชาการที่หลากหลาย เช่น HA และ PMQA
		3.การเข้าถึงการอบรมจริยธรรมวิจัยในระบบออนไลน์จากองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง
	ปัญหาอุปสรรค (T : Threats)	1.ข้อจำกัดด้านวิทยากร เช่น เวลา ระยะทาง ภาระงาน

ตาราง 2 กลยุทธ์และกิจกรรมในการพัฒนาผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข

กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม
1.พัฒนาศักยภาพบุคลากร	1.โครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข
2.ส่งเสริมการเผยแพร่ผลงาน	2.โครงการเวทีนำเสนอผลวิชาการด้านการวิจัย

1.2 การนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคลโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยเทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control)

การนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคลโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยเทคนิค A-I-C เป็นวิธีการทำให้กลุ่มตัวอย่างนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล มาใช้เพื่อการพัฒนาผลงานวิจัย ก่อให้เกิดการพัฒนาแบบการพัฒนาผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขแบบบูรณาการและด้วยการมีส่วนร่วม เป็นขั้นตอนการพัฒนาแบบเพื่อให้เกิดแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การวิเคราะห์สภาพการณ์และกำหนดอนาคต (Appreciation หรือ A) 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I) 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน และขั้นตอนการสังเกตและประเมินผล รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต (Appreciation หรือ A)

ผลของการดำเนินกิจกรรมการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต (Appreciation หรือ A) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต

การวิเคราะห์สภาพการณ์	การกำหนดอนาคต
1.บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสถิติและระเบียบวิธีการวิจัย รวมทั้งขาดทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป	1.บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งความรู้ความเข้าใจในเรื่องสถิติและระเบียบวิธีการวิจัย และทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
2.บุคลากรมีภาระงานมาก มีเวลาไม่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยที่ใช้ระยะเวลาในการจัดทำผลงานวิจัยเป็นเวลานาน	2.มีแผนการดำเนินงาน กำหนดตารางกิจกรรม และกำหนดวันเวลาที่ชัดเจน ล่วงหน้าเพื่อบุคลากรได้วางแผนจัดสรรเวลาได้ลงตัว

การวิเคราะห์สภาพการณ์	การกำหนดอนาคต
3.วิทยาการที่มีความรู้ความสามารถในสายงานสุขภาพมีจำนวนน้อย วิทยาการบางท่านไม่ได้เป็นคนในพื้นที่เป็นอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารหรือสอบถามข้อสงสัย	3.จัดหาวิทยาการที่มีความรู้ ความสามารถในพื้นที่ มีความเข้าใจในสายงานสุขภาพ และมีจิตบริการในการช่วยเหลือ สนับสนุนแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการทำวิจัยของบุคลากรได้อย่างสม่ำเสมอ
4.บุคลากรขาดความมั่นใจในการเขียนและนำเสนอผลงานวิชาการ	4.มีการพัฒนาศักยภาพการเขียนรายงานการวิจัย การนำเสนอผลงานวิจัย และมีเวทีในการสาธิต ฝึกซ้อม ฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากร

2.ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I)

ผลของการดำเนินกิจกรรมการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 สรุปผลโครงการที่เกิดจากกระบวนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I)

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีการ
1.โครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข	1.เพื่อให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับสถิติและระเบียบวิธีการวิจัย 2.เพื่อให้บุคลากรมีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป	1.วางแผนและกำหนดตารางการพัฒนาศักยภาพที่ชัดเจน 2.การประชาสัมพันธ์รับสมัครบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ 3.การจัดหนังสือขออนุมัติบุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ 4.ประชุมบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพ 5.กำหนดสถานที่ เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ ระบบอินเทอร์เน็ต สนับสนุนกิจกรรม 6.จัดการพัฒนาศักยภาพโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ 5 ระยะ
2.โครงการเวทีนำเสนอผลวิชาการด้านการวิจัย	1.เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการเขียนและการนำเสนอผลงานวิจัย 2.เพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจในการนำเสนอผลงานวิจัย 3.เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์ในการนำเสนอผลงานวิจัยของบุคลากร	1.ประชาสัมพันธ์และเตรียมความพร้อม 2.อบรมการเขียนผลงานวิจัย (Menu script) 3.จัดทำผลงานในการนำเสนอด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป 4.จัดเตรียมสถานที่ เวที ของขวัญรางวัล เกณฑ์การตัดสินและ กรรมการวิพากษ์ผลงานวิจัย 5.การนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการทางวาจา (Oral Presentation) 6.พิธีมอบรางวัลและบันทึกความทรงจำร่วมกัน

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C)

ผลของการดำเนินกิจกรรมการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) ทั้งหมด 2 กิจกรรม คือ
โครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข และโครงการเวทีนำเสนอผลวิชาการด้านการวิจัย

2) การพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ด้านสถิติพื้นฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
การจัดทำผลงานวิจัย และการจัดเวทีฝึกปฏิบัติในการเผยแพร่ผลงานวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ชั้น ดังนี้

2.1 ชั้นการปฏิบัติตามแผน

กิจกรรมที่ 1 โครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข

โครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุขเพื่อให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับสถิติและระเบียบ
วิธีการวิจัย มีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ 5 ระยะ
ประกอบด้วย

- 1.ระยะที่ 1 การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เกี่ยวกับสถิติวิจัย จำนวน 2 วัน
 - 2.ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพด้านการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป จำนวน 2 วัน
 - 3.ระยะที่ 3 การพัฒนาศักยภาพด้านระเบียบวิธีวิจัย ครั้งที่ 1 จำนวน 3 วัน ประกอบด้วยการจัดทำโครง
ร่างวิจัย การจัดทำโครงร่างเพื่อเสนอคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย
 - 4.ระยะที่ 4 การพัฒนาศักยภาพด้านระเบียบวิธีวิจัย ครั้งที่ 2 จำนวน 3 วัน ประกอบด้วยการบันทึก
ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำผลการวิจัย
 - 5.ระยะที่ 5 การพัฒนาศักยภาพด้านระเบียบวิธีวิจัย ครั้งที่ 3 จำนวน 3 วัน ประกอบด้วยการสรุป
ผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
- โดยระยะที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 วัน ระยะที่ 3 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ระยะที่ 3 ห่างจากระยะที่ 4 จำนวน 2
เดือน และระยะที่ 4 ห่างจากระยะที่ 5 จำนวน 1 เดือน

กิจกรรมที่ 2 โครงการเวทีนำเสนอผลวิชาการด้านการวิจัย

โครงการเวทีนำเสนอผลวิชาการด้านการวิจัย เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการเขียน
และการนำเสนอผลงานวิจัย บุคลากรมีความมั่นใจในการนำเสนอผลงานวิจัย เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์ในการ
นำเสนอผลงานวิจัยของบุคลากร โดยมีกิจกรรม ดังต่อไปนี้ 1.การอบรมเชิงปฏิบัติการในการเขียนผลงานวิจัย
(Menu script) จัดทำผลงานในการนำเสนอด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป จำนวน 2 วัน 2.การนำเสนอผลงานในเวที
วิชาการทางวาจา (Oral Presentation) จำนวน 1 วัน

2.2 ชั้นการสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ

แนวทางในการประเมินการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม โดยการสังเกต
สัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแบบประเมินผล พบว่า ความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงทุกด้าน
มีความมั่นใจการจัดทำผลงานและนำเสนอผลงานวิจัย สังเกตได้จากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และได้ผลการ
ดำเนินงานวิจัยสำเร็จจำนวน 20 ผลงาน ดังตาราง 5 ตาราง 6 และตาราง 7

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนา
รูปแบบ

ความรู้	ก่อนการพัฒนา (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)	หลังการพัฒนา (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)
ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean)	16.05	32.89
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	3.95	5.62

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนา
รูปแบบ

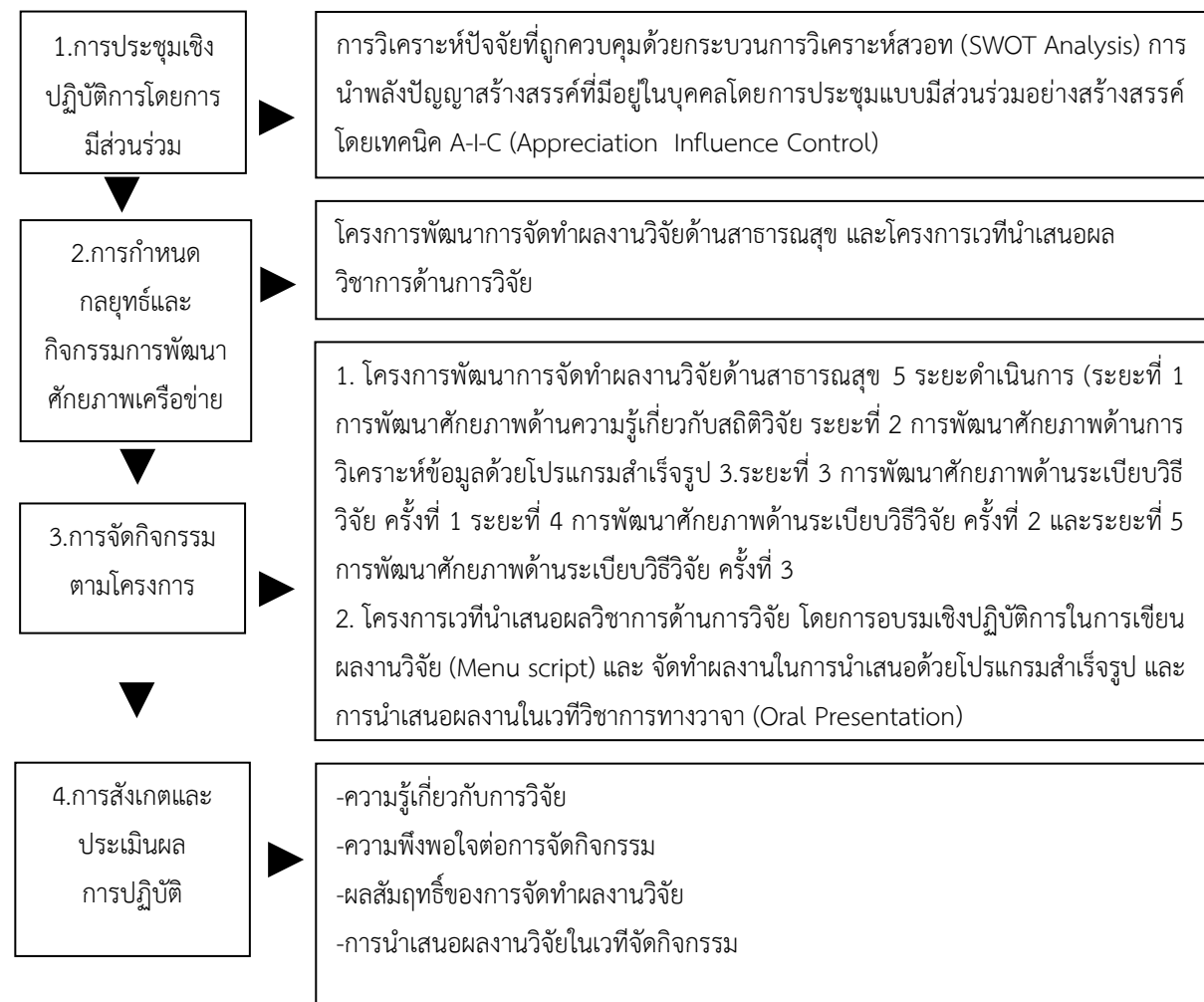
ความพึงพอใจ	M	S.D.	ระดับ
1.ความรู้และประโยชน์ที่ได้รับ	4.55	.50	สูง
2.สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำวิจัยต่อไป	4.31	.68	สูง
3.รูปแบบการอบรมการสอนมีความเหมาะสม	4.55	.55	สูง
4.ความรู้ความสามารถของวิทยากร	4.81	.40	สูง
5.วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้มีความเหมาะสม	4.00	.73	สูง
6.ความเหมาะสมของระยะเวลา	4.14	.78	สูง
7.อาหารกลางวัน และอาหารว่าง	4.00	.73	สูง
8.สถานที่ในการจัดกิจกรรมเหมาะสม	4.29	.60	สูง
9.บรรยากาศของการจัดกิจกรรม	4.29	.59	สูง
10.เอกสาร คู่มือ ประกอบการเรียน อบรม	4.33	.69	สูง

ตาราง 7 จำนวนผลการดำเนินการวิจัยที่สำเร็จจำแนกตามประเภทของการวิจัย

ประเภทของการวิจัย	จำนวน (ผลงาน)	ร้อยละ
วิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)	15	75.0
วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study)	5	25.0

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข จังหวัดชุมพร

การพัฒนารูปแบบการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข จังหวัดชุมพร สามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัย

อภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุข จังหวัดชุมพร ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมโดยการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมและการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล 2) การกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ 3) การจัดกิจกรรมตามโครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุขและโครงการเวทีนำเสนอผลวิชาการด้านการวิจัย และ 4) การสังเกตและการประเมินผลการปฏิบัติ โดยใช้หลักการ ประกอบด้วย 2 หลักการ คือ การวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมนำและการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล และการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ด้านสถิติพื้นฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป การจัดทำผลงานวิจัย และการจัดเวทีฝึกปฏิบัติในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

การวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมนำและการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล

การวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมเป็นการวิเคราะห์ที่ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ สภาพการณ์ (Situation Analysis) 2 ด้าน คือ สภาพการณ์ ภายในและสภาพการณ์ภายนอก ทำให้ทุกคนได้ทราบจุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อให้รู้ตนเอง องค์กร สภาพแวดล้อม ที่ชัดเจน และวิเคราะห์โอกาส อุปสรรค ซึ่งจะช่วยให้ทุกคนทราบถึง การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายนอก องค์กร ทั้งสิ่งที่ได้เกิดขึ้นแล้วและแนวโน้ม การเปลี่ยนแปลงในอนาคต รวมทั้งผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง เช่น ยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน ความก้าวหน้า รวมทั้งการบริหารความเสี่ยง นอกจากนั้นการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคลมาเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดของสถาบันเอกชน ซึ่งตั้งขึ้นโดย ทูริด ซาโต และวิลเลียม สมิธ (Turid Sato; & Dr. William E. Smith) (คิดณรงค์ โคตรทอง, 2564) เป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของกลุ่มเป้าหมายให้ร่วมพัฒนาและยังมีศักยภาพที่จะขยายผลได้ โดยการนำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรมที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกบนพื้นฐานแห่งความเสมอภาค เป็นทฤษฎีและการบริหารจัดการที่ พัฒนาขึ้นมาใหม่ มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จากการปฏิบัติจริง ด้วยความรัก หรือ การเห็นคุณค่าซึ่งกันและกันจึงสามารถเกิดพลังสร้างสรรค์ (Empowerment Approach) เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้โดยคำนึงถึงมิติทางสังคม จิตใจ วิทยาศาสตร์และการบริหารจัดการ (ประเวศ วะสี, 2540) นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับคนในการเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและมีการนำมาใช้ในสาขาต่างๆ อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน โดยเฉพาะการนำไปใช้ในการดำเนินการประชุมต่างๆ (สุภัทร ชูประดิษฐ์, 2550) ดังนั้นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมและการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล ซึ่งพบว่าบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสถิติและระเบียบวิธีการวิจัย รวมทั้งขาดทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป บุคลากรมีภาระงานมาก มีเวลาไม่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยที่ใช้ระยะเวลาในการจัดทำผลงานวิจัยเป็นเวลานาน วิทยาการที่มีความรู้ความสามารถในสายงานสุขภาพมีจำนวนน้อย วิทยาการบางท่านไม่ได้เป็นคนในพื้นที่เป็นอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารหรือสอบถามข้อสงสัย และ บุคลากรขาดความมั่นใจในการเขียนและนำเสนอผลงานวิชาการ จึงมีการกำหนดอนาคตที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ คือ บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งความรู้ความเข้าใจในเรื่องสถิติและระเบียบวิธีการวิจัย และทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป มีแผนการดำเนินงาน กำหนดตารางกิจกรรม และกำหนดวันเวลาที่ชัดเจนล่วงหน้าเพื่อบุคลากรได้วางแผนจัดสรรเวลาได้ลงตัว จัดหาวิทยาการที่มีความรู้ ความสามารถในพื้นที่ มีความเข้าใจในสายงานสุขภาพ และมีจิตบริการในการช่วยเหลือ สนับสนุน แก้ไขปัญหาอุปสรรคในการทำวิจัยของบุคลากรได้

อย่างสม่ำเสมอ และมีการพัฒนาศักยภาพการเขียนรายงานการวิจัย การนำเสนอผลงานวิจัย และมีเวทีในการสาธิต ฝึกซ้อม ฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากร จากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนด แนวทางการกำหนดรูปแบบการจัดทำผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขของบุคลากรในองค์กร กลยุทธ์พัฒนาศักยภาพบุคลากร การส่งเสริมการเผยแพร่ผลงาน และเกิดโครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข และเวทีวิชาการด้านวิจัย ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวางแผนและการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจะทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน รวมทั้งการเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการผลิตที่ต้องการ (Miller. 1998 อ้างใน Glanz, Carbone & Song. 1999)

การพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ด้านสถิติพื้นฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป การจัดทำผลงานวิจัย และการจัดเวทีฝึกปฏิบัติในการเผยแพร่ผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมและ การนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล ทำให้เกิดโครงการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข โดยกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการฝึกอบรม พร้อมปฏิบัติงานจริง (On the Job Training) จำนวน 5 ระยะ โดยในระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้เกี่ยวกับสถิติวิจัย จำนวน 2 วัน ซึ่งในระยะนี้ผู้วิจัยได้เรียนรู้เกี่ยวกับสถิติวิจัยเบื้องต้น ทำให้ผู้วิจัยได้ทบทวนและเพิ่มพูนองค์ความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น จากนั้นเข้าสู่ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพด้านการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป จำนวน 2 วัน โดยผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงวิธีการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและฝึกการวิเคราะห์ข้อมูล ต่างๆทั้งสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ นำความรู้จากการอบรมระยะที่ 1 มาใช้ประโยชน์ให้สอดคล้องกับระยะที่ 2 เมื่อผู้วิจัยมีความรู้ความเข้าใจ และมีความมั่นใจในองค์ความรู้ด้านสถิติวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล แล้ว จึงดำเนินการระยะที่ 3 – 5 การพัฒนาศักยภาพด้านระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 3 วัน รวม 9 วัน โดยทุกระยะของการอบรมมีวิทยากรดูแลชี้แนะอย่างใกล้ชิด มีการกระตุ้น อารมณ์ทางบวก เช่น พลังจิตใจ บรรยายการเรียนที่เป็นกันเอง จะมีส่วนในการเสริมสร้างความมั่นใจของผู้เรียนเพิ่มมากขึ้น (Bandura, 1977) โดยในแต่ละระยะมีการเว้นระยะให้ผู้วิจัยได้ค้นคว้า หาความรู้ โดยสามารถสอบถาม ปรีกษาวิทยากรผู้สอนได้ตลอดเวลา รวมทั้งสามารถนำปัญหา อุปสรรค หรือข้อข้องใจต่างๆ ไปพบวิทยากรผู้สอนได้เสมอ ทำให้ผู้วิจัยมีความมั่นใจ ปัญหาที่คล้อยคลายโดยเร็วและมีกำลังใจในการทำงานวิจัยให้สำเร็จ ซึ่งการจัดกิจกรรมดังกล่าวเป็นเหมือนกระบวนการร่วมมือกันของผู้ร่วมวิจัยเพื่อการเรียนรู้ พัฒนา ปรับปรุง และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วยกระบวนการรวบรวมปัญหาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตและสะท้อน การปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนการปฏิบัติ เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับการศึกษาที่เกี่ยวกับการปฏิบัติ มีความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Collaboration) มุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ (Focus on a practical problems or solution of practical problems) มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (Changes in practice) และมีการพัฒนาความรู้หรือทฤษฎี (Theory development) (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2539) และเมื่อผลงานวิจัยสำเร็จจุล่งแล้วจึงดำเนินโครงการเวทีนำเสนอผลวิชาการด้านการวิจัย โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการในการเขียนผลงานวิจัย (Menu script) และ จัดทำผลงานในการนำเสนอด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และการนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการทางวาจา (Oral Presentation) จากกิจกรรมทั้งหมด ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการเขียนและการนำเสนอผลงานวิจัย บุคลากรมีความมั่นใจในการนำเสนอผลงานวิจัย สร้างเสริมประสบการณ์ในการนำเสนอผลงานวิจัยของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับเดวิด แมคเคลแลนด์ (McClellan, David C., 1961) ที่กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ ถ้ามนุษย์มีแรงจูงใจในทางที่ดี

ที่สูงขึ้นมนุษย์ต้องการที่จะพัฒนาตนเองให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น มนุษย์มีแรงจูงใจจะทำให้มนุษย์กระทำการสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ มีความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง และความต้องการพัฒนาการชีวิต

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้จัดตั้งเครือข่ายพัฒนาผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ประกอบด้วย ผลงานการวิจัย การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) นวัตกรรม เป็นต้น และในส่วนของผลงานวิชาการด้านวิจัยนั้น ได้นำโปรแกรมการพัฒนาผลงานวิจัยด้านสาธารณสุขดังกล่าวไปปรับใช้เพื่อการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งการนำกิจกรรมดังกล่าวไปกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการด้านสาธารณสุขของจังหวัดชุมพร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเสริมพลังโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม การจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับกลุ่มเครือข่ายวิชาการซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานวิชาการ กลุ่มผู้ที่เคยมีประสบการณ์การวิจัยมาแล้ว และผู้ที่สนใจที่จะจัดทำผลงานวิจัยในอนาคตเพื่อสะท้อนต่อข้อมูลและร่วมวางแผนการพัฒนาการจัดทำผลงานวิชาการด้านการวิจัย หรือผลงานวิชาการด้านอื่นๆต่อไป
2. ผู้รับผิดชอบงานวิชาการระดับจังหวัด นำเสนอผลการวิจัยเผยแพร่ในทุกระดับ เช่น ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และสามารถนำรูปแบบการการพัฒนาผลงานวิจัยซึ่งได้พัฒนามาอย่างมีระบบไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่หรือสถานบริการดังกล่าว และพัฒนาให้ผลงานวิจัยได้เผยแพร่สู่สาธารณชนเพื่อประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง. (2562). ผลของโปรแกรมการพัฒนาผลงานวิจัย โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์.
- เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : กรมวิชาการ
- คิดณรงค์ โคตรทอง. (2564). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านยางเชิงตำบลไร่น้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานีจังหวัดอุบลราชธานี*. [ปริญาสาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัยพนธ์]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ประเวศ วะสี, ป. (2540). ประชาสังคม ทรรศนะนักคิดสังคมไทย. ใน: ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาคการณ์ไกล (บรรณาธิการ). หน้า 3-36. กรุงเทพฯ: มติชน.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. [ปริญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุภัทร ชูประดิษฐ์. (2550). การทำงานในชุมชน. สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2567,
<http://gotoknow.org/blog/communityblog>.สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์
ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ. (2560). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580*.
https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. (2567). แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ
2567. ชุมพร : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
Bandura, A. (1977). Self-Efficacy.The Exercise of Control. New York: W. H. Freeman & Co.
Glanz , Karen . Carbone , Elena & Song , Valerie. (1999). Formative research for
developing targeted Skin cancer prevention programs for children in multiethnic
Hawaii. *Health Education Research*. 14(2), 155-166.
McClelland, David C. (1961). The Achieving Society. New York : D. Van Nostrand Company Inc.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Influencing the Core Competencies of Public Health Personnel in
Sub-district Health Promoting Hospitals, Suphanburi Province

นุชิตา ม่วงงาม¹, จารุวรรณ ธาดาเดช^{2*}, จุฑาธิป ศิลบุตร³

Nuchita Muangngam¹, Charuwan Tadadej^{2*}, Jutatip Sillabutra³

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล¹

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล²

ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล³

Master of Science Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University¹

Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University²

Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University³

(Received: August 28, 2024; Revised: September 10, 2024; Accepted: October 30, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงจิต ปัจจัยด้านทุนกับสมรรถนะหลัก กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นข้าราชการจำนวน 327 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient พบว่าแบบสอบถามสมรรถนะหลัก ปัจจัยเชิงจิตและปัจจัยด้านทุน มีค่าเท่ากับ 0.94, 0.83, 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สถิติทดสอบไคสแควร์และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถนะหลักอยู่ในระดับปานกลาง (2.90 ± 0.30) ปัจจัยเชิงจิตอยู่ในระดับมาก (3.82 ± 0.50) ปัจจัยด้านทุนอยู่ในระดับมาก (3.51 ± 0.62) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะหลัก ได้แก่ ปัจจัยเชิงจิต ($r = 0.653$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยด้านทุน ($r = 0.458$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยปัจจัยเชิงจิตเป็นปัจจัยที่ใช้ในการอธิบายสมรรถนะหลักของบุคลากรได้ร้อยละ 42.4

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำปัจจัยเชิงจิตไปกำหนดขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบงานให้ชัดเจน การจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอกับปริมาณงาน รวมถึงการจัดสรรผลตอบแทนที่เหมาะสมเป็นธรรม เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขมีสมรรถนะหลักที่ดีและส่งผลให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบผลสำเร็จ

คำสำคัญ : สมรรถนะหลัก, บุคลากรด้านสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ปัจจัยเชิงจิต, ปัจจัยด้านทุน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: charuwan.tad@mahidol.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 026448833 ต่อ 110)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to investigate the influence of personal characteristics, motivational factors and hygiene factors on core competencies. The study included 327 public health personnel from sub-district health promoting hospitals in Suphanburi province, selected through cluster sampling. The reliability analysis showed Cronbach's Alpha Coefficients of 0.94, 0.83 and 0.88 for core competencies, motivational factors, and hygiene factors, respectively. Data analysis was conducted using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, Chi-Square test, and Multiple Regression Analysis.

The findings indicated that participants had a moderate level of core competency (2.90 ± 0.30), a high level of motivational factors (3.82 ± 0.50) and a high level of hygiene factors (3.51 ± 0.62). Core competency was positively correlated with both motivational factors ($r = 0.653$, $p < 0.001$) and hygiene factors ($r = 0.458$, $p < 0.001$). Motivational factors were found to be the primary predictor of core competencies, explaining 42.4% of the variance.

It could be suggested that directors of sub-district health promoting hospitals should emphasize motivational factors by establishing clear job responsibilities, ensuring adequate staffing levels to match workload, and implementing fair compensation systems. These measures could enhance the core competencies of public health personnel and improve the overall effectiveness of sub-district health promoting hospitals

Keywords : Core competency, Public health personnel, Sub-district Health Promoting Hospitals, Motivational Factors, Hygiene Factors

บทนำ

สมรรถนะหลักเป็นความสามารถหรือสิ่งต่างๆที่มีอยู่ในตัวบุคคล คุณลักษณะเชิงพฤติกรรม ซึ่งเหล่านี้คือปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความสามารถบุคคลก่อให้เกิดประสิทธิผลสำเร็จในการปฏิบัติงานและจากนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) มีเป้าหมายพัฒนาประเทศให้เกิดความยั่งยืน มีความต้องการให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดีในประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561)

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นหน่วยบริการด่านหน้าใกล้ชิดชุมชนและประชาชนมากที่สุดเพื่อเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการและลดช่องว่างในการรักษาการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาล ช่วยให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2566) เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีให้แก่ประชาชนทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจและด้านสังคม (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ปีงบประมาณ 2566 ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากระบบควบคุมสั่งการโดยระบบบริหารราชการส่วนกลางจากกระทรวงสาธารณสุขและระบบบริหารราชการส่วนภูมิภาค โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นระบบกำกับดูแลและส่งเสริม สนับสนุน (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ, 2566) โดยอยู่ภายใต้การดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี ตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชนได้ตรงจุดภายใต้หลักธรรมาภิบาลและเพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านการบริการสุขภาพ (Nationtv Story, 2565)

ข้อมูลของปีงบประมาณ 2566 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ถ่ายโอนจำนวน 3,263 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.5 จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 6,872 แห่ง ใน 49 จังหวัดที่มีการถ่ายโอน แต่พบว่ามียังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียง 6 จังหวัดที่ได้ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั้งหมดร้อยละ 100 (สมธนิ์ก โชติช่วงฉัตรชัย และคณะ, 2565) ซึ่งจังหวัดสุพรรณบุรี ก็เป็นหนึ่งในหกจังหวัดที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปทั้งจังหวัด โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 174 แห่ง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อใช้ประเมินบุคลากร ได้แก่ 1.การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2.การยึดมั่นในความถูกต้องและจริยธรรม 3.ความเข้าใจในองค์กรและระบบงาน 4.การบริการเป็นเลิศ 5.การทำงานเป็นทีม บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อได้ถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นบุคลากรของส่วนท้องถิ่น มีความจำเป็นต้องใช้สมรรถนะหลักตามที่คณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น (ก.อ.) ได้กำหนด ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ประชาชนได้รับประโยชน์ (สมหญิง ทับเรือง, 2564)

นอกจากสมรรถนะหลักที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพึงมีแล้วนั้น จากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายด้านที่มาเกี่ยวข้อง ซึ่งแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ได้แก่ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน (Herzberg et al, 1959) ก็เป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญที่กล่าวว่าเป็นเครื่องมือกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ

หลังจากการถ่ายโอนการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีประเด็นปัญหาในส่วนของนโยบายและการบริหารงานที่ยังมีความไม่ชัดเจน ระบบงานไม่มีผู้ที่ติดตามงานในด้านต่างๆโดยตรง ทำให้เกิดช่องว่างในการติดต่อประสานงาน ซึ่งจากทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ที่กล่าวไปข้างต้นประกอบด้วยปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน (Herzberg et al, 1959) ในองค์ประกอบของปัจจัยค้ำจุนในด้านนโยบายและการบริหารงาน หากความสามารถในการจัดการและบริหารงาน การจัดระบบงานไม่ชัดเจนก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานและสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรได้

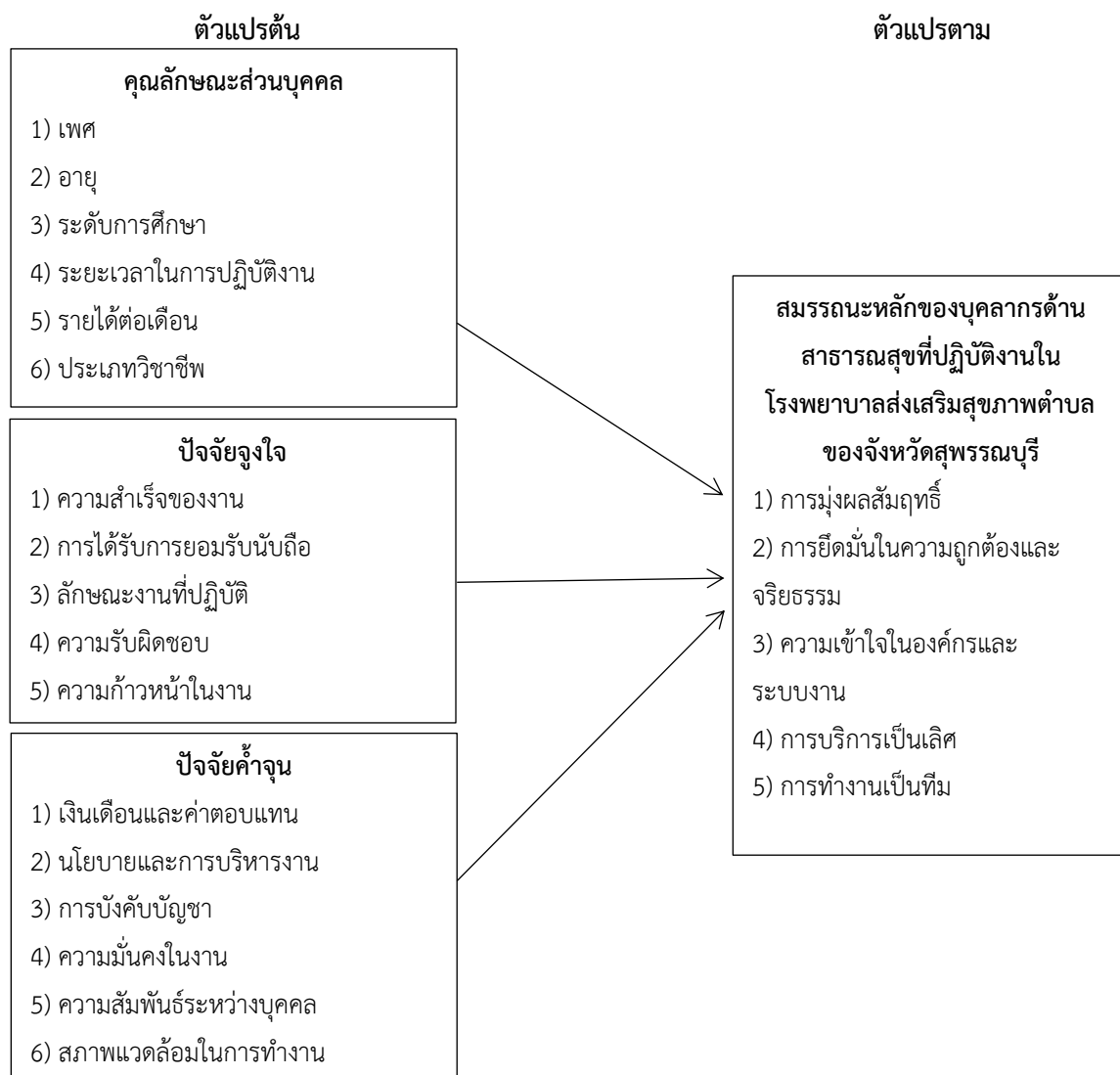
จากเหตุผลข้างต้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาอิทธิพลของปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ผลจากการศึกษาจะนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำข้อมูลไปเป็นแนวทางพัฒนาสมรรถนะบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนกับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสาร แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาอิทธิพลระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน (Herzberg et al, 1959) กับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรีที่เป็นข้าราชการที่มีตำแหน่งการทำงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 523 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน 5 อำเภอของจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) ได้แก่ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี อำเภอสองพี่น้อง อำเภอด่านช้าง อำเภอบางปลาม้าและอำเภอศรีประจันต์ จำนวน 327 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นข้าราชการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มีอายุตั้งแต่ 22-60 ปี และมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก คือ บุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาพักผ่อน ลาก่อนคลอดบุตรและลาอุปสมบทในระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่วิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือนและประเภทวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน จำนวน 44 ข้อ ตามแนวคิดของ Herzberg (1959)

ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน แบ่งเกณฑ์การแปลค่าคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อยและระดับน้อยที่สุด ดังนี้

ระดับคะแนน 4.51 – 5.00 หมายถึง ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมากที่สุด

ระดับคะแนน 3.51 – 4.50 หมายถึง ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก

ระดับคะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับน้อย

ระดับคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 สมรรถนะหลัก จำนวน 25 ข้อ ตามแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น (สมหญิง ทับเรือง, 2564) และแบ่งเกณฑ์การแปลค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้สูตรคำนวณหาความกว้างอันตรภาคชั้นของ Best (1981) ดังนี้

ระดับคะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง สมรรถนะหลักอยู่ในระดับมาก

ระดับคะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง สมรรถนะหลักอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง สมรรถนะหลักอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะและอื่นๆ เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจ ปัจจัย
ค้ำจุนและสมรรถนะหลัก จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม ตามเทคนิค
Content Validity Index (CVI) โดยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านเวชศาสตร์
ชุมชน การพยาบาลและการประยุกต์ใช้ทางสถิติ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาในแต่ละข้อ
คำถาม ผลการทดสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.89

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดสอบกับประชากรที่มี
คุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสามชุก จังหวัด
สุพรรณบุรี จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์
Cronbach's Alpha Coefficient พบว่าแบบสอบถามสมรรถนะหลัก มีค่าเท่ากับ 0.94 แบบแบบสอบถามปัจจัย
จูงใจมีค่าเท่ากับ 0.83 และแบบแบบสอบถามปัจจัยค้ำจุน มีค่าเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นดำเนินการส่งแบบสอบถามผ่านทางไปรษณีย์ให้แก่
บุคลากรทุกคนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก พร้อมเอกสารชี้แจงรายละเอียด หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและขอรับ
แบบสอบถามคืนด้วยตนเองทั้งหมด และได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 314 ชุด เมื่อผู้วิจัยตรวจสอบความ
สมบูรณ์ของแบบสอบถาม สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้มีจำนวนทั้งหมด 302 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.18
ของแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สถิติทดสอบ
ไคสแควร์ (Chi-Squared Test) และสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติดำเนินการวิจัยโดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566 COA.No. MUPH 2023-129
และคณะผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัดและชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามให้
ผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการ
วิจัย หากผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความไม่สบายใจหรือไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลระหว่างการวิจัย สามารถปฏิเสธ
การเข้าร่วมวิจัยได้ทันที

ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.20 มีอายุระหว่าง 22-60 ปี อายุเฉลี่ย 40.71 ± 9.41 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 87.40 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานระหว่าง 1 – 40 ปี โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 - 70,000 บาท ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 33.44

2. **ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี**

ตาราง 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักในรายด้านและภาพรวม ($n = 302$)

สมรรถนะหลัก	Mean $\pm$ S.D.	ระดับ
การมุ่งผลสัมฤทธิ์	2.72 ± 0.45	ปานกลาง
การยึดมั่นในความถูกต้องและจริยธรรม	2.91 ± 0.28	ปานกลาง
ความเข้าใจในองค์กรและระบบงาน	2.71 ± 0.46	ปานกลาง
การบริการเป็นเลิศ	2.92 ± 0.27	ปานกลาง
การทำงานเป็นทีม	2.89 ± 0.31	ปานกลาง
ภาพรวม	2.90 ± 0.30	ปานกลาง

จากตาราง 1 เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า บุคลากรมีสมรรถนะหลักอยู่ในระดับปานกลาง (2.90 ± 0.30) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะหลักด้านการบริการเป็นเลิศ (2.92 ± 0.27) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาด้านการยึดมั่นในความถูกต้องและจริยธรรม (2.91 ± 0.28) ด้านการทำงานเป็นทีม (2.89 ± 0.31) ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ (2.72 ± 0.45) และด้านความเข้าใจในองค์กรและระบบงาน (2.71 ± 0.46) ตามลำดับ

3. **ระดับปัจจัยจูงใจของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี**

ตาราง 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยจูงใจในภาพรวมและรายด้าน ($n = 302$)

ปัจจัยจูงใจ	Mean $\pm$ S.D.	ระดับ
ความสำเร็จของงาน	4.02 ± 0.58	มาก
การได้รับการยอมรับนับถือ	3.60 ± 0.61	มาก
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	3.60 ± 0.69	มาก

ปัจจัยจิตใจ	Mean $\pm$ S.D.	ระดับ
ความรับผิดชอบ	4.05 $\pm$ 0.65	มาก
ความก้าวหน้าในงาน	3.46 $\pm$ 0.74	ปานกลาง
ภาพรวม	3.82 $\pm$ 0.50	มาก

จากตาราง 2 เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า บุคลากรมีปัจจัยจิตใจอยู่ในระดับมาก (3.82 $\pm$ 0.50) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.05 $\pm$ 0.65) รองลงมาด้านความสำเร็จของงาน (4.02 $\pm$ 0.58) ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ (3.60 $\pm$ 0.61) ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (3.60 $\pm$ 0.69) และด้านความก้าวหน้าในงาน (3.46 $\pm$ 0.74) ตามลำดับ

4. ระดับปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยค้ำจุนในภาพรวมและรายด้าน (n = 302)

ปัจจัยค้ำจุน	Mean $\pm$ S.D.	ระดับ
เงินเดือนและค่าตอบแทน	3.00 $\pm$ 0.78	ปานกลาง
นโยบายและการบริหารงาน	3.51 $\pm$ 0.73	มาก
การบังคับบัญชา	3.52 $\pm$ 0.71	มาก
ความมั่นคงในงาน	3.43 $\pm$ 0.88	ปานกลาง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.79 $\pm$ 0.75	มาก
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	3.37 $\pm$ 0.69	ปานกลาง
ภาพรวม	3.51 $\pm$ 0.62	มาก

จากตาราง 3 เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า บุคลากรมีปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก (3.51 $\pm$ 0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.79 $\pm$ 0.75) รองลงมาด้านการบังคับบัญชา (3.52 $\pm$ 0.71) ด้านนโยบายและการบริหารงาน (3.51 $\pm$ 0.73) ด้านความมั่นคงในงาน (3.43 $\pm$ 0.88) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน (3.37 $\pm$ 0.69) และด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน (3.00 $\pm$ 0.78) ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับสมรรถนะหลัก (n = 302)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ระดับสมรรถนะหลัก		χ^2	df	p-value
	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)			
เพศ			0.175	1	0.675
ชาย	66 (91.70)	6 (8.30)			
หญิง	207 (90.00)	23 (10.00)			
อายุ (ปี)			1.042	3	0.791
22-30	39 (90.70)	4 (9.30)			
31-40	105 (92.10)	9 (7.90)			
41-50	80 (87.90)	11 (12.10)			
51-60	49 (90.70)	5 (9.30)			
ระดับการศึกษา			2.573	2	0.276
ปวส.หรือเทียบเท่า	12 (100.00)	0 (0.00)			
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	236 (89.40)	28 (10.60)			
ปริญญาโทขึ้นไป	25 (96.20)	1 (3.80)			
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)			5.914	3	0.116
1-5	62 (88.60)	8 (11.40)			
6-10	88 (95.70)	4 (4.30)			
11-15	61 (84.70)	11 (15.30)			
16 หรือมากกว่า	62 (91.20)	6 (8.80)			
รายได้ต่อเดือน (บาท)			4.842	4	0.304
10000 - 20000	59 (89.40)	7 (10.60)			
20001 - 30000	77 (90.60)	8 (9.40)			
30001 - 40000	35 (94.60)	2 (5.40)			
40001 - 50000	47 (83.90)	9 (16.10)			
50001ขึ้นไป	55 (94.80)	3 (5.20)			

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับสมรรถนะหลัก (n = 302) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ระดับสมรรถนะหลัก		χ^2	df	p-value
	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)			
ประเพณีวิชาชีพ			6.60	4	0.159
พยาบาลวิชาชีพ	94 (93.10)	7 (6.90)			
นักวิชาการสาธารณสุข	82 (88.20)	11 (11.80)			
แพทย์แผนไทย	4 (100.00)	0 (0.00)			
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	66 (85.70)	11 (14.30)			
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	27 (100.00)	0 (0.00)			

หมายเหตุ *p-value < 0.05

จากตาราง 4 พบว่า การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือนและประเพณีวิชาชีพกับสมรรถนะหลัก โดยใช้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Squared Test) พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตใจ ปัจจัยคำจูนกับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยจิตใจ ปัจจัยคำจูนกับสมรรถนะหลัก (n = 302)

ตัวแปร	สมรรถนะหลัก		ขนาดความสัมพันธ์
	r	p-value	
ปัจจัยจิตใจ	0.653**	<0.001	สูง
ปัจจัยคำจูน	0.458**	<0.001	ปานกลาง

หมายเหตุ *p-value < 0.001

จากตาราง 5 พบว่า การศึกษานี้ปัจจัยจิตใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับสมรรถนะหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ส่วนปัจจัยคำจูนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับสมรรถนะหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)

7. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลัก (n = 302 คน)

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.654		9.784	<0.001
ปัจจัยจิตใจ	0.680	0.685	10.665	<0.001
ปัจจัยคำจูน	-0.36	-0.44	-0.681	0.497

$R^2 = 0.428$, Adjusted $R^2 = 0.424$

จากตาราง 6 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลัก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter โดยตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ คือ ปัจจัยจิตใจและปัจจัยคำจูน ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายสมรรถนะหลักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คือ ปัจจัยจิตใจ (Beta = 0.685) อธิบายความแปรปรวนสมรรถนะหลักได้ร้อยละ 42.4 (Adjusted $R^2 = 0.424$) ส่วนตัวแปรปัจจัยคำจูนไม่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลัก ซึ่งจากผลการวิเคราะห์สามารถสร้างสมการทำนายสมรรถนะหลักดังนี้ สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ สมรรถนะหลัก = $1.654 + 0.680$ (ปัจจัยจิตใจ)

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อพิจารณาคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี มีอายุระหว่าง 22-60 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่มีประเภทวิชาชีพเป็นพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และมีบุคลากรบางส่วนที่มีประเภทวิชาชีพเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่มีการศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี

บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 – 40,000 บาท ซึ่งเงินเดือนเพิ่มขึ้นตามอายุราชการมีความสอดคล้องกับระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่กว่าครึ่งหนึ่งบุคลากรมีระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขในเขตอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและบุคลากรส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี

สมรรถนะหลักของบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง (2.90 ± 0.30) ซึ่งการประเมินสมรรถนะหลักในบุคลากรด้านสาธารณสุขตามแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีศักยภาพและให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งการมีสมรรถนะหลักจะเป็นส่วนช่วยในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากร นำไปสู่การปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรและสามารถพัฒนาองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล และคณะ (2566) และ

วิลาวัลย์ พุดติ (2562) แต่แตกต่างจากการศึกษาของเทพอินทร เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2562) เป็นการศึกษาในช่วงก่อนการถ่ายโอนภารกิจพบว่ามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงาน ส่งผลต่อความสำเร็จของงาน Herzberg, et al (1959) และจากการศึกษาของ Bytyqi. (2020) เมื่อบุคลากรมีระดับปัจจัยจูงใจที่ดีจะส่งผลให้บุคลากรนั้นยินดีที่จะทำงานให้สำเร็จอย่างเต็มความสามารถและสามารถแก้ไขปัญหาในการทำงานได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยจูงใจของบุคลากรอยู่ในระดับมาก (3.82 ± 0.50) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริินภา ภูซาดา และคณะ (2566) และประวีณา สุขขุนทด และคณะ (2566) และ Karaferis, et al (2022) เมื่อพิจารณาารายด้านของปัจจัยจูงใจในด้านความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.05 ± 0.65) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumarasinghe, & Samaranayake. (2020) ที่ศึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศรีลังกา

ปัจจัยค้ำจุนเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความไม่พอใจในการทำงาน หากบุคลากรมีปัจจัยค้ำจุนที่ดี เช่นเงินเดือน และค่าตอบแทนที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคลากรปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษา พบว่าปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรอยู่ในระดับมาก (3.51 ± 0.62) สอดคล้องกับการศึกษาของนพพร รัตนจริยา และชนะพล ศรีฤทธา (2564) และการศึกษาของวรารณณ์ เขตผดุง, และคณะ (2567) แต่เมื่อพิจารณาารายด้านของปัจจัยค้ำจุนพบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.79 ± 0.75) แตกต่างจากการศึกษาของ Rai, et al (2021) ที่ศึกษากับพยาบาลใน Bangalore พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ($r = 0.653$, $r = 0.458$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ โคตรสมบัติ (2566) และการศึกษาของเทพอินทร เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2562) และสอดคล้องกับทฤษฎีของ Herzberg ที่ปัจจัยจูงใจเป็นสิ่งที่ผลักดันให้บุคลากรแสดงศักยภาพในการทำงานและปฏิบัติงานได้ตามสมรรถนะหลักที่องค์กรคาดหวัง ส่วนปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ เงินเดือนและค่าตอบแทน, นโยบายและการบริหารงาน, การบังคับบัญชา, ความมั่นคงในงาน, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงานจะช่วยส่งเสริมให้การทำงานเป็นไปด้วยดี

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน และประเภทวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ทองทาสี (2566) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Hye-Young Park, et al (2017) ที่ศึกษากับพยาบาลในประเทศเกาหลี

นอกจากนี้การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยจูงใจมีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลัก โดยสามารถทำนายสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรีได้ร้อยละ 42.4 ($\text{Adjust } R^2 = 0.424$) ในการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรควรได้รับงานที่ตรงกับความสามารถของตนเอง รวมถึงการได้รับการเลื่อนขั้นเงินเดือนที่เหมาะสม จึงส่งผลให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงาน พร้อมปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจ เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรและเป็นไปตามสมรรถนะหลักที่องค์กรคาดหวัง

การส่งเสริมให้บุคลากรมีปัจจัยจิตใจและปัจจัยคำจูนที่ดีมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้บุคลากรแสดงศักยภาพซึ่งส่งผลให้บุคลากรเกิดความร่วมมือกันภายในองค์กรและนำพาองค์กรไปสู่ผลสำเร็จ Ariyani, & Setiyadi (2024) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ สุดท้ายนี้ปัจจัยจิตใจและปัจจัยคำจูนเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี เนื่องจากบุคลากรเข้าใจบทบาทการทำงานของตนเองและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำงานได้อย่างอิสระ รวมถึงการได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรปัจจัยจิตใจมีอิทธิพลกับสมรรถนะหลักของบุคลากร ซึ่งตัวแปรปัจจัยจิตใจประกอบด้วยความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบและความก้าวหน้าในงาน ผู้บังคับบัญชาควรส่งเสริมบุคลากรในด้านนี้ เช่น ควรมีการจัดอบรมทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีบุคลากรที่สามารถเป็นที่ปรึกษาในงานด้านต่างๆ เพื่อให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและสามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานและทำให้งานประสบผลสำเร็จ ผู้บังคับบัญชาควรเปิดโอกาสให้บุคลากรแสดงความคิดเห็น ให้ความไว้วางใจในการปฏิบัติงาน ให้การยอมรับ รวมถึงให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนขั้นตอนการปฏิบัติงาน มีอิสระในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบและให้อำนาจในการตัดสินใจ ผู้บังคับบัญชาควรให้การสนับสนุนบุคลากร ช่วยเหลือและให้ความเป็นธรรมแก่บุคลากรทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เช่น มีการเลื่อนขั้นเงินเดือนที่เหมาะสม ให้ความก้าวหน้าในงานตามความรู้ความสามารถและผลการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ผลการวิจัยครอบคลุมปัญหายิ่งขึ้นและเพื่อให้บุคลากรสามารถสะท้อนความต้องการได้ดียิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้มีผลการศึกษาเปรียบเทียบในพื้นที่ที่ถ่ายโอนภารกิจและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อจะได้ทราบถึงและสมรรถนะหลักของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการพัฒนาต่อไป
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในทฤษฎีหรือตัวแปรอื่นๆที่สามารถอธิบายถึงสมรรถนะหลักของบุคลากรได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2565. จาก https://pakphananghealth.com/data2555/1/b1293010020_3.pdf
- ฉวีวรรณ ทองทาสี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 32(1), 28-40.
- เทพอินทร เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา, และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2562). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12(2), 42-51.

- นพพร รัตนจริยา, และชนะพล ศรีฤๅชา. (2564). แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 588-604.
- ประวีณา สุ่มขุนทด, และประจักษ์ บัวผัน. (2566). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 9(2), 32-45.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. (2562, 30 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก, หน้า166.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, อิชณนิม สุทธิพงษ์ประชา, ศิริศักดิ์ เหล่าจันทาม, กฤษฎวรรณ โสวัชรินทร์, และปานปั้น ร่องหานาม. (2566). การขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2566. จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5835/hs2955.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล, ฉัตรสุมน พฤตมิญโญ, และณัฐนารี เอมยงค์. (2566). สมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 9(1), 36-47.
- วราภรณ์ เขตผดุง, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุรัชย์ พิมหา, และนครินทร์ ประสิทธิ์. (2567). แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(2), 22-32.
- วิลาวัลย์ พุดติ. (2562). การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 4(3).
- ศิริรณภา ภูชาดา, มกราพันธ์ จุฑะรสก, และประจักษ์ บัวผัน. (2566). แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(2), 74-96.
- สุธนฐรดา กุบแก้ว. (2562). ปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเกริก.
- สุวัฒน์ โคตรสมบัติ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อพัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 19(1), 29-36.
- สมณีก โชติช่วงฉัตรชัย, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ศรณีย์ อวนศรี, วัฒนรัตน์ วัฒนศิริ, ศักดิ์ อธิพิสิฐ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, และวไลยพร พชรนฤมล. (2565). รายงานฉบับสมบูรณ์ กลไกการประมวลสถานการณ์และการสนับสนุนงานวิชาการนโยบายและระบบสุขภาพ กรณีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด. สืบค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2566. จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5864?locale-attribute=th>

- สมหญิง ทับเรือง. (2564). *คู่มือการกำหนดสมรรถนะสำหรับข้าราชการส่วนท้องถิ่น คู่มือสมรรถนะหลัก*. สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2566. จาก https://www.nongspring.go.th/project_detail.php?hd=24&dolP=1&checkIP=chkIP&id=30776&checkAdd=chkAd&dum=43169_ypk
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติพ.ศ. 2561 - 2580*. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2565. จาก http://nscr.nesdc.go.th/wpcontent/uploads/2023/06/NS_PlanOct2018.pdf
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2566). *คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566*. สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2566. จาก <https://www.uckkpho.com/download/3685>
- Ariyani E.D., & Setiyadi N.A. (2024). The relationship between motivation and the performance of toddler integrated service post cadres in the Serogiri community health center work area. *Journal of UINSU*, 6(1), 222-231.
- Best J.W. (1981). *Research in Education*. New Jersey: Prentice – Hall.
- Bytyqi Q. (2020). The impact of motivation on organizational commitment: An empirical study with Kosovar employees. *Prizren Social Science Journal*, 4(3), 24-32.
- Herzberg F., Mausner B., & Snyderman BB. (1959). *The motivation to work*. New York: Routledge.
- Hye-Young Park, & Ji-Soo Kim. (2017). Factor influencing disaster nursing core competencies of emergency nurse. *Journal of Elsevier*, 37, 1-5.
- Karaferis D., & Aletras V., & Raikou M., & Niakas D. (2022). Factor influencing motivation and work engagement of healthcare professionals. *Journal of Mater Sociomed*, 34, 216-224.
- Kumarasinghe M., & Samaranayake D. (2020). Job satisfaction and associated factors among Public Health Inspectors in Sabaragamuwa Province, Sri Lanka: pre-COVID-19 era. *Sri Lanka Journal of Social Sciences*, 43(2), 99-108.
- Nationtv Story. (2565). รพ.สต.ถ่ายโอนสู่อบจ. จี๊กซอว์ขึ้นสำคัญ กระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2567. จาก <https://www.nationtv.tv/news/social/378886741>
- Rai R., & Thekkekara J.V., & Kanhare R. (2021). Herzberg's Two Factor Theory: A Study on Nurses's Motivation. *Journal of Allied Health Sciences*, 1(1), 13-17.

การประเมินผลโครงการนำร่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน
จังหวัดนนทบุรี ปี 2567

Evaluation of the Pilot Project on Oral Health Care for Diabetic Patients in
Nonthaburi Province, 2024

ดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ*

Dulyarat Thowprasert*

โรงพยาบาลบางกรวย*

Bangkruai Hospital*

(Received: October 31, 2024; Revised: November 8, 2024; Accepted: December 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ตามกรอบแนวคิด CIPP model ด้วยวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยเป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้จากแบบสอบถามประเมินผลโครงการ แบบรายงานตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ และระบบ Health data center ของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนค่ามาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทันตบุคลากรผู้รับผิดชอบในหน่วยงานนำร่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการอยู่ในระดับมาก ($M = 4.06$ SD = 0.78, $M = 3.69$ SD = 1.08, $M = 3.90$ SD = 0.80, $M = 3.89$ SD = 0.67) บริบทของโครงการสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด และสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า มีความไม่เพียงพอในด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ แนวทางการดำเนินงานมีความเหมาะสม สามารถดำเนินงานได้ตามแผน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมทั้งการตรวจคัดกรองและการเข้ารับบริการทันตกรรม ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและขยายบริการทางทันตกรรมต่อไป

คำสำคัญ : การประเมินผล, การดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้ป่วยเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ : (Corresponding e-mail : dulyarat_t@yahoo.com เบอร์โทรศัพท์: 086-7871159)

Abstract

This research aimed to evaluate the oral health care project for diabetic patients in Nonthaburi province across four aspects: context, input, process, and product, following the CIPP model framework. The study employed a mixed-methods approach, combining both quantitative and qualitative research methods. Quantitative data were collected through project evaluation questionnaires, project success indicator reports, and the Ministry of Public Health's Health Data Center system. Data analysis was performed using percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were obtained through in-depth interviews with dental personnel responsible for the pilot units, and analyzed using content analysis.

The results revealed that stakeholders' opinions on the context, input, process, and product aspects of the project were at a high level ($M = 4.06$ $SD = 0.78$, $M = 3.69$ $SD = 1.08$, $M = 3.90$ $SD = 0.80$, $M = 3.89$ $SD = 0.67$, respectively). The project context aligned with the provincial strategic plan and local needs. Regarding input factors, there were inadequacies in budget and equipment resources. The operational guidelines were appropriate, and activities were implemented according to plan. As a result, diabetic patients received oral health promotion and increased access to dental services, including both screening and treatment services. It could be recommended that project stakeholders should apply these research findings as guidelines for further development and expansion of dental services.

Keywords : Evaluation, Oral health care, Diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง หากไม่ดูแลตนเองหรือควบคุมพฤติกรรมสุขภาพให้ดีจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ป่วยประสาท เท้าและปัญหาในช่องปาก จากการศึกษาพบว่าโรคเบาหวานกับโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ โรคปริทันต์อักเสบ โรคฟันผุ การเกิดแผลในช่องปากและเกิดการสูญเสียฟัน (Ide et al., 2011) โรคหรือภาวะเหล่านี้จะพบได้มากในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โดยเฉพาะโรคปริทันต์ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานแบบสองทิศทาง โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะส่งผลให้โรคปริทันต์รุนแรงขึ้น ในทางกลับกันผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Molina et al., 2016) โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ (Llambes et al., 2015) ลักษณะอาการที่เด่นชัดของปริทันต์อักเสบ ได้แก่ เหงือกบวม เจ็บเหงือก เหงือกกรัน ฟันโยก มีกลิ่นปาก ปวดฟัน มีหนองในร่องเหงือกและเกิดการสูญเสียฟันในที่สุด ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก ลดการรักษาที่ซับซ้อน ซึ่งนอกจากการส่งเสริมสุขภาพช่องปากยังต้องมีการดูแลรักษาโรคในช่องปากอย่างต่อเนื่องเพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรคและเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนข้อมูล Health

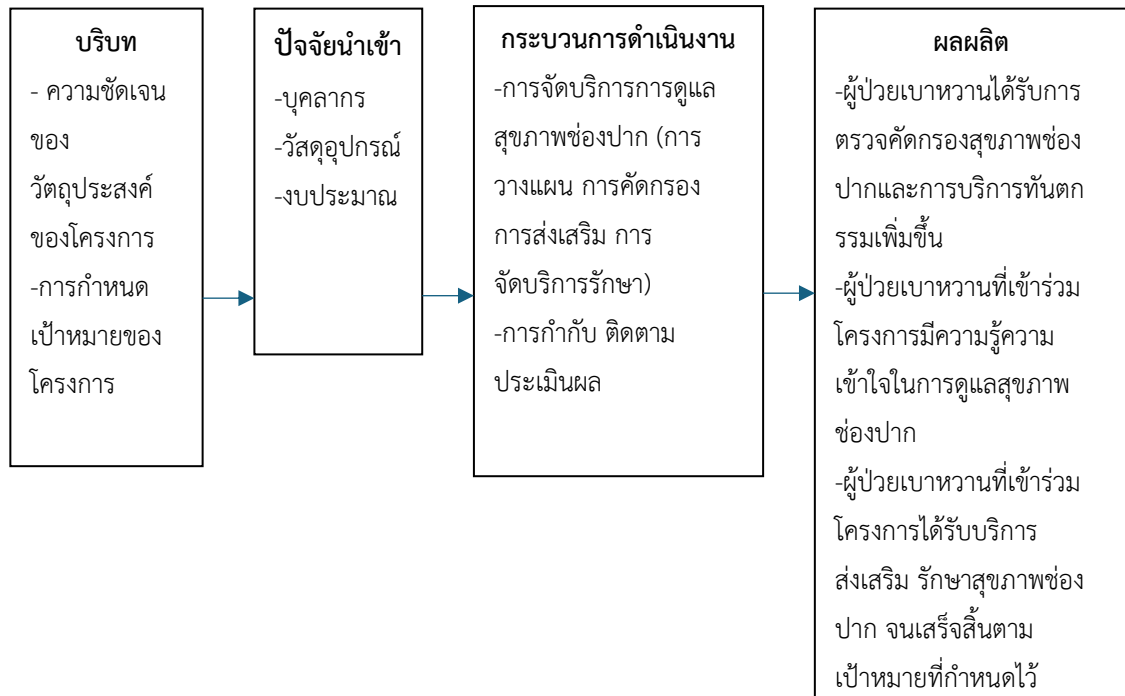
data center ของกระทรวงสาธารณสุข ภาพรวมของจังหวัดนนทบุรี ปีงบประมาณ 2566 ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 12.02 และผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรมร้อยละ 14.96 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนนทบุรียังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและได้รับบริการทันตกรรมเป็นจำนวนน้อย

ในปี 2567 คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาสุขภาพช่องปากเขตสุขภาพที่ 4 มีนโยบายดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้การดำเนินงานไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทางกลุ่มงานทันตสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีจึงได้ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานทั้งในเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพตามความเหมาะสมของบริบทในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดนนทบุรี ซึ่งการดำเนินงานจะต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งทันตบุคลากรรวมถึงตัวผู้ป่วยเบาหวานที่จะต้องมารับการรักษอย่างต่อเนื่องและการดูแลปฏิบัติตนตามคำแนะนำของทันตบุคลากร โดยมีเป้าหมายของโครงการ ดังนี้ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและได้รับการบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น 2) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ 3) ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการบริการการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพในช่องปากได้อย่างเหมาะสมในแต่ละพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงของความรุนแรงของโรคในช่องปาก ผู้วิจัยซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นประธานคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนนทบุรี ดำเนินการขับเคลื่อนแผนงานโครงการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยในปี 2567 คณะกรรมการจึงได้มีความเห็นให้เริ่มดำเนินการนำร่องเข้าร่วมโครงการอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงการจัดบริการทันตกรรมและผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการประเมินผลโครงการที่ดำเนินงานจนเสร็จสิ้นและมีแนวโน้มที่จะดำเนินงานต่อเนื่องไปอีกในอนาคต โดยได้นำการประเมินรูปแบบ CIPP model ของ Stufflebeam (2003) มาใช้ โดยมีกรอบในการประเมิน 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการ เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติได้นำข้อมูลไปใช้ทบทวนโครงการเพื่อการวางแผนพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง และขยายผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อประเมินโครงการนำร่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนนทบุรี ปีงบประมาณ 2567 ด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลผลิต (Product)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสอบถามการประเมินผลโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน แบบรายงานตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ และระบบ Health data center ของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทันตบุคลากรผู้รับผิดชอบโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2567 ในหน่วยงานนำร่อง จำนวน 11 แห่ง คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 2) ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องการดำเนินการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน 3) เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขหรือนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องการดำเนินการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนรวม 43 คน เก็บข้อมูลจากประชากรที่ศึกษาทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ บุคลากรที่ทำงานในหน่วยงานนำร่อง 11 แห่ง ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในปี 2567 และยินยอมที่จะให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ให้ข้อมูลไม่สมัครใจและไม่ยินยอมให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าวไม่น้อยกว่า 6 เดือน

การศึกษาเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ ทันตบุคลากรผู้รับผิดชอบโครงการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยงานนำร่อง 11 แห่ง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัวจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ทันตบุคลากรผู้รับผิดชอบโครงการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยงานนำร่อง 11 แห่งและยินยอมที่จะให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ให้ข้อมูลไม่สมัครใจและไม่ยินยอมให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าวไม่น้อยกว่า 6 เดือน

หน่วยงานนำร่อง 11 แห่งในโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี ปี 2567 ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลบางกรวย 2) โรงพยาบาลบางบัวทอง 3) โรงพยาบาลปากเกร็ด 4) โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์นนทบุรี 5) โรงพยาบาลพิมลราช 6) โรงพยาบาลไทรน้อย 7) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองพระอุดม 8) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเทศบาลตำบลเสาธงหิน 9) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม 10) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด 11) ศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่บ้านสมชาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามการประเมินผลโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานสร้างตามแนวทาง CIPP model ของ Stufflebeam (2003) ประเมิน 4 ด้าน คือ บริบท, ปัจจัยนำเข้า, กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 23 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการ

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน เป็นคำถามปลายเปิด โดยมีกรอบในการประเมิน ตามแนวทาง CIPP model จำนวน 5 ข้อ

คำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

- 1.การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างไร
- 2.ความเพียงพอด้านทรัพยากร (คน เงิน ของ) ในการดำเนินงานโครงการเป็นอย่างไร
- 3.กระบวนการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างไร
- 4.ผลการดำเนินได้ตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ มีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานหรือเป้าหมายอย่างไร กรณีที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย

5.มีปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างไร

3) แบบรายงานตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ โดยเก็บข้อมูลจากแบบรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี

4) ระบบ Health data center ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item - Objective Congruence) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.91 แล้วปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำแบบสอบถามเชิงปริมาณทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มต้นแบบบุคลากรที่ไม่ได้อยู่ในหน่วยงานนำร่อง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามเชิงลึกลำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของประเด็นคำถาม ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของการนำไปใช้ ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1 แล้วนำแนวคำถามไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของคำถาม ลำดับคำถามและระยะเวลาที่ใช้ หลังจากนั้นจัดทำแนวคำถามนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พร้อมกำหนดแนวทางการใช้คำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและลึกซึ้งมากขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีและนายกเทศมนตรีเทศบาลเสาธงหินเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

2) ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย

3) ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง

4) ผู้วิจัยนัดหมายเพื่อขอสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบโครงการ สัมภาษณ์จนข้อมูลอิ่มตัวจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อใช้ในการวิเคราะห์สถิติ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จำแนกหมวดหมู่ และความสอดคล้อง โดยผู้วิจัยเริ่มทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลและนำกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้มาช่วยเชื่อมโยงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 30/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 8 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานปี 2567 จำนวน 43 คน อัตราตอบกลับ ร้อยละ 93.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.5 เป็นทันตแพทย์ ร้อยละ 70.0 เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือนักวิชาการทันตสาธารณสุข ร้อยละ 25.0 ระยะเวลาการทำงานอยู่ระหว่าง 20 – 29 ปี ร้อยละ 35.0

2) ด้านบริบทของโครงการ

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยด้านบริบทของโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี

ด้านบริบท	M	SD	การแปลผล
1.วัตถุประสงค์ของโครงการ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัดนนทบุรี	4.20	0.79	มาก
2.จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการมีความชัดเจน	4.08	0.76	มาก
3.เป้าหมายของโครงการเหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน	3.95	0.71	มาก
4.เป้าหมายของโครงการสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้	3.90	0.78	มาก
5.หัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลเพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมาย	4.13	0.79	มาก
6.เมื่อหัวหน้างานได้รับเป้าหมาย มีการแจ้งให้ในเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบเป้าหมาย	4.30	0.65	มาก
7.หากมีสถานการณ์ทำให้ไม่ได้เป้าหมาย มีการตกลงเพื่อปรับเปลี่ยนเป้าหมายการทำงานจากข้อมูลที่มี	3.88	0.91	มาก
รวม	4.06	0.78	มาก

ด้านบริบท โดยภาพรวมมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ($M=4.06$ $SD=0.78$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้อมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อหัวหน้างานได้รับเป้าหมาย มีการแจ้งให้ในเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบเป้าหมาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 รองลงมาคือ วัตถุประสงค์ของโครงการ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัดนนทบุรี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 หัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลเพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 ตามลำดับ ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ หากมีสถานการณ์ทำให้ไม่ได้ตามเป้าหมาย มีการตกลงเพื่อปรับเปลี่ยนเป้าหมายการทำงานจากข้อมูลที่มี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88

จากการสอบถามเชิงลึก พบว่าโครงการมีวัตถุประสงค์ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาพื้นที่ มีการกำหนดเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน แต่การดำเนินงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลเป็นงานที่ต้องดูแลทันตสุขภาพทุกกลุ่มวัย นอกจากการส่งเสริมสุขภาพและการให้บริการตามกลุ่มวัยที่ได้ดำเนินการอยู่แล้วนั้น การดูแลทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นงานใหม่ที่เพิ่มเข้ามาและเพิ่งเริ่มดำเนินการ ต้องใช้เวลาและงบประมาณในการดำเนินงาน ทำให้การดำเนินงานในช่วงแรกอาจจะยังดำเนินงานได้ไม่เต็มศักยภาพ “โครงการเบาหวานมีการตั้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีเป้าหมายที่เหมาะสม มีการวางแผนขั้นตอนการทำ มีการทำแผนงานโครงการรองรับทางคณะกรรมการเบาหวานของจังหวัดก็มีการติดตามเป้าหมายเป็นระยะ ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง, อายุ 45 ปี) “มีการะงานเยอะหลายโครงการต้องทำให้ได้ตามเป้าหมาย ปริมาณทันตแพทย์และเตียงทำฟันไม่ได้มีปริมาณมากพอที่จะทำหลาย ๆ โครงการได้ในเวลาเดียวกันให้ได้ตามเป้าหมาย” (ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง, อายุ 50 ปี)

3) ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัยนำเข้า	M	SD	การแปลผล
1.มีงบประมาณเพียงพอสำหรับดำเนินโครงการ	3.40	1.22	ปานกลาง
2.มีวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเพียงพอ	3.63	1.15	ปานกลาง
3.หน่วยงานสามารถจัดเวลาให้ทันตแพทย์ที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้เต็มศักยภาพ	3.78	0.95	มาก
4.มีทันตแพทย์สามารถรักษาโรคเหงือกเบื้องต้นได้โดยไม่ต้องส่งต่อ	3.78	1.17	มาก
5.ผู้ช่วยทันตแพทย์มีจำนวนเหมาะสม	3.88	0.84	มาก
รวม	3.69	1.08	มาก

ด้านปัจจัยนำเข้า โดยภาพรวมมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ($M = 3.69$ $SD = 1.08$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับมาก คือ ผู้ช่วยทันตแพทย์มีจำนวนเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 รองลงมาคือหน่วยงานสามารถจัดเวลาให้ทันตแพทย์ที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้เต็มศักยภาพและทันตแพทย์สามารถรักษาโรคเหงือกเบื้องต้นได้โดยไม่ต้องส่งต่อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากันโดยเท่ากับ 3.78 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง คือ มีวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเพียงพอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 มีงบประมาณเพียงพอสำหรับดำเนินโครงการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 ตามลำดับ

จากการสอบถามเชิงลึก พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าขาดงบประมาณสนับสนุนและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินโครงการ “ไม่มีงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ส่งเสริมช่องปากค่ะ ใช้งบ อบต. ก็ต้องเป็นประชากรใน อบต. นั้นๆ ใช้งบเงินบำรุงต้องมีแผนงานโครงการล่วงหน้าซึ่งในช่วงที่จัดทำก็เลยช่วงเขียนแผนไปแล้ว เลยปรับให้ผู้ป่วยนำแปรงและยาสีฟันมาจากบ้าน ส่วนแปรงชอกฟันก็ให้ซื้อเอง” (ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง, อายุ 50 ปี) “วัสดุอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมยังไม่ได้รับการสนับสนุน อยากให้มีชุดอุปกรณ์สนับสนุนในการจัดกิจกรรม เช่น โปสเตอร์อธิบายความรุนแรงของโรคในช่องปาก สีส้อมฟัน เพื่อช่วยเป็นสื่อในการสอน การตรวจฟันค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง, อายุ 27 ปี)

4) ด้านกระบวนการดำเนินงานโครงการ

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยด้านกระบวนการดำเนินงานของโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี

กระบวนการดำเนินงานโครงการ	M	SD	การแปลผล
1.มีการติดตามกำกับ ประเมินผล เพื่อปรับปรุงการทำงานอย่างสม่ำเสมอ จากคณะกรรมการเบาหวานระดับจังหวัด	3.83	0.71	มาก
2.ระยะเวลาในการให้บริการตามแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย (ระดับจังหวัด) มีความเหมาะสม	3.70	0.69	มาก
3.สถานพยาบาลของท่านมีการตรวจฟันผู้ป่วยเบาหวานเพื่อคัดกรองสุขภาพช่องปาก	4.48	0.60	มาก
4.สถานพยาบาลของท่านมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากกับโรคเบาหวาน	4.13	0.69	มาก
5.สถานพยาบาลของท่านจัดระบบให้มีการจัดช่องทางพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการ	3.78	0.92	มาก
6.สถานพยาบาลของท่านจัดระบบการรักษาจากการจำแนกความรุนแรง ตามสีสัญญาณไฟจราจร	3.75	0.87	มาก
7.มีการฝึกสอนทักษะการทำความสะอาดช่องปากให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน	3.78	0.83	มาก
8.มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามการจำแนกสีที่ประเมินช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน	3.78	0.80	มาก
รวม	3.90	0.80	มาก

ด้านกระบวนการ โดยภาพรวมมีการประเมินโครงการอยู่ในระดับมาก ($M = 3.90$ $SD = 0.80$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ทุกข้อมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ สถานพยาบาลของท่านมีการตรวจฟันผู้ป่วยเบาหวานเพื่อคัดกรองสุขภาพช่องปาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 รองลงมาคือ สถานพยาบาลของท่านมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากกับโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 มีการติดตามกำกับ ประเมินผล เพื่อปรับปรุงการทำงานอย่างสม่ำเสมอจากคณะกรรมการเบาหวานระดับจังหวัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ระยะเวลาในการให้บริการตามแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย (ระดับจังหวัด) มีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การประเมินกระบวนการดำเนินโครงการ พบว่า แผนการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพช่องปากมีความเหมาะสม โดยแต่ละหน่วยงานที่ดำเนินการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานจะดำเนินการทั้งการตรวจฟันเพื่อคัดกรองความรุนแรงของโรคในช่องปาก การให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานและโรคในช่องปากและผู้ที่สมัครใจเข้ารับการรักษาทันตกรรมจะมีการนัดหมายวันมารับบริการ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการตามวันเวลาที่กำหนดพร้อมทั้งสามารถฝึกสอนทักษะการทำความสะอาดช่องปากรายบุคคล การให้บริการสามารถดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ มีบางครั้งที่เกิดปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยไม่มารับรักษาต่อเนื่องตามนัด “ในส่วนของโรงพยาบาลมีการคุยกันในฝ่ายก่อนเริ่ม

ดำเนินงานจะมีการจัดช่องทางพิเศษกับนัดผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องจน complete case จัด visit ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการบริการต่างๆจะสะดวก รวดเร็ว คนไข้จะได้รับการรักษาตั้งแต่ต้นจนจบไม่ว่าจะเป็นงานเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างมาก” (ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง, อายุ 45 ปี)

“ผู้ป่วยอยากให้นัดทำฟันวันเดียวกับวันที่มาตรวจเบาหวานได้ทำฟันด้วยเลย พอไม่สามารถนัดได้ ผู้ป่วยก็จะปฏิเสธหรือนัดแล้วก็ไม่ได้มาตามนัด” (ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย, อายุ 37 ปี)

“ที่โรงพยาบาลไม่มีจุดสอนแปรงฟันที่เหมาะสม ต้องสอนที่เตียงทำฟันทำให้เสียเวลามาก นัดผู้ป่วยได้น้อยคน ถ้ามีจุดที่แยกออกมาให้ทันตสุขศึกษาและมีทันตาสอนให้ก็คงช่วยให้ทำงานได้ตามเป้าหมายค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง, อายุ 32 ปี)

5) ด้านผลผลิตของโครงการ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยด้านผลผลิตของโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนนทบุรี

ผลผลิตของโครงการ	M	SD	การแปลผล
1.ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการได้รับการรักษาจนเสร็จสิ้นตามเป้าหมายที่กำหนด	3.95	0.71	มาก
2.ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง	3.85	0.66	มาก
3.ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้	3.88	0.65	มาก
รวม	3.89	0.67	มาก

ด้านผลผลิตของโครงการในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยภาพรวมมีผลการประเมินโครงการอยู่ในระดับมาก ($M = 3.89$ $SD = 0.67$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการได้รับการรักษาจนเสร็จสิ้นตามเป้าหมายที่กำหนด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 รองลงมาคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ตามลำดับ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ด้านผลผลิตของโครงการในมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการส่งเสริมและรักษาไปพร้อมกัน ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจกับการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุม ได้รับการบริการต่อเนื่อง ผู้ป่วยสุขภาพช่องปากดีขึ้น และผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง

“ผู้ป่วยพึงพอใจในการให้บริการในรูปแบบนี้ ชื่นชมว่าได้รับการรวดเร็ว พอนัดติดตามการรักษาหลัง complete case ผู้ป่วยสนใจดูแลสุขภาพช่องปากตัวเอง แปรงฟันตามที่สอนไป พวกอุปกรณ์แปรงซอกฟันที่แจกให้ไปส่วนใหญ่ก็ยังใช้อยู่ค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง, อายุ 45 ปี)

“ผู้ป่วยที่มาต่อเนื่องจนเสร็จ เค้่าพึ่งพอใจมาก ตัวอย่างเช่น มีคนที่ซูดหินปูนไป กลับมาก็ซม เค้่ามีปัญหาเวลาแปรงฟันมีเลือดออก ตอนนั้เค้่าไม่มีเลือดออกแล้ว ส่วนคนที่ใส่ฟันปลอมไป เค้่าวยอาหารได้ คุณภาพชีวิตเค้่าดีขึ้น แต่ก็มีผู้ป่วยที่ไม่มาต่อเนื่อง นัดแล้วไม่มา ก็ต้องตัดข้อมูลทิ้งไปและหาคนใหม่อีกบางที่เสียเวลาเหมือนต้องเริ่มต้นใหม่ เค้่ายนี้เวลาผู้ป่วยเข้าโครงการจะถามความพร้อมก่อน ประเมินคร่าวๆให้ก่อนว่าต้องมาเก้่าครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูลพิเศษหญิง, อายุ 35 ปี)

6. ผลผลิตของโครงการบรรลุตามตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย

หน่วยงานที่บรรลุตัวชี้วัดการได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากจนเสร็จสิ้นตามเป้าหมาย จำนวน 9 แห่ง จากทั้งหมด 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.8 ส่วนหน่วยงานที่ไม่บรรลุตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18.2

7. ผลผลิตของโครงการด้านการเข้าถึงบริการในหน่วยงานนำร่องเทียบกับภาพรวมจังหวัดนนทบุรี ข้อมูล Health data center ของกระทรวงสาธารณสุข

7.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก

ก่อนเข้าร่วมโครงการ (ปี 2566) ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยงานนำร่องได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 16.59 หลังเข้าร่วมโครงการ (ปี 2567) ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยงานนำร่องได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 22.08 หน่วยงานนำร่องตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากได้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 5.49 ส่วนในภาพรวมระดับจังหวัดปี 2567 ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 11.47 หน่วยงานนำร่องตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากสูงกว่าภาพรวมระดับจังหวัด ร้อยละ 10.61

7.2 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการบริการทันตกรรม

ก่อนเข้าร่วมโครงการ (ปี 2566) ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยงานนำร่องได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ 17.65 หลังเข้าร่วมโครงการ (ปี 2567) ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยงานนำร่องได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ 22.11 ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยงานนำร่องได้รับการบริการทันตกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 4.46 ส่วนในภาพรวมระดับจังหวัดปี 2567 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ 17.06 จะเห็นได้ว่า หน่วยงานนำร่องได้รับการบริการทันตกรรมสูงกว่าภาพรวมระดับจังหวัด ร้อยละ 5.05

อภิปรายผล

ในด้านบริบท พบว่า ภาพรวมการประเมินโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนนทบุรีอยู่ในระดับมาก เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานมีความเห็นว่ว วัตถุประสงค์โครงการสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัด สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ เป้าหมายของโครงการชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ ผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาของนนท์นลิน บรรจโรจน์และคณะ (2564) ศึกษาการประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ อำเภอโศกชัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผลการประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP model ด้านบริบทอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมบูรณ์ ศรีภูและคณะ (2566) ที่ศึกษาการประเมินผลโครงการสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ตามประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานกรมอนามัย ปีงบประมาณ 2565 พบว่าโครงการมีความสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของกลุ่มผู้รับบริการ มีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานและเหมาะสมกับพื้นที่ ด้านบริบทข้อที่คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ

หากมีสถานการณ์ทำให้ไม่ได้เป้าหมาย มีการตกลงเพื่อปรับเปลี่ยนเป้าหมายการทำงานจากข้อมูลที่มี จากการวิเคราะห์พบว่า การควมมีการเพิ่มความถี่ในการติดตามและให้หน่วยงานส่งข้อมูลเป็นระยะๆ เพื่อจะทราบปัญหา และดำเนินการแก้ไขร่วมกันได้อย่างทัน่วงที

ด้านปัจจัยนำเข้า มีปัญหาการขาดงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือในการดำเนินกิจกรรม โดยเฉพาะในส่วนสื่อการสอนและอุปกรณ์ที่ใช้ฝึกทักษะในทำความสะอาดช่องปาก เนื่องจากการดำเนินงานเป็นปีแรกและการวางแผนในการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานล่าช้ากว่าแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด ควมมีการวางแผนการดำเนินงานเพื่อเสนอของบประมาณในส่วนของงบบำรุงโรงพยาบาลหรือใช้งบจัดทำโครงการจากแหล่งอื่น เช่น ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีความสามารถในการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสันติ กมลคร (2562) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าด้านงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงานไม่เพียงพอ ควมมีการสนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จากกระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ คป.สอ. และสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ ทรัพย์ศิลาทอง (2567) ศึกษาการประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบปัญหาและความต้องการงบประมาณและสิ่งสนับสนุนเพื่อพัฒนากิจกรรมเพื่อให้ตรงความต้องการของผู้สูงอายุ

ด้านกระบวนการดำเนินงาน ภาพรวมการประเมินอยู่ในระดับมาก ในระดับจังหวัด คณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการประชุมวางแผนทางการดำเนินงานทั้งการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและให้บริการรักษาทันตกรรม โดยศึกษาจากแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข (สำนักทันตสาธารณสุข, 2566) รวมทั้งการบริหารจัดการวางแผนกำกับ ติดตามการดำเนินงาน สามารถดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนดไว้ ในระดับหน่วยงานมีการสื่อสารขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยมีกิจกรรมตรวจเพื่อคัดกรองสุขภาพช่องปาก มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานและโรคในช่องปาก รวมทั้งการสอนปฏิบัติในการทำความสะอาดช่องปาก ด้านกระบวนการดำเนินงาน ข้อที่คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือระยะเวลาในการให้บริการตามแผนเพื่อบรรลุเป้าหมายมีความเหมาะสม จากการวิเคราะห์พบว่า การปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากจนกระทั่งการให้การรักษาส่งเสริมสุขภาพช่องปากและให้บริการรักษาทันตกรรม โดยศึกษาจากแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เสร็จสิ้นในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายมีการใช้เวลาในการมารับรักษาหลายครั้ง ทำให้พบปัญหาทั้งตัวผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มารับบริการ การฝึกทักษะรายบุคคลและการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ทำให้ต้องปรับระบบการให้บริการ เช่น การจัดสถานที่สำหรับสอนทันตสุขภาพแยกจากห้องให้บริการการรักษา เพิ่มจำนวนวันการจัดช่องทางพิเศษ รวมถึงการจัดช่องทางด่วนในงานเฉพาะทาง เช่น งานใส่ฟันเทียม งานรักษาโรคปริทันต์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการทันตกรรม ดังการศึกษาของณัฐพล ยศพลและอรรธรณ เสี่ยงบุญ (2565) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุต่อการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม โดยการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและเปิดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับบริการได้อย่างรวดเร็ว ขั้นตอนการบริการเอื้อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการให้บริการมากที่สุด

ด้านผลผลิตของโครงการ ในมุมมองของผู้ให้บริการ ภาพรวมการประเมินอยู่ในระดับมาก ในภาพรวมพบว่า การเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยงานนำร่องมากกว่าภาพรวมของจังหวัดและมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการได้รับการรักษาทางทันตกรรมจนเสร็จสิ้นได้ตามเป้าหมายและมี

สุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นเนื่องจากการได้รับการรักษาต่อเนื่องและได้พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานโดยการให้ความรู้ การปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของธนวัฒน์ มังกรแก้ว (2559) พบว่าเมื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและสุขภาพช่องปาก การฝึกปฏิบัติทำความสะอาดช่องปากที่ถูกวิธีสามารถเพิ่มทัศนคติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังการศึกษาของวรรณ อัสกุล (2563) ที่สรุปได้ว่า สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่อง ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดี ลดการสูญเสียฟันและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปได้ว่า โครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนนทบุรี มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัด มีการกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานเหมาะสม โดยมีการบูรณาการการดำเนินงานทั้งการส่งเสริมป้องกันและรักษาฟันฟูสภาพไปพร้อมกัน สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดไม่เพียงพอในงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จะขอสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานราบรื่น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับปรับปรุงการดำเนินงานโครงการในปีต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1. การดำเนินโครงการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานในปีต่อไปควรขยายพื้นที่การให้บริการการดูแลสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมในแต่ละอำเภอเพิ่มขึ้นเพื่อขยายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน
2. ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ควรประสานและจัดทำแผนเพื่อขอสนับสนุนร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น
3. ควรมีการประเมิน กำกับ ติดตามตัวชี้วัดและให้หน่วยงานส่งข้อมูลเป็นระยะๆ เพื่อจะทราบปัญหาและดำเนินการแก้ไขร่วมกันได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้รับผิดชอบโครงการในพื้นที่

1. ควรมีการจัดรูปแบบเพื่อเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ สื่อการสอนที่เหมาะสม อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก นักวิชาการทันตสาธารณสุขให้ความรู้ฝึกทักษะการควบคุมคราบจุลินทรีย์ รวมถึงการมีจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการสอนฝึกทำความสะอาดและย้อมสีฟัน
2. ควรมีการตรวจสอบกระบวนการว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้และค้นหาข้อบกพร่องของโครงการเพื่อนำมาปรับปรุงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษากครั้งต่อไปควรหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของโครงการ

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐพล ยศพล, และอรรณ เลี้ยงบุญ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุต่อการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม โรงพยาบาลนาตุณ อำเภอนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 20(2), 32-45.
- ธนวัฒน์ มังกรแก้ว.(2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน. *วารสารราชนครินทร์*, 13(2), 143-150.
- นันทนลิน บรรจโรจน์, วรวิมล เพชรไพร, วชิราภรณ์ ลับภู, มาลัยพร บุตรศาสตร์, นิตยา เยาวพันธุ์, กุลธิดา สร้างโสภ, และคณะ. (2564). การประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2), 171-181.
- พงษ์ศักดิ์ ทรัพย์ศิลาทอง. (2567). การประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(2), 717-723.
- วรวรรณ อัครกุล. (2563). การส่งเสริมสุขภาพช่องปากกับการป้องกันโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3), 362-370.
- สมบุญ ศรีภู, โยธกา แก้วคำ, และจุฑามาศ วงคำจันทร์. (2566). การประเมินผลโครงการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ตามประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานกรมอนามัย ปีงบประมาณ 2565. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 559-575.
- สันติ กมลคร. (2562). *การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2566). *แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานสำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข*. <https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/07/Dental%20Guideline%20for%20DM%20patients.pdf>.
- Ide, R., Hoshuyama, T., Wilson, D., Takahashi, K., & Higashi, T. (2011). Periodontal disease and incident diabetes: A seven-year study. *J Dent Res*, 90(1), 41-46.
- Llambes, F., Arias-Herrera, S., & Caffesse, R. (2015). Relationship between diabetes and periodontal infection. *World J Diabetes*, 6(7), 927-935.
- Molina, C. A., Ojeda, L. F., Jimenez, M. S., Portillo, C. M., Olmedo, I. S., & Hernandez, T. M. (2016). Diabetes and periodontal diseases: An established two-way relationship. *J of Diabetes Mellitus*, 6(4), 209-229.
- Stufflebeam, D.L. (2003). The CIPP model for evaluation. In T. Kellaghan & D.L. Stufflebeam (Eds.), *International handbook of educational evaluation*. Dordrecht: Springer.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

Factors Affecting Workplace Happiness among Personnel in Tambon Health

Promoting Hospitals after Transfer to the Kanchanaburi Provincial

Administrative Organization

ซาฟีเนีย ยีแลมะ¹ อาวาตีฟ อับทุตดา² สันณภณ ตะพังพินิจการ^{3*} อุทัย ทับทอง⁴

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์⁵ นรเชษฐ์ กระดังงา⁶

Safinee Yeelaema¹ Arwatif Abutadsa² Sunnphon Taphangphiniijkarn^{3*} Uthai Thabthong⁴

Sutthisak Surirak⁵ Norachat Kradangnga⁶

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก^{1,2,3*,4} วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี⁵

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{1,2,3*,4,5} องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี⁶

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology^{1,2,3*,4} Sirindhorn College of Public Health

Suphanburi⁵, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute^{1,2,3*,4,5}, Kanchanaburi

Provincial Administrative Organization⁶

(Received: November 6, 2024; Revised: November 18, 2024; Accepted: December 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยลักษณะงาน ปัจจัยค่าจ้าง และความสุขในการทำงานของบุคลากร และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 282 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89, 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับของปัจจัยลักษณะงานมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านความสำคัญของงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ปัจจัยค่าจ้างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนความสุขในการทำงานของบุคลากรมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่า 3 น้ำใจดีมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน สวัสดิการและค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความมั่นคงในงาน

หน่วยงานควรมีนโยบายที่ให้ความสำคัญเรื่องสวัสดิการและค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความมั่นคงในงาน การพิจารณาลักษณะงานให้เหมาะสมตามอายุและเงินที่ได้รับต่อเดือน เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพต่อองค์กรและเป็นประโยชน์กับประชาชน

คำสำคัญ : ความสุขในการทำงานของบุคลากร, ปัจจัยค้ำจุน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sunnphon.ta@kmpht.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-5480046)

Abstract

This research aimed to study the levels of job characteristics factors, supporting factors, and workplace happiness of personnel, as well as factors affecting workplace happiness of personnel. The sample consisted of 282 participants, selected through stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire with content validity index ranging from 0.67 to 1.00, and Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.89, 0.96, and 0.94 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The findings revealed that job characteristics factors had a high overall mean level, with task significance showing the highest mean at a high level. Supporting factors also demonstrated a high overall mean level, with interpersonal relationships showing the highest mean at a high level. The workplace happiness of personnel showed a high overall mean level, with the third dimension of kindness showing the highest mean at a high level. Factors affecting workplace happiness of personnel with statistical significance at the 0.05 level included age, monthly income, benefits and compensation, interpersonal relationships, and job security.

There should be policy implementations that prioritize welfare and compensation, interpersonal relationships, and job security. Job assignments should be aligned with personnel's age and monthly compensation. These measures would enhance employee happiness, thereby increasing organizational efficiency and improving public service delivery.

Keywords : Workplace happiness of personnel, Hygiene Factors, Tambon health promoting hospitals

บทนำ

ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานภายในองค์กร ได้แก่ บุคลากร ดังนั้นความสุขในการทำงานเป็นสิ่งที่บุคลากรทุกคนในหน่วยงานมีความปรารถนาที่จะให้เกิดขึ้นภายในองค์กร เนื่องจากความสุขจะรู้สึกผูกพัน สนุกสนาน ความรู้สึกที่มาทำงานจะหมดไปกลายเป็นการร่วมสนุกกับกิจกรรมต่าง ๆ หากองค์กรใดที่สามารถทำให้สมาชิกมีความสุขในการทำงานมากขึ้นเท่าใด โอกาสที่องค์กรนั้นจะประสบผลสำเร็จได้มากขึ้นเท่านั้น ซึ่งความสุขในการทำงาน หมายถึงการรับรู้ของบุคลากร หรืออารมณ์ความรู้สึกที่ชื่นชอบหรือเป็นสุขกับภารกิจหลัก ทั้งนี้ความสุขที่เกิดขึ้นเป็นความสุขที่เกิดจากความรู้สึกเพลิดเพลิน มีความสุขกับการทำงาน มีความภูมิใจในงานที่ทำที่ได้ทำงานร่วมกับคนอื่น ให้ความช่วยเหลือเผื่อแผ่เพื่อนร่วมงาน การได้รับความปลอดภัยจากการทำงาน คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรในองค์กร จึงถือได้ว่าเป็นเรื่องสำคัญต่อบุคลากร เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีความสำคัญยิ่งในการทำงานเพราะบุคคลเป็นทรัพยากรที่สำคัญในองค์กร เพื่อให้คนทำงานสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคลากร สถานที่ทำงานจึงต้องมีความเหมาะสมคือทำให้เกิดความสุข ความมั่นคง หากเกิดความรู้สึกที่ดีต่องานจะส่งผลดีต่อบุคคลและองค์กร ซึ่งคุณภาพชีวิตและการทำงานจะส่งผลต่อองค์กร (ขจรศักดิ์ สุขเปรม, 2565) จากรายงานผลการจัดอันดับประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลกประจำปี 2567 หรือ World Happiness Report 2024 โดยใช้ข้อมูลค่าเฉลี่ยจากการประเมินระดับโลกในช่วงปี 2564-2566 ซึ่งผลในปีประเทศฟินแลนด์ยังคงครองอันดับที่ 1 ประเทศที่มีความสุขมากที่สุดในโลกต่อเนื่อง 7 ปีซ้อน อันดับที่ 2 เดนมาร์ก อันดับที่ 3 ไอร์แลนด์ และอันดับที่ 4 สวีเดน และอันดับที่ 5 อิสราเอล ซึ่งตกลงมาหนึ่งอันดับจากปีที่แล้ว ขณะที่ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 58 (แพรวพรรณ ศิริเลิศ, 2567) โดยคนที่มีคุณภาพและมีความสุขในการทำงาน จะส่งผลให้งานที่ทำประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (นุรปาชียะห์ กูนา, 2562)

หลายองค์กรได้ให้ความสำคัญในเรื่องของการทำให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน โดยเห็นได้จากการกำหนดตัวชี้วัดความก้าวหน้าของมนุษย์ครอบคลุม 9 มิติ ของการประเมินความสุขขององค์กร(HAPPINOMITER) ได้แก่ มิติที่ 1 สุขภาพดี (Happy Body) มิติที่ 2 ผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติที่ 3 น้ำใจดี (Happy Heart) มิติที่ 4 คุณธรรมดี (Happy Soul) มิติที่ 5 ครอบครัวดี (Happy Family) มิติที่ 6 สังคมดี (Happy Society) มิติที่ 7 ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) มิติที่ 8 สุขภาพเงินดี (Happy Money) และมิติที่ 9 การงานดี (Happy Work-life) เพื่อนำมาพัฒนาบุคลากรในองค์กร และกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558) และจากข้อมูลในโครงการศึกษาวิจัยนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรเพื่อนำไปสู่องค์กรสุขภาวะและความยั่งยืนที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับความอนุเคราะห์จากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมและวิสาหกิจชุมชน ในการเข้าร่วมให้ข้อมูลผ่านการสำรวจ จนเป็นที่มาของ

ข้อมูลที่สามารถเป็นข้อมูลในระดับประเทศ โดยมีองค์กรให้ข้อมูลทั้งสิ้น 365 องค์กร คนทำงานจำนวนรวม 22,296 คน โดยมีจำนวนแบบสอบถามที่คนทำงานให้ข้อมูลครบสมบูรณ์ในทุกส่วนเป็นจำนวน 20,980 ชุด ซึ่งพบว่าความสุคนทำงานปี 2564 มีค่าคะแนนร้อยละ 61.30 อยู่ในระดับ Happy เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติพบว่า มิติที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ จิตวิญญาณดี คิดเป็นร้อยละ 68.50 จัดอยู่ในระดับ "Happy" หรือ "ระดับความสุขตามเป้าหมาย" และมิติที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุด คือ สุขภาพเงินดี คิดเป็นร้อยละ 52.80 จัดอยู่ในระดับ "Happy" หรือ "ระดับความสุขตามเป้าหมาย" (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565)

จากการศึกษาลักษณะงาน และปัจจัยคำจูงเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานฝ่ายบิวตี้แอนด์ เซลล์(Beauty & Sales) กรณีศึกษาบริษัทเซ็นทรัลเทรดดิ้ง จำกัด ที่พบว่าแรงจูงใจในการทำงานที่สามารถพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กร ด้านความเชื่อ และการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร ได้แก่ ด้านนโยบาย และการบริหารงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความมั่นคงในงาน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และด้านความรับผิดชอบในงาน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มความสามารถเพื่อองค์กร ได้แก่ ด้านลักษณะของงาน ด้านนโยบายและการบริหารงาน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านความมั่นคงในงาน มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และด้านความปรารถนาอย่างยิ่งที่จะรักษาไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกภาพขององค์กร ได้แก่ ด้านนโยบายและการบริหารงาน และด้านความมั่นคงในงาน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (จิตาภรณ์ ทุพพมา, 2563)

สถานการณ์ นโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เรื่องการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอ.น.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยให้พิจารณาการถ่ายโอนทั้งภารกิจ งบประมาณ บุคลากร และทรัพย์สินภายในเวลาที่กำหนด ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพุทธศักราช 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2551 โดยกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอ.น.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยให้พิจารณาถ่ายโอนทั้งภารกิจ งบประมาณ บุคลากร และทรัพย์สินภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งในรอบแรกนี้มีการถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2565 (อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ, 2565) โดยมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2565 มีเป้าหมายหลักในการเพิ่มประสิทธิภาพและความครอบคลุมของบริการสุขภาพท้องถิ่น เริ่มต้นมีการถ่ายโอนในปี 2565 จำนวน 81 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.81 ปี 2566 จำนวน 3,264 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.05 ปี 2567 จำนวน 931 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.43 ในส่วนของจังหวัดกาญจนบุรีมีการถ่ายโอนไปแล้วทั้งหมด จำนวน 143 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00

โดยแบ่งออกเป็น 2 รอบ รอบแรกได้มีการถ่ายโอนในปี 2566 จำนวน 97 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 67.83 และรอบที่ 2 ในปี 2567 จำนวน 46 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 32.17

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือเป็นด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และยังเป็นบริการสาธารณสุขและสุขภาพที่รอบด้านเชื่อมโยงและต่อเนื่องทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน เน้นการทำงานเชิงรุกให้บริการกลุ่มประชาชนที่เข้าถึงบริการได้ยาก เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยติดเตียง และเป็นพี่เลี้ยงให้ความรู้ให้การสนับสนุนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้มีการดูแล และช่วยเหลือประชาชนในชุมชน ซึ่งจากข้อมูลที่ได้ศึกษาพบว่า ประชาชนที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลส่วนมากใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ทำให้เห็นว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความจำเป็น และเห็นควรให้มีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เพื่อให้มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้นในการบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพและมีคุณภาพเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนและชุมชน (สรวัชร สุดแก้ว, 2563) และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นทางโทรศัพท์กับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 4 ท่าน ใน 4 อำเภอ จาก 13 อำเภอ ที่เกี่ยวกับเรื่องลักษณะงานและปัจจัยต่าง ๆ ตามภารกิจงานและปัญหาอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ในภาพรวมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรียังขาดความพร้อมในเรื่องของบุคลากรเนื่องจากมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งทั้งจังหวัด และมีบุคลากรที่ยินยอมถ่ายโอนไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการซึ่งส่งผลต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในบางพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการยังขาดความรู้ความแม่นยำในด้านกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการบริหารจัดการงานด้านสาธารณสุขให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจุบันจะอยู่ในช่วงของการปรับตัว ยังคงต้องใช้เวลาอีกสักระยะในการหาบุคลากรมาทดแทน และยังพบว่ามีความเป็นอิสระในการทำงานที่แตกต่างจากการทำงานที่อยู่ในสังกัดเดิมคือสำนักงานสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีลักษณะงานและปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากข้อมูลสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านลักษณะงานและปัจจัยคำจูนที่อาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนำข้อมูลและผลการวิจัยไปพัฒนาบุคลากรและพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ บุคลากรให้บริการประชาชนอย่างมีความสุขในการทำงานสามารถลดปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้ อันจะส่งผลต่อการให้บริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลเป็นประโยชน์กับประชาชนยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

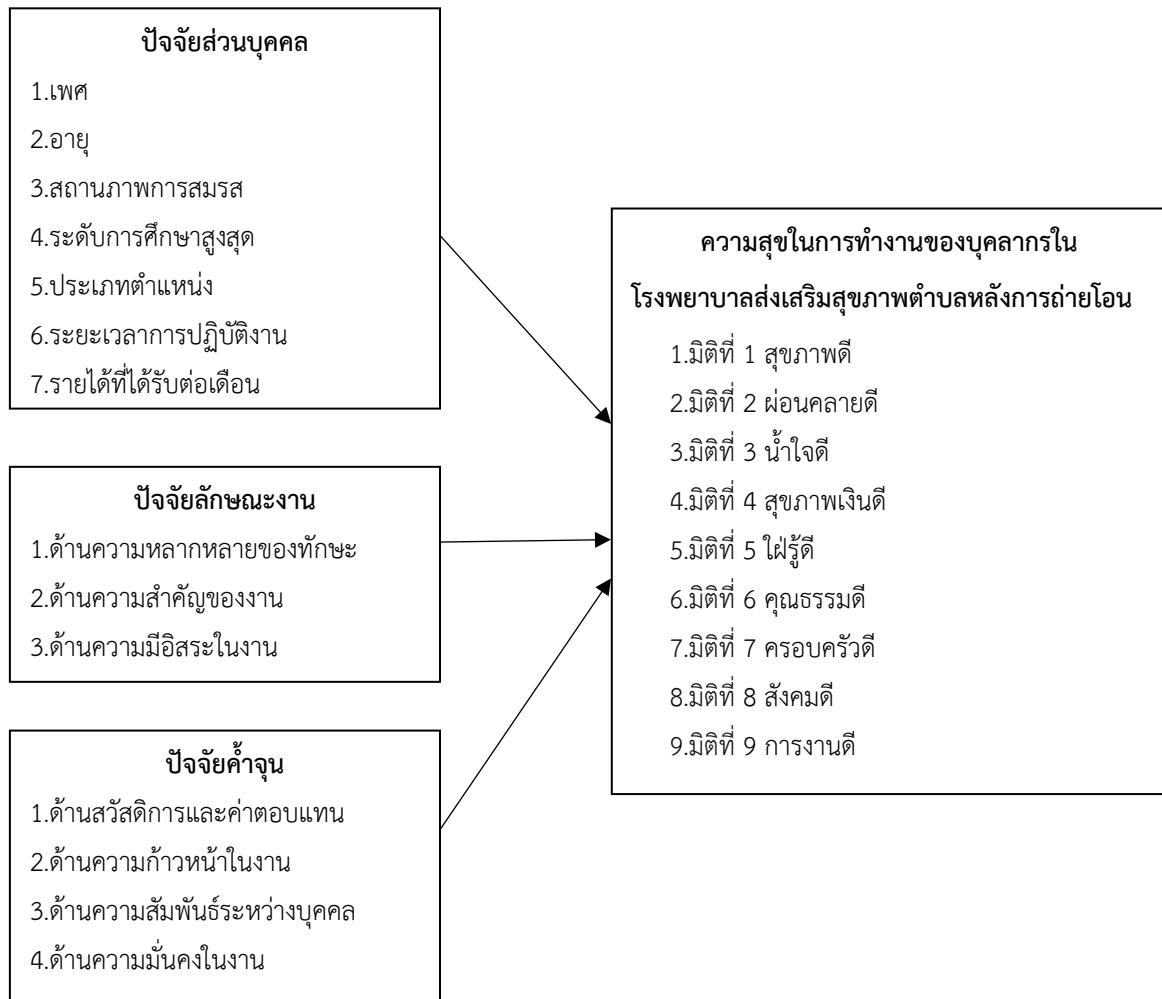
1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยลักษณะงาน ปัจจัยค่าจ้าง และความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

สมมติฐาน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี
2. ปัจจัยลักษณะงาน และปัจจัยค่าจ้าง ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการกำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรอิสระจำนวน 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 คือ ปัจจัยลักษณะงาน ได้แก่ ด้านความหลากหลายของทักษะ ด้านความสำคัญของงาน และด้านความมีอิสระในงาน ตามแนวคิดของ แยกแมน และ โอลด์แฮม (Hackman and Oldham, 1980) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและเพื่อความสอดคล้องและเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้ 3 องค์ประกอบจาก 5 องค์ประกอบกลุ่มที่ 2 คือ ปัจจัยค่าจ้าง ได้แก่ ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน ด้านความก้าวหน้าในงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความมั่นคงในงาน ตามแนวคิดของ เฮิร์ชเบิร์ก (Herzberg, 1959) และตัวแปรตาม 1 กลุ่ม คือ ความสุขในการทำงาน ได้แก่ มิติที่ 1 สุขภาพดี มิติที่ 2 ผ่อนคลายดี มิติที่ 3 น้ำใจดี มิติที่ 4 สุขภาพเงินดี มิติที่ 5 ใฝ่รู้ดี มิติที่ 6 คุณธรรมดี มิติที่ 7 ครอบคลุมดี มิติที่ 8 สังคมดี และมิติที่ 9 การงานดี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558) ทั้งนี้จะทำการทดสอบในลักษณะตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) ของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม โดยสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 951 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 282 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเลือกตัวอย่าง ร้อยละ 5 เนื่องจากจังหวัดกาญจนบุรี มี 13 อำเภอ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบบสัดส่วนประชากรรายอำเภอ หลังจากนั้นได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้าเป็นผู้เข้าร่วมด้วยความเต็มใจและให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออกคือเป็นผู้ที่ไม่เต็มใจ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{951}{1 + (951)(0.05)^2} = 281.56 \text{ คน}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ร้อยละ 5 (0.05)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (questionnaire) สร้างจาก Google Form ให้ตอบแบบออนไลน์ จำนวน 1 ชุด มี 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประเภทตำแหน่ง ระยะเวลาการทำงาน และรายได้ที่ได้รับต่อเดือน แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบเติมข้อความ (Open-ended)

ส่วนที่ 2 - 3 ได้แก่ ส่วนที่ 2 ปัจจัยลักษณะงาน ประกอบด้วย ด้านความหลากหลายของทักษะ ด้านความสำคัญของงาน และด้านความอิสระในงาน และส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน ด้านความก้าวหน้าในงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ลักษณะแบบสอบถาม (questionnaire) ที่ใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดทฤษฎีของ เรนซีส ลิเคิร์ท (Likert R., 1932) โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มาก 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง น้อย และ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนส่วนที่ 2-3 ใช้เกณฑ์ดังนี้ (สุมัทนา คลังแสง, 2564)

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการวัดความสุขด้วยตนเอง (Happinometer) โดยสถาบันการวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558) ประกอบด้วย 9 มิติ จำนวน 55 ข้อ และใช้เติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 1 ข้อ เป็นลักษณะแบบสอบถาม (questionnaire) ที่มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 อันดับ ตามแนวคิดทฤษฎีของ เรนซีส ลิเคิร์ท (Likert R., 1932) มีข้อความถามเชิงบวกจำนวน 50 ข้อ และข้อความถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนหากเห็นด้วย

และปฏิบัติให้ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มาก 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง น้อย 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด (สุมัทนา คลังแสง, 2564) กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนของสถาบันการวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้เกณฑ์ดังนี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2558)

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม (questionnaire) โดยการทดสอบตามเทคนิค index of item objective congruence (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถาม มีค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 ทุกข้อ

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกาญจนบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามวัดปัจจัยด้านลักษณะงานมีค่าเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามวัดปัจจัยค่าเงินมีค่าเท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามวัดความสุขในการทำงานของบุคลากรมีค่าเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามยินยอมให้ข้อมูลจากแบบสอบถามใน Google form โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ Online Survey โดยการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลออนไลน์ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามทางออนไลน์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เมื่อได้จำนวนแบบสอบถามครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจึงยุติการรับแบบสอบถาม จากการตรวจสอบพบว่าได้รับแบบสอบถามออนไลน์ที่สมบูรณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 282 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประเภทตำแหน่ง ระยะเวลาการทำงาน และรายได้ที่ได้รับต่อเดือน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ระดับปัจจัยลักษณะงาน ปัจจัยค่าจ้าง และความสุขในการทำงานของบุคลากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยลักษณะงาน และปัจจัยค่าจ้าง ที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามการเลือกตัวแปรโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression Analysis)

จริยธรรมวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรอง KMPHT-67020031 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาตามเอกสารโดยให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ (Information consent form) มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์หรืออีเมลที่แจ้งไว้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม จำนวน 282 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 71.99 มีอายุ 31 - 40 ปี จำนวน 77 คน ร้อยละ 27.31 มีสถานภาพการสมรสเป็นสมรส จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 53.19 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 80.85 ประเภทตำแหน่งเป็นข้าราชการ จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 79.43 ระยะเวลาการทำงาน 1 - 10 ปี จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 50.30 และรายได้ที่ได้รับต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 9,000 - 21,800 บาท จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

1. การวิเคราะห์ระดับปัจจัยลักษณะงาน ปัจจัยค่าจ้าง และความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของปัจจัยลักษณะงาน ปัจจัยค่าจ้าง และความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามรายด้านและภาพรวม (n = 282)

ปัจจัยที่ศึกษาความสุขในการทำงาน ของบุคลากร	M	SD	แปลผล
ปัจจัยลักษณะงาน			
ด้านความหลากหลายของทักษะ	4.11	0.61	มาก
ด้านความสำคัญของงาน	4.19	0.66	มาก
ด้านความมีอิสระในการทำงาน	3.72	0.65	มาก

ปัจจัยที่ศึกษาความสุขในการทำงาน ของบุคลากร	M	SD	แปลผล
รวม	4.01	0.65	มาก
ปัจจัยจำแนก			
ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน	3.21	0.81	ปานกลาง
ด้านความก้าวหน้าในงาน	3.37	0.76	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.04	0.63	มาก
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	3.89	0.69	มาก
รวม	3.63	0.72	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ระดับปัจจัยลักษณะงานภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=4.01$, $SD=0.65$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสำคัญของงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M=4.19$, $SD=0.66$) รองลงมาคือด้านความหลากหลายของทักษะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=4.11$, $SD=0.61$) และด้านความมีอิสระในการทำงานมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M=3.72$, $SD=0.69$) ส่วนปัจจัยจำแนกพบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=3.63$, $SD=0.72$) โดยรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M=4.04$, $SD=0.63$) รองลงมาคือด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=3.89$, $SD=0.69$) ส่วนด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.21$, $SD=0.81$)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร จำแนกตามรายด้านและภาพรวม ($n = 282$)

ความสุขในการทำงานของบุคลากร	M	SD	แปลผล
มิติที่ 1 สุขภาพดี (Happy Body)	3.52	0.57	มาก
มิติที่ 2 ผ่อนคลายดี (Happy Relax)	3.23	0.57	ปานกลาง
มิติที่ 3 น้ำใจดี (Happy Heart)	4.02	0.54	มาก
มิติที่ 4 สุขภาพเงินดี (Happy Money)	3.11	0.74	ปานกลาง
มิติที่ 5 ใฝ่รู้ดี (Happy Brain)	3.65	0.61	มาก

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร จำแนกตามรายด้านและภาพรวม (n = 282) (ต่อ)

ความสุขในการทำงานของบุคลากร	Mean	SD	แปลผล
มิติที่ 6 คุณธรรมดี (Happy Soul)	3.83	0.60	มาก
มิติที่ 7 ครอบครัวดี (Happy Family)	3.75	0.78	มาก
มิติที่ 8 สังคมดี (Happy Society)	3.61	0.52	มาก
มิติที่ 9 การงานดี (Happy Work-life)	3.60	0.57	มาก
รวม	3.59	0.61	มาก

จากตาราง 3 พบว่า ความสุขในการทำงานมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.59$, $SD=0.61$) เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่า มิติที่ 3 น้ำใจดี (Happy Heart) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M=4.02$, $SD=0.54$) รองลงมาคือ มิติที่ 6 คุณธรรมดี (Happy Soul) อยู่ในระดับมาก ($M=3.83$, $SD=0.60$) ส่วนมิติที่ 4 สุขภาพเงินดี (Happy Money) มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.11$, $SD=0.74$)

2.การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยลักษณะงาน และปัจจัยค้ำจุน ที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบปกติของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

ความสุขในการทำงานของบุคลากร	B	SE	Beta	t	P-value
ค่าคงที่	87.26	11.70		7.46	<0.001*
เพศ	1.982	2.035	.048	.974	.331
อายุ	-.340	.168	-.198	-2.02	.044*
สถานภาพการสมรส	-1.458	1.662	-.048	-.877	.381
ระดับการศึกษาสูงสุด	2.750	2.153	.063	1.277	.203
ประเภทตำแหน่ง	2.526	1.972	.074	1.281	.201
ระยะเวลาการทำงาน	-.036	.115	-.021	-.309	.758
รายได้ที่ได้รับต่อเดือน	.000	.000	.302	2.821	.005*
ปัจจัยลักษณะงานด้านความหลากหลายของทักษะ	.297	.401	.048	.742	.459
ปัจจัยลักษณะงานด้านความสำคัญของงาน	-.759	.456	-.106	-1.664	.097
ปัจจัยลักษณะงานด้านความอิสระในงาน	.610	.319	.111	1.911	.057
ปัจจัยค้ำจุนด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน	1.031	.282	.220	3.663	<0.001*
ปัจจัยค้ำจุนด้านความก้าวหน้าในงาน	.114	.420	.018	.270	.787
ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1.575	.348	.263	4.524	<0.001*

ความสุขในการทำงานของบุคลากร	B	SE	Beta	t	P-value
ปัจจัยด้านความมั่นคงในงาน	1.556	.341	.282	4.567	<.001*
R = .671 R ² = .450 adj. R ² = .431 df = 281 SE _{est} = 14.181 P-value < .05					

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ (Beta= .048, t= -2.02, p<.05) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน (Beta= .302, t= 2.821, p<.05) ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน (Beta= .220 t= 3.663, p<.05) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Beta= .263 t= 4.524, p<.05) และปัจจัยด้านความมั่นคงในงาน (Beta= .282) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 45.00 adj.R²=.431, p<.05 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\text{ความสุขในการทำงานของบุคลากร} = 87.26 + (-0.340)(\text{อายุ}) + 0.000 (\text{รายได้ที่ได้รับต่อเดือน}) + 1.031(\text{ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน}) + 1.575(\text{ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล}) + 1.556(\text{ปัจจัยด้านความมั่นคงในงาน})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\text{ความสุขในการทำงานของบุคลากร} = (-2.02)(\text{อายุ}) + 2.821(\text{รายได้ที่ได้รับต่อเดือน}) + 3.663(\text{ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน}) + 4.524(\text{ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล}) + 4.567(\text{ปัจจัยด้านความมั่นคงในงาน})$$

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยลักษณะงานภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีความเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยด้านความสำคัญของงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านความหลากหลายของทักษะ และด้านความมีอิสระในการทำงาน ตามลำดับ ส่วนระดับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนมีค่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี สามารถปฏิบัติงานที่ประโยชน์ต่อประชาชนและชุมชน งานที่ต้องใช้ทักษะความสามารถในหลาย ๆ ด้านการทำงานถึงจะสำเร็จ มีความเต็มใจช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานทุกครั้งเมื่อมีโอกาส มีบทบาทได้อย่างอิสระ โดยไม่มีเรื่องส่วนตัวมาเกี่ยวข้อง องค์กรที่สังกัดมีชื่อเสียงและภาพลักษณ์ที่ดี และท่านมีความมั่นใจว่าจะไม่ถูกเลิกจ้าง ได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้โดยการฝึกอบรมและการพัฒนาศักยภาพที่ตรงกับงานที่ท่านปฏิบัติ จึงส่งผลให้ระดับความสุขในการทำงานของบุคลากรอยู่ในระดับมากทั้งภาพรวมและรายมิติ โดยพบว่ามิติที่ 3 น้ำใจดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือมิติที่ 6 คุณธรรมดี และมิติที่ 7 ครอบคลุมดี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นูร์ปาชียะห์ กูนา (2562) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสุขในการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอเมืองปัตตานี จังหวัดปัตตานี ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธาวิ ยงทรัพย์

(2564) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ สถานีตำรวจภูธรเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธรเชียงแสน จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์ชัย ณัฐฐโสภณ (2566) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสุขในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานกรณีศึกษา เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบางละมุง ผลการวิจัย พบว่าระดับความสุขในการทำงานและปัจจัยสูงใจ และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบางละมุง อยู่ในระดับมาก

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความมั่นคงในงาน ร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรได้ 45.0% (Adjusted $R^2 = 0.431$, $p < 0.05$) โดยพบว่าปัจจัยด้านความมั่นคงในงานเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรได้มากที่สุด (Beta = 0.282, $t = 4.567$, $p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าหน่วยงานมีการสนับสนุนการทำงานของบุคลากรทั้งในเรื่องรายได้ที่ได้รับต่อเดือน การจัดการเรื่องลักษณะงานที่พบว่าอยู่ในระดับมาก เช่น การให้ความสำคัญของงาน ความหลากหลายของทักษะ และความมีอิสระในการทำงาน รวมถึงปัจจัยด้านที่อยู่ในระดับมากทั้งในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลช่วยสร้างบรรยากาศที่ดี ลดความเครียด สนับสนุนการพัฒนาทักษะและการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ยังเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมและช่วยสร้างความมั่นใจในการทำงาน ความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงาน และด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน เนื่องจากความมั่นคงในงานจะทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ไม่ต้องกังวลเรื่องอนาคตในระยะสั้นหรือยาว ส่งเสริมความผูกพันต่อองค์กร และสร้างโอกาสในการเติบโตในหน้าที่การงาน ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในเรื่องนี้ย่อมมีความสุขและพึงพอใจมากกว่า จึงส่งผลให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรชพร ทัพพวรา (2562) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของกลุ่มคนทำงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า กลุ่มคนทำงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ที่ได้รับต่อเดือนต่างกันมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นูร์ปาศิยะห์ ภูนา (2562) ได้ศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอเมืองปัตตานี ที่พบว่า บุคลากรได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมายนั้นเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและเต็มศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญรัตน์ สาริกา (2566) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ที่พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านสภาพรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตาภัทร์ ทูตุมมา (2563) ที่ได้ศึกษาแรงจูงใจในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานฝ่ายบิวตี้แอนด์เซลส์ (Beauty & Sales) กรณีศึกษาบริษัทเซ็นทรัลเทรดดิ้ง จำกัด ที่พบว่า ความมั่นคงในงาน (Beta = 0.315) ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร โดยมีระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญกับอายุ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน สวัสดิการและค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความมั่นคงในงาน เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสุขในการทำงาน เพราะบุคลากรเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรในการ บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน พร้อมจัดโปรแกรมเพื่อสร้างความเข้าใจและความ ตระหนักรู้ให้แก่บุคลากรให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข

2. ควรนำผลการศึกษาไปเป็นนโยบายในการวางแผนในเรื่องความสุขในการทำงานของบุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการปฏิบัติงาน ได้แก่ อายุ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน สวัสดิการ และค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความมั่นคงในงาน เพื่อให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้วางแผนในการพัฒนาบุคลากรให้มีความสุข และทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อนำมาเป็นแนวทาง ในการตัดสินใจที่จะถ่ายโอนหรือไม่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

2. ควรศึกษาถึงปัจจัยการจัดการสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้าน สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ ตลอดจนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

- ขจรศักดิ์ สุขเปรม. (2565). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิต ความสุขในการทำงานต่อความผูกพันองค์กรของ บุคลากรกรมอนามัย. กลุ่มพัฒนาทรัพยากรบุคคล กองการเจ้าหน้าที่ กรมอนามัย.form
<https://shorturl.asia/idyuE>
- จิตาภัทร์ ทูมมา. (2563). แรงจูงใจในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานฝ่าย บิวตี้ แอนด์ เซลล์ (Beauty & Sales) กรณีศึกษา บริษัทเซ็นทรัลเทรดดิ้ง จำกัด [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหาร บัณฑิต ,มหาวิทยาลัยมหิดล]. CMMU Digital Archive. <https://shorturl.asia/JSDxv>
- ธัญญารัตน์ สาลิกา. (2566). รายงานการวิจัย เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. กองบริหารทรัพยากร สุพรรณบุรี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ.
<https://research.rmutsb.ac.th/fullpaper/2566/research.rmutsb-99-20230531105625944.pdf>

- นุรปาชียะห์ ภูนา. (2562). *ความสุขในการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอเมืองปัตตานี จังหวัดปัตตานี* [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คลังปัญญา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. form <https://shorturl.asia/2kFtz>
- พงศ์ชัย ญัณฐโสภณ. (2566). *ความสุขในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน กรณีศึกษาเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบางละมุง* [การค้นคว้าปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- แพรวพรรณ ศิริเลิศ. (2567). รายงานความสุขโลกประจำปี 2567. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. <https://shorturl.asia/6x2p8>
- เมธาวี ยงทรัพย์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ สถานีตำรวจภูธรเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์และการจัดการสังคม, 3(2), 21-32*. Form <https://shorturl.asia/m2wRK>
- สรวิชัย สุดแก้ว. (2563). *คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี* [งานนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565) รายงานสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรของคนทำงาน(ในองค์กร). form <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/09/576-HappyWorkplace-2021.pdf>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). เครื่องมือวัดความสุขด้วยตนเอง. form <https://www.thaihealth.or.th/happinometer>
- สมัทนา คลังแสง. (2564). การศึกษาปัจจัยแรงจูงใจในการ work from home ที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดสำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. สถาบันพระปกเกล้า. form <https://shorturl.asia/Bg1N7>
- อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ. (2565). ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคน ด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, 18(1), 121-132*. <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JHR/article/view/264334/182220>
- อรชพร ทัพพาวรา. (2562). รายงานการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของกลุ่มคนทำงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin92/6214154702.pdf>
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley and Sons.
- Hackman, & Oldham. (1980). *Work redesign*. Addison-Wesley: Reading Mass.

Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 1–55.

Yamane, T. (1973). *Statistic : an Introductory Analysis*. New York: Harper & Row.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3–5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent

- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index> และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารสภาการสาธารณสุข
ชุมชน

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail address: The.JCCPH@gmail.com



JCCPH

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

Journal Of Council Of Community-Public Health



จัดพิมพ์โดย

สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5

ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 02-591-9186

e-mail:the.jccph@gmail.com

วสธ.



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