

Journal of Disease and Health Risk DPC.3

2022



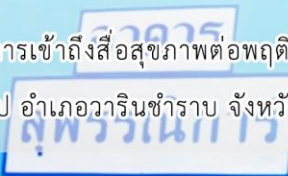
วารสารโรคและภัยสุขภาพ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565

ISSN 2774-0730 (Online)

- ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมอำเภอสามโก้ จังหวัดอุทัยธานี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
- อนาคตภาพในทศวรรษหน้าของหน่วยบริการปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ 3
- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส กรณีศึกษา
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะเทศบาลเมืองแพรกษาใหม่จังหวัดสมุทรปราการ
- ปัจจัยทำนายความรู้ที่สนใจการเข้าถึงสื่อสุขภาพต่อพฤติกรรม“กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี



Approved by TCI during 2022 - 2024

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.2565		Volume 16 No.2 May – Aug. 2022	
สารบัญ	หน้า	CONTENTS	PAGE
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article	
ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี	1	Effectiveness of Behavior Modification Program to Reduce Alcohol Consumption among Female Agricultural Workers in Lansak District ,Uthai Thani Province	1
เพียงพิมพ์ ปันระสี		<i>Phiangphim Punrasi</i>	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์	15	Factors Associated with Efficiency of Financial and Accounting Management of the Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province	15
นงเยาว์ ปานพิมพ์		<i>Nongyao Panpim</i>	
อนาคตภาพในทศวรรษหน้าของหน่วยบริการปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ 3	27	The scenario of the Primary Care Unit Next Decade in Public Health Region 3	27
มลวิภา กาศสมบูรณ์และคณะ		<i>Monwipa Katsomboon, et al.</i>	
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส: กรณีศึกษา	38	Nursing Care for a Patient with Infected HIV and Syphilis: A Case Study	38
ปาริดา บุญนาค		<i>Parida Boonnak</i>	

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ม.ค.-เม.ย.2565		Volume 16 No.1 Jan. – Apr. 2022	
สารบัญ	หน้า	CONTENTS	PAGE
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโทรจาม จังหวัดกำแพงเพชร	51	Factors Associated with Self-care Behaviors of Type 2 Diabetes Patients at Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province	51
วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์		Weerasak damrongphong	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะเทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ	64	The Effect of the Promotion Behavior Program for Accidental Prevention from Working among Garbage Collectors, Preakasamai Town Municipality, Samut Prakan Province	64
สินีนุช กุลศิริและคณะ		Sineenut Kunsiri, et al.	
ปัจจัยทำนายความรู้ทัศนคติการเข้าถึงสื่อสุขภาพต่อพฤติกรรม“กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ”ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	75	The Associations between Knowledge, Health Media Accession Affecting Health Behavior toward “Eat Hot Foods, Use Serving Spoon, and Always Wash Your Hands” among People Over18 Years of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province	75
เรืองวิทย์ วรรณและคณะ		Ruangwit Wannu, et al.	

วารสารโรคและภัยสุขภาพ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
เป็นวารสารวิชาการ เผยแพร่โดย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่บทความด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ
ระบาดวิทยา ตลอดจนผลงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพต่าง ๆ
นักวิจัยทั้งในและนอกหน่วยงาน

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ติเรก ชำแปน	ผู้อำนวยการ
แพทย์หญิงจิตติพร วงศ์ศิริอำนวย	รองผู้อำนวยการ
นายชินทร์ ห่วงมิตร	รองผู้อำนวยการ
นายศราวุธ โกชนะสมบัติ	รองผู้อำนวยการ
ดร.ศุภฎี นรศาสด	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
นางราตรี ทิตตเมธา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

บรรณาธิการ ดร.สำราญ สิริภคมงคล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

กองบรรณาธิการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

ดร.สวรรยา สิริภคมงคล	นายอนุกุล บุญคง	นางธนวรรณ เอี่ยมรอด
นางสาววิภา เจนพรมราช	นางสาวธนภรณ์ พรหมมูล	นายภาณุวัฒน์ เสงี่ยมจิตต์เกษม

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม นักวิชาการอิสระ สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค(เกษียณอายุราชการ)
นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี นักวิชาการอิสระ สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค(เกษียณอายุราชการ)
นายแพทย์ ดร.อนุพงศ์ สุจริยากุล สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์ ดร.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร กรมควบคุมโรค
ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ นักวิชาการอิสระ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก (เกษียณอายุราชการ)
ศาสตราจารย์ชัย เอกพลากกร ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ดร.โยธิน แสงดี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ดร.จรรยาเศรษฐบุตร นักวิชาการอิสระ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล(เกษียณอายุราชการ)
ดร.สุภาภรณ์ คุณเรืองฤทธิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

พลตรีรองศาสตราจารย์ดร.ชัยณรงค์ เชิดชู นักวิชาการอิสระ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎ (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ดร.เกียรติไชย พักศรี ภาควิชาจุลชีววิทยา, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.จิรภาส จงจิตวิมล ภาควิชาเทคนิคการแพทย์

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์เภสัชกรดร.ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร. กุระวี วิวัฒน์ชีวิน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.พิมรา ทองแสง คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

ดร.กิตติพงศ์ กลิ่นแมน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ดร.กฤษดา เหล็กเพชร โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

พิสูจน์อักษร

นางสาวอุทัยพร อัครานภาพพงศ์ นางสาวกาญจนา เอี่ยมอักษร นางสาวสุนัตตรา ปานทรัพย์

งานเทคโนโลยีสารสนเทศ

นางสาวนิศามณี รอดแก้ว

นายประกาศิต พิมพ์พันธุ์ดี

สำนักงาน กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

อาคาร 1 ชั้น 3 516/66 ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง

จังหวัดนครสวรรค์ โทรศัพท์ 0 5622 1822 ต่อ 103

กำหนดเผยแพร่

**ปีละ 3 ครั้ง หรือ ราย 4 เดือน มกราคม – เมษายน พฤษภาคม – สิงหาคม
และ กันยายน – ธันวาคม**

Disease and Health Risk DPC3 Journal

**Official Publication of the Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan
Province, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand**

**Objective: To disseminate science and technology articles relating to communicable
diseases, non-communicable diseases, epidemiology including surveillance, prevention,
and control of diseases and health threats from internal and external researchers.**

Advisor: Dr. Direk Khampaen Director
Dr. Thitiporn Wongsiriamnue Deputy Director
Mr. Charin Haungmitr Deputy Director
Mr. Sarawut Phochanasombat Deputy Director
Dr. Dusadee Norasaswat Assistant Director
Mrs. Ratri Tittametha Public Health Technical Officer, Senior Professional Level

Editor: Dr.Samran Siriphakhamongkhon

Editorial Team:

Dr. Supachai Rerkngam	Academician Office of Expert Committee, Department of Disease Control (Retire)
Dr. Pasakorn Akarasewi	Academician Office of Expert Committee, Department of Disease Control (Retire)
Dr. Anupong Sujariyakul	Office of Expert Committee, Department of Disease Control
Dr. Sopon Imsirithaworn	Department of Disease Control
Dr. Kamolthip Vijitsoonthornkul	Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control
Dr. Witaya Swaddiwudhipong	Academician Maesot General Hospital, Tak Province (Retire)
Prof.M.D. Wichai Aekplakorn	Department of Community Medicine, Mahidol University
Assoc.Prof.Dr.Yothin Sawangdee	Institute for Population and Social Research, Mahidol University
Assoc.Prof.Dr. Janya Sethabutr	Academician Institute for Population and Social Research, Mahidol University (Retire)
Dr. Supaporn Kumruangrit	Mahidol University, Nakhonsawan Campus
Assoc. Prof. Maj. Gen. Dr. Chainarong Cherdchoo	Academician Phramongkutklao College of Medicine (Retire)

Assoc. Prof. Dr. Kiatichai Faksri Department of Microbiology, Faculty of
Medicine, Khon Kaen University

Assist. Prof. Dr. Jirapas Jongjitwimol Department of Medical Technology,
Faculty of Allied Health Sciences,
Naresuan University

Assoc. Prof. Dr. Chankit Puttilerpong Faculty of Pharmaceutical Sciences,
Chulalongkorn University.

Dr.Kulrawee Wiwattanacheewin Institute of Nursing Suranaree,
University of Technology

Assist. Prof. Dr.Chanita Praditsathaporn School of Nurse, University of Phayao

Dr. Pimra Thongsaeng Faculty of Science and Technology,
Nakhon Sawan Rajabhat University

Dr. Kitipong Klinman Nakhon Sawan Provincial Health Office

Dr. Krittsada Lekphet Kao Liao Hospital, Nakhon Sawan Province.

Dr.Sawanya Siriphakhamongkhon Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

Mr. Anugoon Bunkhong Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

Mrs. Tanawan Iemrord Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

Ms. Weena Chenpromarat Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

Ms. Thanaphorn Phrommool Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

Mr.Panuwat Sangiamchitkasem Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

Proof Reading: Ms. Uthaiporn Arkaranupappong Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

Ms. Kanjana Iamaksorn Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

Information Technology: Ms. Nisamanee Rodkaew Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

Mr. Prakasit. Pimpundee Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan Province

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ยินดี รับบทความวิชาการ หรือ รายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ตลอดจน ผลงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคย ตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการ ตรวจสอบแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์ และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเผยแพร่

1.บทความที่ส่งเผยแพร่

บทความพินิจ(Review Article)

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือ เรื่องที่น่าสนใจจาก วารสาร หรือหนังสือทั้งในและต่างประเทศ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์ สถานการณ์โรคต่างๆ บทความพินิจ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วย ความยาว ไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ(Original Article)

บทความรายงานผลการศึกษา วิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผล การศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผลการปฏิบัติงาน(Results of Operations)

ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย(Case Report)

รายงานกรณีศึกษา ที่เป็นกลุ่มโรค หรือ กลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อน และต้องมีหลักฐานครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ สถานการณ์โรค ข้อมูลคนไข้ บันทึกเวชกรรม(Clinic note) ลักษณะเวชกรรม (Case description) การดำเนินโรค (Clinic course) สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ หรือ ข้อเสนอแนะ การยินยอมอนุญาตของคนไข้ (Inform consent) และ เอกสารอ้างอิง

การสอบสวนโรค (Outbreak Investigation)

รายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา นำเสนอข้อคิดเห็นแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการสอบสวนโรค ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและ ทีมสอบสวนโรค สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค กิจกรรมป้องกันควบคุมโรค ปัญหาและ ข้อจำกัดในการสอบสวนโรค วิจารณ์ สรุป และ เอกสารอ้างอิง

2.การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เขียนชื่อสกุลผู้นิพนธ์(ไม่ต้องระบุคำนำหน้า) และสถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ(ไม่ใช่คำย่อ) ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน ให้เรียงชื่อตามลำดับ ความสำคัญของ แต่ละคน และใส่หมายเลขตัวยก ต่อท้ายชื่อสกุลเชื่อมโยงกับสถานที่ทำงานของแต่ละคนพร้อม ใส่ชื่อสกุล เบอร์โทรศัพท์ เพื่อติดต่อผู้นิพนธ์ (Correspondence)

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อ ประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ(Abstract)

การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ เป็นประโยค สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่ต้องย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด หรือ 250-300 คำ และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือ ข้อเสนอแนะ(อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ(Keywords)

เป็นคำที่แสดงถึงเนื้อหาของเรื่องโดยย่อ เหลือเพียงคำที่แสดงใจความสำคัญของเนื้อ เรื่อง ที่สั้น กะทัดรัด และมีความชัดเจน เพื่อช่วยในการสืบค้นเนื้อหา ของเรื่องนั้น ๆ ใส่ไว้ท้าย บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ

อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาเพื่อตอบคำถามที่ตั้งไว้ หรือ การแก้ไข ปัญหา ทฤษฎี หรือ วรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาเขียนไว้ในส่วนนี้ และ ส่วนท้ายเขียน วัตถุประสงค์การวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล จำนวนและลักษณะของ ตัวอย่างที่ศึกษา รูปแบบการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง วิธีการศึกษา เครื่องมือ การทดสอบเครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายที่ค้นพบ หรือผลการวิเคราะห์ ให้เข้าใจง่ายชัดเจน ลักษณะร้อยแก้ว ตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ตามความเหมาะสมของข้อมูลที่ได้ ไม่ความเกิน 5 ภาพ หรือ ตาราง โดยต้อง ระบุลำดับที่ ชื่อ ด้านบนของภาพ หรือ ตาราง สรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่กำหนดไว้

วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปผลการวิจัยให้ ตรงประเด็น และ ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษานำไปใช้ประโยชน์ และ ข้อเสนอแนะใน การศึกษาครั้งต่อไป

สรุป (ถ้ามี)

ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการ วิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือสำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver ผู้เขียนต้องรับผิดชอบ ความถูกต้องของ เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใส่ตัวเลขใน วงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับ เอกสารอ้างอิงอันดับแรก “(1)” และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข เดิม เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

3.รูปแบบการอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ก.ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year) ; เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page). ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009 ;361: 298-9.

ข.ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

1.จริญา เลิศอรรมยณี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุทธิพรณี วรกิจโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

3.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้น ๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

3.3 การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

2.รังสรรค์ ปัญญาญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย.

กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

3.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s).ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

2.เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชาลิตธำรง, พิกพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่.ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปี ที่ได้ปริญญา.

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

2.อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.6 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

2.วิวัฒน์ โจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบ แวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2549]; 24:465-72. เข้าถึงได้จาก:<http://stang.li.mahidol.ac.th/image/style.pdf>

4.การส่งต้นฉบับ(Submission)

4.1 การพิมพ์บทความ ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 10 หน้า ใช้โปรแกรม Microsoft Word รูปแบบอักษร EucrosiaUPC ขนาด 16 ตัวอักษรตอนนี้ การใช้จุดทศนิยม หากใช้ 1 หรือ 2 ขอให้ใช้เหมือนกันทั้งบทความ ตารางขอให้พิมพ์ ไม่ใช่ภาพ มีลำดับที่ ชื่อตาราง อยู่ ส่วนบนของตาราง ใช้คำว่า “ตารางที่ ...” แผนภูมิ หรือภาพ ประกอบควรเป็นสี คมชัด มี ลำดับที่ และชื่อแผนภูมิ/ภาพ อยู่ส่วนบนของแผนภูมิ หรือภาพ ใช้คำว่า “แผนภูมิ หรือภาพ ที่...”

4.2 การส่งบทความ ให้ผู้พิมพ์ส่งบทความผ่านระบบเว็บไซต์

วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/about/submissions> มีปัญหา

สอบถามที่กองบรรณาธิการ siriphakha@gmail.com

5.การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นและส่งบทความให้ผู้ประเมินบทความ (reviewer) 2 ท่าน ร่วมพิจารณา โดยผู้พิมพ์ต้องดำเนินการปรับแก้ไขบทความ (revisions) ตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมินบทความ อย่างน้อย 2 ครั้ง ก่อนจะรับการพิจารณาเผยแพร่บทความ

5.2 บทความที่ได้รับการพิจารณา (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะพิจารณาตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วนด้านวิชาการ และรูปแบบตามที่วารสารกำหนดอีกครั้ง (Copyediting) ผู้พิมพ์ต้องตรวจสอบ ยืนยันส่งกลับมาให้ก่อน กองบรรณาธิการจึงจะดำเนินการส่งบทความเข้าสู่กระบวนการจัดรูปแบบไฟล์ และจัดทำดัชนีข้อมูลสำหรับการเผยแพร่ ออนไลน์(Production) ต่อไป

ผู้พิมพ์อาจต้องการตรวจสอบพิสูจน์อักษรครั้งสุดท้ายก่อนการเผยแพร่ ออนไลน์ กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการเผยแพร่เฉพาะเนื้อหาที่ผ่านความเห็นชอบของกองบรรณาธิการเท่านั้น

5.3 ผลการพิจารณาบทความทั้งที่ได้รับ และไม่ได้รับพิจารณา กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบผ่านระบบตอบกลับวารสารอัตโนมัติ

5.4 บทความที่รับพิจารณาลงอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) ผู้พิมพ์สามารถดาวน์โหลดบทความได้ที่เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/issue/view/17069> โดยกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียงลำดับบทความเผยแพร่ตามความเหมาะสม และความรวดเร็วในการทำต้นฉบับบทความ

ประกาศเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตน

นโยบายความเป็นส่วนตัว

ชื่อและที่อยู่ อีเมล ที่ระบุในวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จะใช้เพื่อระบุตามวัตถุประสงค์ของวารสารเท่านั้น และจะไม่นำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์อื่น หรือต่อบุคคลอื่น

บทบาทหน้าที่ผู้นิพนธ์

1.ผู้นิพนธ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ แล้ว

2.ผู้นิพนธ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ ทับซ้อน (ถ้ามี)

3.คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ

4.หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้นิพนธ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

5.ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง

6.ผู้นิพนธ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียว ทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)

7. ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ ผู้นิพนธ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่เป็นผู้ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ

2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความ และไม่นำข้อมูล บางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง

3. ผู้ประเมินบทความ ควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์ และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ

4. ผู้ประเมินบทความมีการตรวจพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที

5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด

6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณา แก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ ในสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

Effectiveness of Behavior Modification Program to Reduce Alcohol Consumption among Female Agricultural Workers in Lansak District Uthai Thani Province

เพ็ญพิมพ์ ปันระสี

Phiangphim Punrasi

โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Mahidol University Nakhon Sawan Campus Project

Received: July 9, 2021 | Revised: March 23, 2022 | Accepted: May 5, 2022

บทคัดย่อ

สตรีไทยวัยแรงงาน โดยเฉพาะในภาคการเกษตรมีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงสูงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่มและปัญหาสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดื่มที่เกินมาตรฐาน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีที่ดื่มแอลกอฮอล์ประจำ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ในพื้นที่อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ ที่พัฒนาจากรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม จังหวัดอุทัยธานี ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์หลังเลิกงานเพื่อคลายความเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า และคลายเครียด ร้อยละ 66.67 มีพฤติกรรมการดื่มอยู่ในระดับอันตราย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม สามารถช่วยให้สตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกินมาตรฐานลดการดื่มลง และส่วนหนึ่งสามารถหยุดดื่มได้ โดยประเมินได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาจากการดื่มสุรา (AUDIT Score) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเท่ากับ 16.28 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าลดลงเท่ากับ 12.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) กระบวนการสำคัญของโปรแกรมนี้ คือการเสริมสมรรถนะแห่งตน ในการลดหรือเลิกดื่ม การบูรณาการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังและต่อเนื่อง นำมาซึ่งการป้องกันความเสี่ยงและลดผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกินมาตรฐานของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมได้

ติดต่อผู้พิมพ์: เพ็ญพิมพ์ ปันระสี

อีเมล: phiangphim@hotmail.com

Abstract

Thai women of working age, especially in the agricultural sector have a tendency to drink alcohol at higher risk levels. Excessive alcohol consumption impacts personal illnesses and social

problems. This research was action research design. The purposes of the research were to explain the drinking behavior of female laborers who regularly consumed and to study the effectiveness of a behavior modification program to reduce alcohol consumption among female laborers in the agricultural sector. The samples were collected by simple random sampling from the area of Lansak District Uthai Thani province, a total of 36 cases. The research tool was a behavior modification to reduce alcohol consumption program which was developed from the SME Uthai Thani model. The duration of the program is 6 months. The results showed that most female laborers working in the agricultural sector drank alcohol after work to relieve their tiredness, tension, and stress. Almost 66.67% of the sample group had a drinking behavior at harmful levels. The behavior modification program to reduce alcohol consumption among working-age women in the agriculture sector could help women agricultural workers who had excessive alcohol habits to reduce their drinking behavior. Moreover, some can stop drinking during the intervention. The effectiveness of the program was assessed by the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT Score), the pre-trial of the program was 16.28 and the post-trial of the program was 12.08, which was statistically significant reduction ($P < 0.01$). The significant processes of this program were to enhance self-efficacy, promote a healthy collaborative network in the community, and support from relevant agencies conscientiously and continuously. This program can prevent risky behavior and reduce negative outcomes caused by excessive alcohol consumption in working-age women in the agriculture sector.

Correspondence: Phiangphim Punrasi

E-mail: phiangphim@hotmail.com

คำสำคัญ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ลดดื่มแอลกอฮอล์

สตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม

Keywords

Behavior Modification

Reduce Alcohol Consumption

Women in Agricultural Sector

บทนำ

การผลิตเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) และบริโภคมึ่แพร่หลาย ซึ่งแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดออกฤทธิ์กดระบบประสาท⁽¹⁾ ประชากรโลกประมาณ 2,000 ล้านคน ดื่มนแอลกอฮอล์เป็น 1 ใน 3 ของจำนวนคนที่ดื่มทั้งหมดเป็นเพศหญิง⁽²⁾ การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ.2558 พบว่ามีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 32.3 ของประชากรผู้ใหญ่ หรือจำนวน 18,641,720 คน ในจำนวนนี้ดื่มมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 39.9 เพศชายดื่มเครื่องดื่มร้อยละ 53 เพศหญิงดื่ม ร้อยละ 12.9 ในจำนวนนี้มีผู้ดื่มทุกวัน ร้อยละ 26.2 และเกือบทุกวัน ร้อยละ 38.3 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ 20.4 ปี กลุ่มวัยที่มีพฤติกรรมการดื่มสูงสุด คือวัยทำงานอายุ 30 – 44 ปี คือ ร้อยละ 52.2 แนวโน้มการดื่มของเพศชายลดลง ในขณะที่ผู้หญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น เฉลี่ยร้อยละ 1.1 ต่อปี⁽³⁾

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้หญิงเริ่มดื่มเฉลี่ยที่อายุ 25 ปี มีแนวโน้มของอัตราการดื่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการดื่มเบียร์ ที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากร้อยละ 41.3 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 52.6 ในปี 2554⁽⁴⁾ ผู้หญิงไทยร้อยละ 12.9 หรือจำนวน 3,657,285 คน ดื่มประจำ จำนวน 656,726 คน⁽⁵⁾ การดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี โดยเฉพาะจำนวนของผู้ที่ดื่มเป็นประจำ และอายุที่เริ่มดื่มครั้งแรกลดลง⁽⁶⁾ หากพิจารณาในเรื่องพื้นที่พบว่าเขตชนบท ประชาชนทำการเกษตร ถึงร้อยละ 75.9⁽⁷⁾ สัดส่วนของแรงงานชายและหญิงในภาคการเกษตรเท่าๆ กัน⁽⁸⁾ การศึกษาถึงความชุกของสตรีที่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าสตรีในเขตชนบทมีอัตราการดื่มมากกว่าสตรีที่อยู่ในเขตเมือง ในหน้าเทศกาลผู้หญิงมักจะดื่มสาโทหรือน้ำข้าวเพื่อความรื่นเริง หรือเพื่อให้เกิดความกล้าที่จะแสดงออก⁽⁹⁾ การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้หญิงส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากวิถีชีวิตในชนบทประเพณีและความเชื่อ ซึ่งมักใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมต่างๆ⁽¹⁰⁾ ประกอบกับความเจริญทางเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารที่ทันสมัยและความสะดวกรวดเร็วในการคมนาคมทำให้ประชาชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย⁽⁴⁾ ความหลากหลายของชนิด ตอบสนองความต้องการ โอกาส รสชาติ ราคา และการได้มาจากแหล่งจำหน่ายที่ใกล้ที่อยู่อาศัย และงานพิธีต่างๆ เป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นองค์ประกอบ⁽¹¹⁾

สาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีทั่วโลกพบว่า มี 2 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ทักษะชีวิตที่ดีต่อการดื่มสุรา ความเชื่อ ค่านิยม การขาดความรู้ความเข้าใจ ความอยากลองและเลียนแบบ ความเชื่อต่อความเท่าเทียมทางเพศ การมีภาวะอารมณ์และพฤติกรรมทางด้านลบ และ 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการมีปัญหาในครอบครัว บริบททางสังคม ความเจริญทางวัตถุ สื่อ และเทคโนโลยี กลุ่มเพื่อนและการปฏิสัมพันธ์ในสังคม⁽⁶⁾ การศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยพบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่เริ่มดื่มเมื่ออายุ 15.1 ปี เหตุที่ทำให้เริ่มดื่ม คือ การถูกเพื่อนชวน ความอยากลอง เครียด ทุกข์ใจ อยากสนุก การเข้าสังคม ความเท่าเทียมกับชาย และเพื่อความทันสมัย⁽¹¹⁾ ช่วยให้เกิดความสนุกสนาน อารมณ์รื่นเริง ไม่เครียด⁽¹²⁾ โอกาสที่ทำให้สตรีดื่มแอลกอฮอล์ คือ ในงานสังสรรค์ การฉลองในเทศกาลสำคัญ และงานประเพณีต่างๆ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 ที่รายงานสาเหตุสำคัญที่เพศหญิงเริ่มดื่มสุราคือเพื่อการเข้าสังคมหรือการสังสรรค์ สูงถึงร้อยละ 52.2 รองลงมาคือ ดื่มตามอย่างเพื่อน หรือถูกเพื่อนชักชวน ร้อยละ 19.8 ความอยากทดลองดื่ม ร้อยละ 17.2⁽¹³⁾

นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มคนที่ใช้แรงงานในภาคการเกษตร มีการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเหตุผลเพื่อลดความปวดเมื่อยหลังทำงาน ซึ่งทั้งผู้ชายและผู้หญิงต่างก็ทำงานที่ใช้แรงงานเหมือนกัน บางครั้งเจ้าของไร่หรือสวนจัดทำให้ดื่มเพื่อแสดงออกถึงความมีน้ำใจ⁽¹⁴⁾ ส่วนสาเหตุของผู้หญิงดื่มจนถึงปัจจุบันนั้นคือ ดื่มตามกัน ความสนุกสนาน เพื่อเข้าสังคม เพื่อคลายเครียด คลายปวดเมื่อยหลังจากทำงานหนักดื่มเพราะได้รับอิทธิพลจากรูปลักษณ์ของแอลกอฮอล์ และเจตคติเชิงบวกที่มีต่อการดื่ม ต้องการการยอมรับ มีความมั่นใจ ทำให้สนุกสนาน ทำให้มีร่างกายสมส่วน มีสุขภาพดี เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความทุกข์ ยิ่งกว่านั้นสภาพแวดล้อมทางครอบครัว สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรี⁽¹⁵⁾

ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าเป็นสาเหตุทำให้ประชากรโลกเสียชีวิต ร้อยละ 5.9 เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 4.4 ของการเกิดโรคที่เป็นภาระ (Burden of

Disease) เป็นสาเหตุการเกิดโรคที่เป็นภาระใน เพศหญิง ร้อยละ 4.0⁽¹⁶⁾ เกิดปัญหาด้านสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเครื่องดื่มที่เกินมาตรฐาน⁽¹⁷⁾ เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Year Lived in Disability: YLD) จากการเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) ถึงร้อยละ 17.8 ของการสูญเสียทั้งหมด ตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost: YLL) ถึงร้อยละ 5.8⁽¹⁸⁾ ก่อโรคทางปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 56 รองลงมาคือ บาดเจ็บร้อยละ 23 และเป็นโรคตับแข็งร้อยละ 9⁽¹⁹⁾ มีศักยภาพในการทำงานได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์⁽²⁰⁾ สตรีที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคสมาธิสั้น⁽⁶⁾ ลูกมีโอกาสติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคต มีความผิดปกติที่เรียกว่ากลุ่มอาการผิดปกติของเด็กจากการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ (Fetal Alcohol Spectrum Disorder: FASD) ร้อยละ 32.9 ของสตรีที่ดื่มแอลกอฮอล์ประจำในระยะให้นมบุตร ระยะ 3 เดือนแรกส่งผลให้การพัฒนาของของลูกล่าช้า⁽⁴⁾

จังหวัดอุทัยธานีเป็นจังหวัดในภาคเหนือตอนล่างของไทย อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ประชากรวัยแรงงานคือกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุด ประกอบอาชีพในภาคการเกษตรมากกว่า ร้อยละ 75 ยังใช้แรงงานจากคนเป็นสำคัญ จำนวนผู้หญิงที่ใช้แรงงานในภาคการเกษตรเท่ากับผู้ชาย จากศูนย์ข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้หญิงวัยแรงงานดื่มแอลกอฮอล์ประจำ จำนวน 6,156 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 7.2⁽²¹⁾ กลุ่มผู้ที่ดื่มประจำได้รับการประเมินปัญหาการดื่มสุรามีผู้ที่ดื่มในระดับเสี่ยง ถึงร้อยละ 63.8 และดื่มในระดับอันตรายร้อยละ 36.2⁽²²⁾ การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานพบว่าระดับความรู้ และความยาวนานของระยะเวลาที่เริ่มดื่มจนถึงปัจจุบันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงาน ภาคเกษตรกรรมโดยตรง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ปัจจุบันทั้งทางตรงและทางอ้อมคือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การกำกับตนเอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทางอ้อมคืออิทธิพลทางสังคม อันประกอบด้วย การได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง ค่าแรง เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานพิธี และพิธีกรรมต่างๆในชุมชน และการมีแหล่งจำหน่ายแอลกอฮอล์ใกล้ที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นทั้งปัจจัยโดยตรงและตัวส่งผ่านที่ทำให้ดื่มแอลกอฮอล์คือสมรรถนะแห่งตนของตัวผู้ดื่มเอง⁽²³⁾ การดื่มแอลกอฮอล์ที่เกินมาตรฐาน เป็นปัญหาในระดับบุคคลแต่ส่งผลกระทบทั้งต่อตนเองและสังคม การแก้ไขปัญหานี้จำเป็นต้องเริ่มจากบุคคลผู้ดื่ม นั่นคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดื่ม ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการที่ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะเลิกหรือหยุดดื่มนั้นขึ้นอยู่กับตัวผู้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นสำคัญ ร่วมกับการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ลดอิทธิพลทางสังคมที่ส่งผลต่อการดื่ม แนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ดื่ม จะทำให้มีประสิทธิภาพในทางที่ดี

ผู้วิจัยเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม ในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี (SME Uthai Thani Model)⁽²³⁾ เป็นรูปแบบที่มีความเฉพาะสำหรับการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรี จึงได้นำรูปแบบดังกล่าวมาพัฒนาเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ ในสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม ในพื้นที่อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งมีรายงานของคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. 2561 ว่าเพศหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ถึงร้อยละ 10.08 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าพื้นที่อำเภออื่น จึง

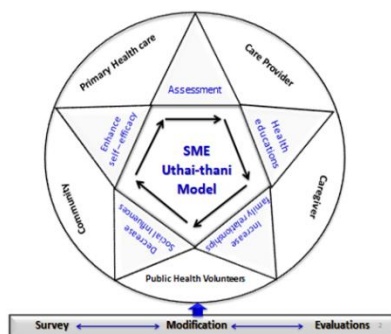
ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ ด้วยการประเมินจากค่าคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT Score) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยม มีความไวและความจำเพาะ ในการวินิจฉัยการบริโภคแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) และแบบอันตราย (Harmful Drinking) อีกทั้งยังสามารถนำมาใช้ในการติดตามกลุ่มบริโภคแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงได้ด้วย⁽²⁴⁾ โดยหวังว่าผลการวิจัยจะนำมาซึ่งแนวทางการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี ป้องกันโรคและความเจ็บป่วยอันมีผลกระทบมาจากเกิดจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกินมาตรฐานในสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ 2 ประการคือเพื่อศึกษาลักษณะและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ ในสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้กำหนดขอบเขตการศึกษา คือ ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 15 – 59 ปี (วัยแรงงาน) ประกอบอาชีพในภาคการเกษตร มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำคือ (ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์) มีผลการประเมินปัญหาการดื่มสุรารอยู่ในระดับเสี่ยงสูงและอันตราย (AUDIT Score มีค่าระหว่าง 8-19 คะแนน) ขอบเขตเชิงพื้นที่คือ พื้นที่อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี และขอบเขตเชิงระยะเวลาของโปรแกรมคือ 6 เดือน ระหว่างเมษายน – กันยายน พ.ศ. 2562

ประชากรที่ศึกษาคือประชาชนเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยในพื้นที่อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี มีรายงานพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ มีคะแนนการประเมินปัญหาการดื่มสุราในระดับแบบเสี่ยงสูงถึงอันตราย (AUDIT Score อยู่ระหว่าง 8-19 คะแนน) ในเดือนเมษายน 2562 มีจำนวน 40 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan 1970⁽²³⁾ ได้จำนวนตัวอย่าง 36 ราย ดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลาก จากทะเบียนรายชื่อที่ได้จากสำรวจ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Used Disorder Identification Test: AUDIT Score) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม ซึ่งพัฒนามาจาก SME Uthai Thani Model⁽²⁴⁻²⁵⁾ ดังรูปที่ 1

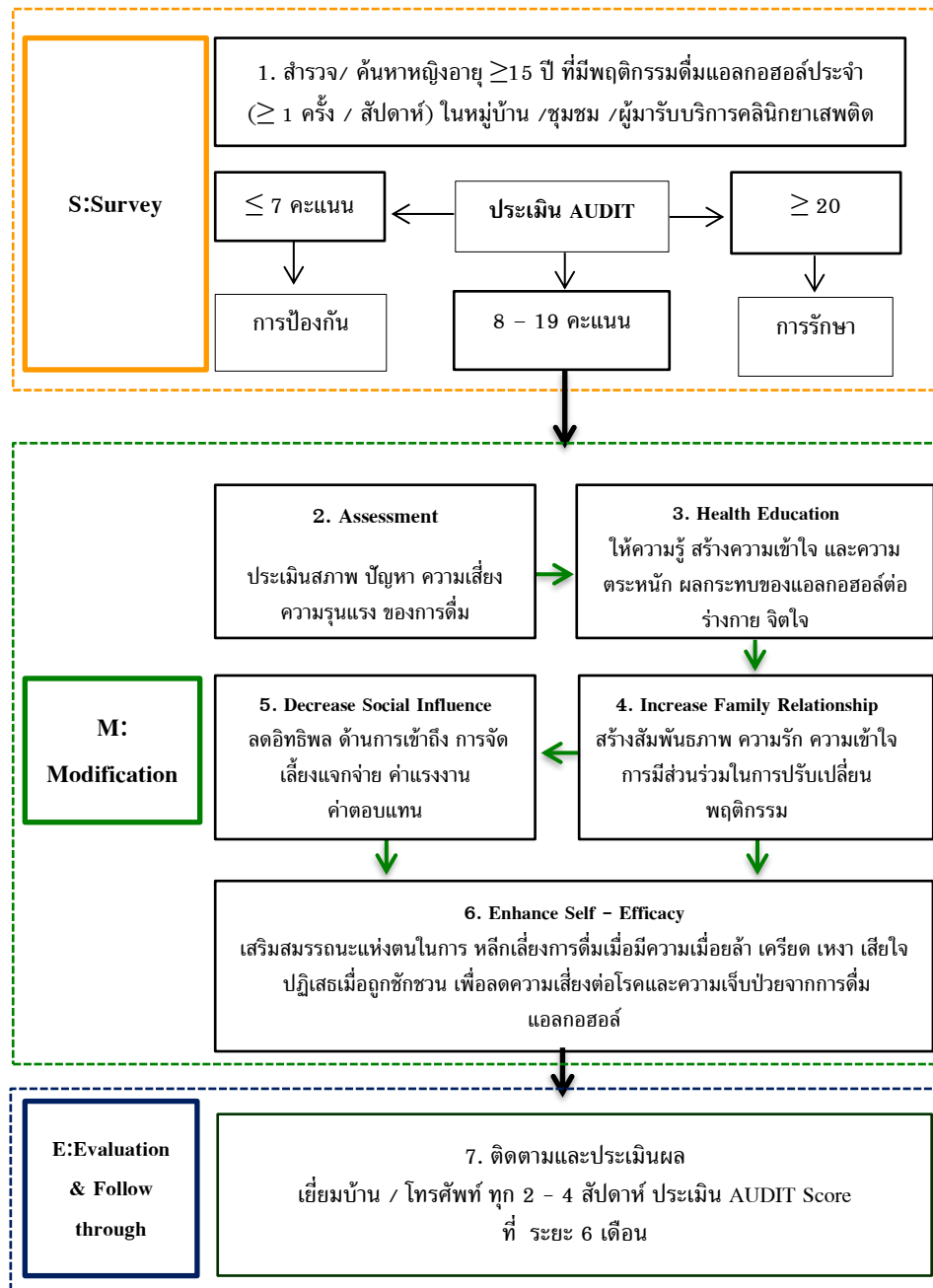


รูปที่ 1 แสดงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีวัยแรงงานจังหวัดอุทัยธานี SME Uthai Thani Model

ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเตรียมการ ทำการสำรวจประชากรเป้าหมายในการศึกษาโดยการค้นหาในชุมชนและจากผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลานสัก ในช่วงเดือน เมษายน 2562 โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกิจกรรมสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงสูงถึงอันตราย ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนทั้งสิ้น 36 คน

ระยะทดลองจำแนกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1สำรวจ ค้นหา (Survey: S) เป็นขั้นตอนสำคัญในการค้นหาสตรีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ประจำ ด้วยสำรวจ สังเกตและการซักถาม ของอาสาสมัครสาธารณสุข (Health Care Volunteers) และหมอบุคลากร (Care Provider) ในชุมชนหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ซึ่งขั้นตอนนี้ทำในช่วงเดือนเมษายน 2562 ประเมินพฤติกรรมและระดับการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรี (Assessment) ด้วยแบบประเมิน Alcohol Used Disorder Identification Test: AUDIT หากพบว่ามีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-19 คะแนน นำเข้าสู่กิจกรรม ขั้นตอนที่ 2 คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ (Modification: M) โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ (Health Education) ด้วยเทคนิค Brief Intervention: BI, Brief advice: BA สร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก เป็นรายบุคคล กรณีที่มีบุคคลในครอบครัวมาร่วมกิจกรรมผู้วิจัยให้คำปรึกษาแบบครอบครัว (Family Counseling) เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความรัก ความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Increase Family Relationships) และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการลดการดื่ม (Enhance Self - Efficacy) ลดปัจจัยกระตุ้นจากอิทธิพลทางสังคม (Decrease Social Influences) ระยะห่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20 - 30 นาที รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ค้นข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเวทีประชุมทั้งในระดับอำเภอและหมู่บ้าน นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม เสนอให้มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การเลิกจ้างแรงงานด้วยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตามพรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ตลอดจนการเชิญชวนให้งดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานประเพณี งานพิธีหรือเทศกาลต่างๆ ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินพฤติกรรม (Evaluation: E) ด้วยการติดตามกระตุ้นเตือนการลดดื่มเป็นระยะๆ โดยการเยี่ยมบ้าน หรือ โทรศัพท์สอบถาม ทุกๆ 2-4 สัปดาห์ จำนวนทั้งสิ้น 6 ครั้ง ด้วยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ทำการประเมินผลพฤติกรรมลดการดื่มด้วยการประเมิน AUDIT Score ซ้ำเมื่อครบระยะเวลา 6 เดือนนับแต่เข้าร่วมกิจกรรม แสดงได้ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม จังหวัดอุทัยธานี

วิธีวัดและประเมินผล สองประการดังนี้ 1. อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้จากจากแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT Score) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบ (One sample t-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่การรับรอง IRB No.1059/ 60 วันที่รับรอง 12 มกราคม 2561 วันหมดอายุ 12 มกราคม 2563 โดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ

หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ประการแรก คือศึกษาลักษณะและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม และประการที่สองผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ ในสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม

ข้อมูลทั่วไป ลักษณะและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม จำนวน 36 จำแนกตามอายุพบว่า อายุเฉลี่ย 51.1 ปี (S.D. = 5.7) อายุต่ำสุด 36 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรส จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 69.4 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ จำนวน 9 คน ร้อยละ 25 และสถานภาพโสด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 การศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมาคือไม่ได้เรียน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 และมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,341.7 บาท (S.D. = 5,058.5) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มรายได้ต่ำ (1,000–5,000) ถึงร้อยละ 72 รายได้ต่ำสุด 1,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 30,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่เริ่มดื่มจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 23.7 ปี (S.D. = 9.5) ระยะเวลาการดื่มน้อยสุด 2 ปี ยาวนานสุด 44 ปี เหตุผลที่ปัจจุบันที่ยังดื่ม คือ ช่วยคลายปวดเมื่อย จากการทำงานจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ คลายเครียด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1 และช่วยให้กินข้าวได้นอนหลับ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 ผลการประเมินปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.3 คะแนนต่ำสุด คือ 8 สูงสุด คือ 19 จำแนกระดับปัญหาการดื่มพบดื่มแบบเสี่ยง (AUDIT Score =8–15) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ดื่มแบบอันตราย (AUDIT Score =16–19) จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป (n = 36)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
36 – 45 ปี	5	13.9
46 – 55 ปี	22	61.1
56 – 60 ปี	9	25.0
อายุต่ำสุด 36ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 51.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.7		
สถานภาพสมรส		
โสด	2.0	5.6
สมรส	25.0	69.4
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	9.0	25.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6.0	16.7
ประถมศึกษา	28.0	77.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.0	2.1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.0	2.1
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
1,000 – 5,000	26	72.2
5,001-10,000	8	22.2
มากกว่า 10,000	2	5.6
รายได้ต่ำสุด 1,000 รายได้สูงสุด 30,000 รายได้เฉลี่ย 5341.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5,058.5		
ระยะเวลาที่เริ่มดื่มถึงปัจจุบัน (ปี)		
1 – 10 ปี	4	11.1
11 – 20 ปี	12	33.3
21 – 30 ปี	12	33.3
31 – 40 ปี	7	19.5
41 – 50 ปี	1	2.8
ระยะเวลาดื่มน้อยสุด 2 ปี ดื่มมานานสุด 44 ปี ระยะดื่มเฉลี่ย 23.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.5		
จำแนกระดับปัญหาการดื่ม		
ดื่มแบบเสี่ยง	12.0	33.3
ดื่มแบบอันตราย	24.0	66.7
เหตุผลที่ปัจจุบันยังดื่ม		
ช่วยคลายปวดเมื่อยจากการทำงาน	15.0	41.7
คลายเครียด	13.0	36.1
ช่วยให้กินข้าวได้นอนหลับ	8.0	22.2
เครื่องดื่มที่ดื่มบ่อยที่สุด		
เหล้าขาว/ เหล้าโรง	22.0	61.1
เบียร์	10.0	27.8
เหล้าสี/ เหล้าแดง	4.0	11.1
AUDIT Score		
8-15	12	33.3
16-19	24	66.7
คะแนนต่ำสุด 8 คะแนนสูงสุด 19 คะแนนเฉลี่ย 16.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8		

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมกาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้จากแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT Score) ด้วยสถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเท่ากับ 16.28 ค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีค่าเท่ากับ 12.08 ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์แตกต่าง (ลดลง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ซึ่งลักษณะการลดการดื่มคือปริมาณการดื่มในแต่ละครั้งลดลง เว้นช่วงในการหยุดดื่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ที่หยุดดื่มตลอดเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเมื่อพิจารณาแบบประเมิน AUDIT เป็นรายชื่อจะพบว่าข้อที่มีคะแนนลดลงคือ ข้อที่ 1.ความบ่อยของการดื่ม 2.ปริมาณ (จำนวนดื่มมาตรฐาน)การดื่มต่อวัน และ3.ความบ่อย

10

นับว่าเป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ชุมชนได้รับรู้ข้อมูล อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะสามารถผลักดันให้เกิดมาตรการในชุมชนหรือนโยบายสาธารณะในท้องถิ่นได้ เช่น มาตรการห้ามมิให้มีการจำหน่าย แอลกอฮอล์ เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครัวเรือน เป็นต้น แม้ว่าการศึกษานี้ยังไม่สามารถเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แต่ก็สร้างความตระหนักให้กับทุก ๆ ภาคส่วนที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหากได้รับการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานในพื้นที่อย่างจริงจังและต่อเนื่องอาจเกิดสัมฤทธิ์ผลได้

อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ประเมินพฤติกรรมลดการดื่มด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT Score) ที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมก่อให้เกิดประสิทธิผลในทางที่ดี ช่วยให้สตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมลดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ได้จริง แม้ว่าแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) จะสามารถระบุพฤติกรรมที่ดื่มที่มีความเสี่ยง หรืออันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นเพียงใด แต่เมื่อพิจารณาถึงค่าคะแนนที่ลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่าประเด็นปริมาณแอลกอฮอล์ที่ได้รับต่อวัน และความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ เท่านั้นที่มีค่าลดลง ส่วนประเด็นอื่นๆ ในแบบประเมินยังคงคะแนนเดิมเพราะเป็นคำถามในช่วง 1 ปี ดังนั้นระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะใช้แบบประเมิน AUDIT ในการประเมินผลจึงควรอยู่ที่ 1 ปี หรือมากกว่านั้น เพื่อที่จะเห็นความแตกต่างในประเด็นอื่นๆ ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพิงพิมพ์ ปันระสี⁽²⁴⁾ นอกจากนี้การสอบถามข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใกล้ชิดกับกลุ่มผู้ดื่ม จะเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถประเมินสภาวะสุขภาพ และผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมได้อีกด้วย

สรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม โดยใช้โปรแกรมที่พัฒนามาจากรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม อำเภออุทัยธานี SME Uthai Thani Model สามารถช่วยให้สตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรมที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงถึงอันตราย สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ลดการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้อีกทั้งบางคนสามารถหยุดดื่มได้ตลอดช่วงระยะเวลาที่มีการศึกษา ซึ่งประเมินได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ ข้อเสนอแนะ ควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม เพื่อป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และให้มีการบังคับใช้ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อย่างจริงจัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสร้างนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเพื่อลดผลกระทบอันเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกินมาตรฐาน การนำผลการวิจัยไปปฏิบัติเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงาน

ภาคเกษตรกรรม จังหวัดอุทัยธานี ไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามกลุ่มเป้าหมายและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามรูปแบบกับไม่ได้รับว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น มีการติดตามประเมินผลที่ระยะ 1 ปี เพื่อให้ทราบผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบที่แท้จริง และศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลกระทบอันเกิดจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกินมาตรฐาน และศึกษาประเด็นปัญหาสตรีที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) โดยได้รับความร่วมมือในการวิจัยจากสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิแลนสัก อสม.ในเขตโรงพยาบาลแลนสัก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอแลนสัก และผู้ร่วมงานในโรงพยาบาลแลนสักทุกคน ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สนับสนุน มา ณ โอกาสนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลจากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้ในการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดีได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.ทักษพล ธรรมรังสี, และอรทัย วลีวงศ์. เอกสารวิชาการชุดแอลกอฮอล์และสมอง[อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://resource.thaihealth.or.th/system/file/document/>
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Switzerland: Luxembourg. [Internet]. 2014. [Cited 2018 Jan 10]. Available from: <https://www.worldcat.org/title/global-status-report-on-alcohol-and-health-2014/oclc/893674211>
- 3.อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย. ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.); 2559.
- 4.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก http://cas.or.th/?option=com_new&task
- 5.เนื้อแพรว เล็กเฟื่องฟู , ณัฐ ธารพิชน, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์, และนพพล วิทย์วรพงษ์. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.); 2559.
- 6.สุนทรี ศรีโกไลย. การดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
- 7.สำนักเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2560.
- 8.สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558.

- 9.สหทัยา วิเศษ, และวิเศษ สุจินพรหม. สุรา นารีกับการจัดการตนเองของชุมชนในจังหวัดพะเยา. พะเยา: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตพะเยา ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.); 2559.
- 10.เยาวลักษณ์ ยานูช, และศิริพร ยอดกมลศาสตร์. ผู้หญิงกับแอลกอฮอล์ที่บ้านชุมชนสะเอียบ. นนทบุรี: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2559.
- 11.พรนภา หอมสินธุ์, และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ความเชื่อและแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนหญิง. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร. 2554; 18(3): 55-64.
- 12.ตรุณี คุณวัฒนา, และศรีวรรณ ยอดนิล. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีในเขตอำเภอปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา ปี 2554. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม. 2555; 7(2): 42- 57.
- 13.สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
- 14.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนา, และศิริพร จิรวรรณกุล. เริ่มดื่มสุราเป็นเรื่องง่าย แต่แสนลำบากในการเลิกดื่มสุรา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ (Journal of Nursing Science & Health). 2555; 35(2): 1-14.
- 15.ศิริพร จิรวรรณกุล. ผู้หญิงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: มติทางเพศภาวะ. ขอนแก่น: ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี; 2553.
16. World Health Organization. The Global status report on alcohol and health 2011. Italy: World Health Organization [Internet] (2011). [Cited 2019 Jan19]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
17. Demirkol, A., Haber, P., & Conigrave, K. Problem drinking – detection and assessment in general practice [Internet]. 2011 [Cited 2018 August 13]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21814650>
- 18.สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย. แบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2552. 54(1), 139s-152s.
- 19.ทักษพล ธรรมรังสี. เอกสารประกอบคำบรรยาย สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข; 2556.
- 20.สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย. ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์. 2557.
- 21.ศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพจังหวัดอุทัยธานี. สถิติประชากรจังหวัดอุทัยธานี[อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.uthaithani.go.th/index.html>
- 22.เพียงพิมพ์ ปันระสี และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีไทยกับวิธีการลดการดื่ม. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี. 2560; 11(2): 58-69.

23. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30: 607–610.
- 24.เพ็ญพิมพ์ ปันระสี. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มสตรีวัยแรงงาน ภาคเกษตรกรรม กรณีศึกษาจังหวัดอุทัยธานี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2562.
- 25.ปริทรรศ ศิลปกิจ, และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง. เชียงใหม่: ทานตะวันเปเปอร์; 2552.
- 26.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, และสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. กึ่งทศวรรษแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาแอลกอฮอล์ในบริบทที่หลากหลายในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2557.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

Factors Associated with Efficiency of Financial and Accounting Management of the Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province.

นงเยาว์ ปานพิม

Nongyao Panpim

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ | Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan

Received: July 9, 2021 | Revised: March 23, 2022 | Accepted: May 5, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 139 คน จากวิธีการสุ่มอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 ธันวาคม 2564 ด้วยแบบสอบถามทดสอบค่าความเชื่อมั่น 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 46 เป็นเพศหญิงร้อยละ 54 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 32.4 อายุเฉลี่ย 39.35 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 61.2 ตำแหน่งงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 59 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001-35,000 บาท ร้อยละ 46.8 และมีการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 64 ระดับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชีอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=34.62, S.D.=5.68$) มีปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ ด้านบุคลากร ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านค่านิยมร่วม ($p\text{-value} < 0.001$) และด้านทักษะ ($p\text{-value} = 0.017$) โดยสามารถร่วมกันส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ได้ร้อยละ 81.0 ($\text{Adjusted } R^2 = 0.81$) ผู้กำหนดนโยบายจึงควรนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ใช้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการบัญชีของหน่วยงานต่อไป

ติดต่อผู้พิมพ์: นงเยาว์ ปานพิม

อีเมล: nongyaw.panpim@gmail.com

Abstract

This survey research aimed to 1) study levels of efficiency in financial and accounting management and 2) investigate factors affecting the efficiency of financial and accounting

management of the Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province. The sample size was 139 officers of the Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province samples selected randomly by multi-stage sampling. Data was collected between 1 and 30 December 2021 by a questionnaire with a reliability value of 0.97. The data was analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple linear regression. Results of the study revealed that 46% of samples were male. They ranged in age from 36–45, with a mean age of 39.35. The vast majority (61.2%) have bachelor's degrees or equivalent. Most of them (59%) were civil servants and had a monthly income of between 20,001 and 35,000 baht (46.8%). Most of them (64%) had worked for over 5 years. Their efficiency of management in finance and accounting was at a high level ($\bar{X}$ =34.62, SD=5.68). Factors affecting efficiency of financial management and accounting. Of the staff of the Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province were personnel(p-value<0.001)common values(p-value<0.001), and skills(p-value=0.02)80.6 percent of these factors could predict efficiency of financial management and accounting of the staff of the Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province (R square = 0.81, Adjusted R² = 0.81). The policy makers should bring the results from this study to guideline for planning and improving the efficiency of the organization's finance and accounting.

Correspondence: Nongyao Panpim

E-mail: nongyaw.panpim@gmail.com

คำสำคัญ

ประสิทธิภาพ

การบริหารด้านการเงินการบัญชี

ปัจจัยการบริหาร

Keywords

Efficiency

Accounting and financial management

Administrative factor

บทนำ

การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของหน่วยงานราชการ เป็นงานที่มีความสำคัญในการพัฒนาของหน่วยงาน การบริหารจัดการด้านการเงินการบัญชีของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ เป็นการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเงินการบริหารงบประมาณและการบัญชีทั่วไปของส่วนราชการ เช่น ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเบิกจ่ายให้ถูกต้องตรงตามระเบียบของทางราชการ วางฎีกาเบิกจ่ายด้วยระบบการเงินการคลังภาครัฐระบบอิเล็กทรอนิกส์ GFMS (Government Fiscal Management Information System) จัดทำบัญชีและรายงานครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ซึ่งจะต้องปฏิบัติภายใต้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่ส่วนราชการกำหนดอย่างเคร่งครัด ซึ่งปัจจัยที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานนั้นประกอบไปด้วยปัจจัยหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านกลยุทธ์ ด้านโครงสร้าง ด้านการจัดบุคคลเข้าทำงาน ด้านบุคลากร ด้านทักษะ ด้านรูปแบบการบริหารจัดการ ด้านค่านิยมร่วม เป็นต้น หากเจ้าหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานก็จะส่งผลให้การดำเนินงานในภาพรวมขององค์กรประสบความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ เป็นหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลัก คือ ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาการความรู้เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตที่รับผิดชอบ สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และภัยที่คุกคามให้แก่หน่วยงานภาครัฐ เอกชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ประสานงานและสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และภัยที่คุกคามในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่คุกคามในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมายมีภารกิจปฏิบัติงาน

กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ มีภารกิจในการศึกษาวิเคราะห์พัฒนาแนวทางและรูปแบบของงานบริหารดำเนินการเกี่ยวกับงานธุรการ งานพัสดุ งานพาหนะ งานอาคารสถานที่โสตทัศนูปกรณ์ งานกฎหมาย ดำเนินงานตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน ดำเนินการทางวินัยและละเมิด และดำเนินคดีแพ่ง อาญา ปกครอง และงานคดีอื่น ๆ ประสานงานให้คำปรึกษาและความเห็นทางกฎหมาย รวมถึงงานด้านการเงินและบัญชีที่มีภารกิจในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเบิกจ่ายให้ถูกต้องตรงตามระเบียบของทางราชการ วางฎีกาเบิกจ่ายด้วยระบบการเงินการคลังภาครัฐระบบอิเล็กทรอนิกส์ GFMS (Government Fiscal Management Information System) จัดทำบัญชีและรายงานครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ซึ่งเป็นงานที่มีความสำคัญมากของหน่วยงาน ดังนั้นประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี เป็นเรื่องที่หน่วยงานให้ความสำคัญ มีความสนใจที่จะศึกษาว่าระดับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์อยู่ในระดับใด และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย สองประการคือ ศึกษา ระดับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี และ วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้องค์ประกอบของแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7's Framework)⁽²⁾ ได้แก่ ด้านกลยุทธ์ ด้านโครงสร้าง ด้านการจัดบุคคลเข้าทำงาน ด้านบุคลากร ด้านทักษะ ด้านรูปแบบการบริหารจัดการ ด้านค่านิยมร่วม มาเป็นปัจจัยในการศึกษา คาดว่าจะเป็นแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการบัญชีของหน่วยงานต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey Research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2564 กับ บุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ (ยกเว้นผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการ) คำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบขนาดประชากรของแดนเนีล⁽³⁾ โดยใช้สูตร ดังนี้

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

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10

ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ 139 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบการกำหนดสัดส่วน (Quota sampling) กับกลุ่มงานต่าง ๆ ในสังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ทั้งหมด (12 กลุ่มงาน) ได้แก่ กลุ่มพัฒนาองค์กร กลุ่มบริหารทั่วไป กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและภัยสุขภาพ กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย กลุ่มยุทธศาสตร์แผนงานและเครือข่าย กลุ่มโรคติดต่อ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ งานโรคติดต่อนำโดยแมลง ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 3.1 กำแพงเพชร และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 3.2 นครสวรรค์สัดส่วน 1.11 : 1 และขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากตามรายชื่อจนครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองผ่านระบบ Online ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการบริหาร (7-S Framework) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ทุกละ 5 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือของเสาวนารถ เล็กเลสินธุ์⁽⁴⁾ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท (Likert's Scale)⁽⁵⁾ คำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 175 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้หารด้วยจำนวนข้อคำถาม ได้คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหาร และแบ่งเป็นระดับปัจจัยด้านการบริหาร จากค่าพิสัย คำนวณจากคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 35 - 175 คะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์⁽⁶⁾ กำหนดการแปลผลคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 35 - 81.66 คะแนน หมายถึง ปัจจัยด้านการบริหาร อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 81.67 - 128.33 คะแนน หมายถึง ปัจจัยด้านการบริหาร อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 128.34 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปัจจัยด้านการบริหาร อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้จากการศึกษาของ วาสนา จังพานิช⁽⁷⁾ มีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านละ 3 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยปรับตามเกณฑ์ของลิเคิร์ท (Likert's Scale)⁽⁵⁾ คำตอบให้เลือกตอบ 5

ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 45 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนจริงที่ได้หารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี และแบ่งเป็นระดับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชีโดยใช้แบบค่าพิสัย นำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 9 – 45 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์⁽⁶⁾ แปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 9 – 21 คะแนน หมายถึง ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชีอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 22 – 33 คะแนน หมายถึง ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชีอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 34 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชีอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ที่มีค่าระหว่าง 0.70–1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงและมีพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวม เท่ากับ 0.97 จำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยด้านการบริหาร (7-S Framework) เท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระดับการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ และปัจจัยทางการบริหาร หรือประเด็นในการวิเคราะห์สภาพในองค์กร 7 ประเด็น (7-S Framework) และ สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) และยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ⁽⁸⁾ ได้แก่ 1.ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น 2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน 3. ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ 4. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน 5.ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity)

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ศึกษาระดับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ นำเสนอ 4 ส่วนดังนี้ ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 46 เป็นเพศหญิงร้อยละ 54 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36 – 45 ปี ร้อยละ 32.4 ($\bar{X}$ = 39.35 S.D. = 7.96) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 61.2 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ

59 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001 – 35,000 บาท ร้อยละ 46.8 และส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 64 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 139)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	46
หญิง	75	54
อายุ		
26 – 35 ปี	43	30.9
36 – 45 ปี	45	32.4
46 – 55 ปี	28	20.1
56 ปีขึ้นไป	23	16.5
$\bar{X} = 39.35$ S.D. = 7.96 Min = 26 Max = 60		
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	2	1.4
มัธยมศึกษา	17	12.2
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	85	61.2
สูงกว่าปริญญาตรี	35	25.2
ตำแหน่งงาน		
ข้าราชการ	83	59
พนักงานราชการ	22	15
ลูกจ้างประจำ	25	18
ลูกจ้างโครงการ	2	1.4
ลูกจ้างเหมาบริการ	7	5.0
รายได้ต่อเดือน		
5,000 – 10,000	7	5.0
10,001 – 20,000	35	25.2
20,001 – 35,000	65	46.8
35,001 – 50,000	23	16.5
มากกว่า 50,000	9	6.5
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
6 เดือน – 1 ปี	5	3.6
<1 – 3 ปี	22	15.8
<3 – 5 ปี	23	16.5
มากกว่า 5 ปี	89	64.0

ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยด้านการบริหาร(7-S Framework) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาพรวมระดับปัจจัยด้านการบริหารอยู่ระดับสูง($\bar{X} = 133.65$, S.D. = 21.53) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านกลยุทธ์อยู่ระดับสูง($\bar{X} = 18.62$, S.D. = 3.72) ด้านโครงสร้างอยู่ระดับสูง($\bar{X} = 18.73$, S.D. = 3.76) ด้านการจัดบุคคลเข้าทำงานอยู่ระดับสูง($\bar{X} = 18.91$, S.D. = 3.64) ด้านบุคลากรอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 19.47$, S.D. = 3.01) ด้านทักษะอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 19.34$, S.D. = 3.39) ด้านรูปแบบการบริหารจัดการอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 19.29$, S.D. = 3.30) ด้านค่านิยมร่วมอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 19.29$, S.D. = 3.51) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด และระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านตามปัจจัยด้านการบริหาร (n = 139)

ระดับปัจจัยด้านการบริหาร	$\bar{X} \pm S.D.$	Min – Max	แปลผล
ด้านกลยุทธ์ (Strategy)	18.62 ± 3.72	5-25	สูง
ด้านโครงสร้าง (Structure)	18.73 ± 3.76	5-25	สูง
ด้านการจัดบุคคลเข้าทำงาน (Staffing)	18.91 ± 3.64	5-25	สูง
ด้านบุคลากร (Staff)	19.47 ± 3.01	10-25	สูง
ด้านทักษะ (Skills)	19.34 ± 3.39	5-25	สูง
ด้านรูปแบบการบริหารจัดการ (Style)	19.29 ± 3.30	5-25	สูง
ด้านค่านิยมร่วม (Shared values)	19.29 ± 3.51	5-25	สูง
ภาพรวมระดับปัจจัยด้านการบริหาร	133.65 ± 21.53	47-175	สูง

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาพรวมประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชีอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 34.62$, S.D. = 5.68) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านเทคโนโลยีอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.49$, S.D. = 2.08) ด้านบุคลากรอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.58$, S.D. = 2.02) ด้านโครงสร้างองค์กรอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.55$, S.D. = 1.91) เมื่อพิจารณารายข้อ แต่ละข้อระดับความคิดเห็นต่ำสุด 1 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด 5 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อสูงสุด คือ ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่การเงินการบัญชีมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.71) และด้านโครงสร้างองค์กร การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่การเงิน มีมาตรฐานของการปฏิบัติงานขององค์กร และยึดหลักปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบทางการเงินการบัญชีอย่างเคร่งครัด ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.63) ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อต่ำสุด คือ ด้านเทคโนโลยี มี

การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเหมาะสมมาใช้ในการบริหารงานด้านการบัญชี ($\bar{X} = 3.77$, S.D.=0.73)
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด และระดับความคิดเห็นของกลุ่ม
ตัวอย่าง จำแนกรายด้านตามประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี (n = 139)

ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี	$\bar{X} \pm S.D.$	Min – Max	แปลผล
ด้านเทคโนโลยี	11.49 $\pm$ 2.08	6-15	ปานกลาง
ด้านด้านบุคลากร	11.58 $\pm$ 2.02	6-15	ปานกลาง
ด้านโครงสร้างองค์กร	11.55 $\pm$ 1.91	6-15	ปานกลาง
ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ภาพรวม	34.62 $\pm$ 5.68	21 – 45	สูง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของเจ้าหน้าที่สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ด้วยการวิเคราะห์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's
Product Moment Correlation Coefficient)⁽⁹⁾ พบว่า ด้านกลยุทธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง
(r = 0.62, p<0.001) ด้านโครงสร้างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r = 0.70, p<0.001)
ด้านการจัดบุคคลเข้าทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r=0.78, p<0.001) ด้านบุคลากรมี
ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r =0.86, p<0.001) ด้านทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง
(r = 0.85, p<0.001) ด้านรูปแบบการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง(r = 0.82,
p<0.001) ด้านค่านิยมร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง(r = 0.86, p<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหาร กับประสิทธิภาพการบริหารงาน
ด้านการเงินการบัญชี(n=139)

ตัวแปร	ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี	
	r	p
ด้านกลยุทธ์ (Strategy)	0.62***	< 0.001
ด้านโครงสร้าง (Structure)	0.70**	< 0.001
ด้านการจัดบุคคลเข้าทำงาน (Staffing)	0.78**	< 0.001
ด้านบุคลากร (Staff)	0.86**	< 0.001
ด้านทักษะ (Skills)	0.85**	< 0.001
ด้านรูปแบบการบริหารจัดการ (Style)	0.82**	< 0.001
ด้านค่านิยมร่วม (Shared values)	0.86**	< 0.001

p<0.01, *p<0.001

การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของเจ้าหน้าที่ ทั้งหมด 3 ปัจจัย โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ ด้านบุคลากร ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.0.37$) ด้านค่านิยมร่วม ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.37$) และด้านทักษะ ($p\text{-value} = 0.017$, $\beta = 0.21$) โดยสามารถร่วมกันส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของเจ้าหน้าที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ได้ร้อยละ 81.0 ($R\text{ square} = 0.81$, $\text{Adjusted } R^2 = 0.81$) ดังนั้น สามารถเขียนสมการพยากรณ์ทำนายในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของจนท.สคร.3 = $1.93 + 0.69$ (ด้านบุคลากร) + 0.64 (ด้านค่านิยมร่วม) + 0.35 (ด้านทักษะ)

และ สามารถเขียนสมการพยากรณ์ทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของจนท.สคร.3 = 0.37 (ด้านบุคลากร) + 0.38 (ด้านค่านิยมร่วม) + 0.21 (ด้านทักษะ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ($n = 139$)

ตัวแปรทำนาย	b	β	t	P-value
ด้านบุคลากร (Staff)	0.69	0.37	4.48	< 0.001
ด้านค่านิยมร่วม (Shared values)	0.64	0.38	4.64	< 0.001
ด้านทักษะ (Skills)	0.35	0.21	2.43	0.017
Constant (a)	1.93		1.37	0.027

$R\text{ square} = 0.81$, $\text{Adjusted } R^2 = 0.81$, $F = 192.70$, $p\text{-value} < 0.001$

b = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่จะนำมาสร้างสมการพยากรณ์ ซึ่งเป็นค่า Unstandardized Coefficient จะเป็นการเขียนสมการในรูปคะแนนดิบหรือค่าจริง

β = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่จะนำมาสร้างสมการพยากรณ์ ซึ่งค่า Standardized Coefficient จะเป็นการเขียนสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

วิจารณ์

วัตถุประสงค์ข้อแรก คือ ระดับประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี

ประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 34.62$, $S.D. = 5.68$) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านเทคโนโลยีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.49$, $S.D. = 2.08$) ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.58$, $S.D. = 2.02$) ด้านโครงสร้างองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.55$, $S.D. = 1.91$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ภาพรวมการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี มีเจ้าหน้าที่การเงินการบัญชีที่เพียงพอต่อการ

บริหารงาน และเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน มีการดำเนินงานตามมาตรฐานของการปฏิบัติงานขององค์กร และยึดหลักปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบทางการเงินการบัญชีอย่างเคร่งครัดมีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการบริหารงานด้านการบัญชี เพื่ออำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินโครงการได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา รวมถึงสามารถติดตามการใช้งบประมาณได้ แต่เทคโนโลยีที่นำมาใช้ต้องมีการอัปเดตให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้เหมาะสมกับการทำงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงการกระจายภาระงานให้เหมาะสมในแต่ละคนเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน เกตุรา⁽¹⁰⁾ ศึกษาเรื่อง การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารการเงินและบัญชี ฝ่ายการเงิน กองนโยบายและแผนมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด พบว่า ประสิทธิภาพการบริการงานการเงินและบัญชีของกองนโยบายและแผนมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของวารุณี ขำสวัสดิ์ และสิทธิเดช สิริสุขะ⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังขององค์การโดยรวมอยู่ในระดับมาก

วัตถุประสงค์ข้อสอง วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 7 ตัวแปร พบปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 โดยพบ 3 ตัวแปรซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร (Staff) 2) ด้านค่านิยมร่วม (Shared values) และ 3) ด้านทักษะ (Skills) สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

ด้านบุคลากร (Staff) พบว่า บุคลากร มีอิทธิพลทางบวกต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่าบุคลากรด้านการเงินการบัญชีเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การบริหารงานด้านการเงินการบัญชีมีประสิทธิภาพ การที่มีเจ้าหน้าที่ทางการเงินการบัญชีที่เพียงพอต่อการบริหารงานจะช่วยให้การทำงานมีความคล่องตัว รวมถึงตัวบุคลากรทางการเงินการบัญชีเองเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานโดยเฉพาะ ได้รับมอบหมายงานที่ตรงกับความรู้ความสามารถของตนเองในปริมาณงานที่เหมาะสมจะทำงาน การทำงานจะได้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นรวมถึงเจ้าหน้าที่แต่ละคนสามารถปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้เมื่อเจ้าหน้าที่ท่านอื่นไม่อยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนารถ เล็กเลสินธุ์⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่อง การบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภาคกลาง พบว่า ด้านบุคลากรความคิดเห็นโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่บุคลากรในเทศบาลของจังหวัดในเขตภาคกลาง มีความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศด้วยเทคนิค 7S ด้านบุคลากร ว่าผู้บังคับบัญชาควรมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา และบุคลากรส่วนใหญ่ต้องมีส่วนร่วมในการทำงาน มีความสามารถ มีความเหมาะสมกับปริมาณงาน และได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดี

ด้านค่านิยมร่วม (Shared values) ค่านิยมร่วม มีอิทธิพลทางบวกต่อประสิทธิภาพ การบริหารงานด้านการเงินการบัญชี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่าค่านิยมร่วมเป็นการปลูกฝังให้บุคลากรมีจิตสำนึกที่ดี มีความเชื่อที่ถูกต้องเป็นไปในทิศทาง

เดียวกันขององค์กร เพราะเมื่อบุคคลมีความคิดความเชื่อร่วมกันก็จะมีพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ มีความสุขในการปฏิบัติงานไม่ขัดค่านิยมของคนใดคนหนึ่ง ส่งผลให้ผลงานนั้นออกมาดี มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสร้างค่านิยมร่วม เป็นสิ่งที่ควรสร้างขึ้นจากการยอมรับของสมาชิกทุกคนในองค์กร โดยการนำเสนอสิ่งที่คาดหวังในการปฏิบัติร่วมกัน พร้อมกับตกลงวิธีปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเห็นพ้องในค่านิยมที่เลือกขึ้นมาใช้เป็นยุทธวิธีหลักในการทำงานร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนารถ เล็กเลสินธุ์⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่อง การบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภาคกลาง พบว่า ด้านค่านิยมร่วม ความคิดเห็นโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่บุคลากรในเทศบาลของจังหวัดในเขตภาคกลาง มีความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศด้วยเทคนิค 7S ด้านค่านิยมร่วม เพราะค่านิยมร่วมเป็นการปลูกฝังให้บุคลากรมีจิตสำนึก ค่านิยม ความเชื่อที่ถูกต้องร่วมกัน

ด้านทักษะ (Skills)ทักษะ มีอิทธิพลทางบวกต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านการเงินการบัญชี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาทางด้านทักษะ โดยเฉพาะทักษะในการทำงานที่เฉพาะเจาะจง และเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความชำนาญในการปฏิบัติหน้าที่ นำไปสู่ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการเงินการบัญชี มีข้อเสนอแนะสองประการคือ มีเจ้าหน้าที่ดูแลเรื่องการอัปเดตเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการติดตามเรื่องการเงินการบัญชีให้ทันสมัยอยู่เสมอ และ มีการวิเคราะห์การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่การเงินการบัญชีอยู่เสมอ เพื่อหาจุดที่ต้องพัฒนาต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา จังพานิช⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ซึ่งร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ได้ร้อยละ 87.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพย์ประภา สีชาเห้า, รัชดา ภักดียิ่ง.ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านบัญชีด้วย ระบบ GFMS ของหน่วยงานศาลในสังกัดสำนักศาลยุติธรรมประจำภาค 4. วารสารวิชาการและ วิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2563; 10(1): 88-98.
2. Peter, Thomas J & Water, Robert H. In search of excellence: Lessons from America's best-run companies. NEW YORK: Harper & Row; 1982.
3. Daniel WW. Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences. 9th ed. New York: Wiley & Sons; 2010.
4. เสาวนารถ เล็กเลสินธุ์. การบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภาคกลาง. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี 2562; 13(3): 41-51.
5. Likert R. The method of constructing and attitude scale. In: Fishbein M, editor. Readings in attitude theory and measurement. New York: Wiley & Sons; 1967. P. 90-5.
6. Best JW, Kahn JV. Research in education. New Jersey: Printice Hall, 1997.

7. วาสนา จังพานิช. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2561; 3(1): 97-111.
8. กัลยา วานิชย์บัญชา, จุฑา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา: 2558.
9. Hinkle, D.E, William ,W. and Stephen G. J. Applied Statistics for the Behavior Sciences.4th ed. New York : Houghton Mifflin. 1998.
10. ดวงเดือน เกตรา, นภัสสร ผลาเลิศ, จุริวัลย์ ภักดีวุฒิ, บุชศรา นันโท. การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารการเงินและบัญชีฝ่ายการเงิน กองนโยบายและแผนมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 2561; 12(1): 129-140.
11. วารุณี ขำสวัสดิ์, สิทธิเดช สิริสุขะ. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดเพชรบุรี. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian, มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ). 2558 Apr 30;8(1):565-81.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

อนาคตภาพในทศวรรษหน้าของหน่วยบริการปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ 3

The Scenario of the Primary Care Unit Next Decade in Public Health Region 3

มลวิภา กาศสมบุรณ์*

สวัสดี อภิวัจนีวงศ์**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

**สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Monwipa Katsomboon*

Sawat Apiwachaneewong**

*Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office

**Bureau of Inspection and Evaluation,

Office of Permanent

Received: May 2, 2022 | Revised: June 15, 2022 | Accepted: June 16, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการดังนี้ 1) เพื่อค้นหาปัจจัย และแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบท 2) เพื่อพัฒนาภาพอนาคตของรูปแบบการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาในอนาคตของเขตสุขภาพที่ 3 รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Futures Research โดยเก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 23 คน จำนวน 3 รอบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 ท่าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหา, ค่าร้อยละ, ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์, ค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม ผลการวิจัย พบว่า อนาคตภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 1 มีจำนวน 10 องค์ประกอบ 145 แนวโน้ม รอบที่ 2 จำนวน 90 แนวโน้ม รอบที่ 3 จำนวน 112 แนวโน้ม มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์(Q3-Q1) ค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 ค่าสัมบูรณ์ของค่าฐานนิยม (Mode) – ค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าไม่เกิน 1 ความต้องการพึงประสงค์มากกว่าร้อยละ 85 ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญด้วยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญภาพอนาคตที่พึงประสงค์สามารถนำไปปฏิบัติได้ จำนวน 10 องค์ประกอบ 109 แนวโน้ม ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้กำหนดนโยบายระดับเขตสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 ควรนำผลที่ได้ไปวางแผน สนับสนุนการปฏิบัติงานและเตรียมพร้อมทางด้านโครงสร้าง บุคลากร และเครื่องมือ เพื่อการดำเนินงานในอนาคต

ติดต่อผู้พิมพ์: มลวิภา กาศสมบุรณ์
อีเมล: monwipa15@hotmail.com

Abstract

The objectives of this study were to 1) to find the factors and guidelines for the development of primary care units that are consistent with the context 2) to develop the scenario of the primary care unit development model, and 3) to assess the efficacy of the future developed model in Health Region 3rd. The Ethnographic Delphi Futures Research integrated research model, collecting data from 23 experts in 3 cycles, and the effectiveness model by Connoisseurship. The statistics used content analysis, percentage, interquartile range, mode, and median. The results revealed that the prospects of primary care units in the health region 3rd, cycled 1 has 10 components 145 trend factors, cycled

2 has 90 trend factors, and cycled 3 has 112 trend factors interquartile range (Q3– Q1) is less than or equal to 1.50 absolute value of mode (Mode) – median (Median) has a value of not more than 1 and desirability greater than 85%, and the expert assessment by connoisseurship has been 10 components 109 trend factors. The suggestion of this research health policymakers and staff working in primary care units in Health region 3rd should be planned, support operations, and prepare structures, personnel, and equipment for future operations.

Correspondence: Monwipa Katsomboon

E-mail: monwipa15@hotmail.com

คำสำคัญ

อนาคตภาพ

หน่วยบริการปฐมภูมิ

เขตสุขภาพที่ 3

Keywords

Scenario

Primary Care Unit

Health region 3rd

บทนำ

แนวคิดในการแก้ปัญหากระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลยุคนี้ต้องการแก้ไขปัญหาระบบบริการด้วย คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster)⁽¹⁾ เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนจำนวน 10,000 คน ต่อหนึ่งทีม มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนสัดส่วนที่เหมาะสม การดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ดูแลตั้งแต่ตั้งอยู่ในครรภ์ วัยทารก วัยเด็ก วัยนักเรียน วัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ ให้บริการทุกอย่าง ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค บริการทุกที่ ประกอบด้วย บริการในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว บริการเชิงรุกที่บ้าน และบริการในชุมชน การให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวไม่ใช่การบริการผู้ป่วยนอก(Extended OPD) แต่เป็นการดูแลแบบองค์รวม มีประชาชนในการดูแลรับผิดชอบอย่างชัดเจน จึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง

ประเทศไทยมีนโยบายการให้บริการปฐมภูมิ มาอย่างต่อเนื่อง และมีแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตั้งแต่ปีงบประมาณ 2535⁽²⁾ แต่ยังพบปัญหาด้านการบริการที่แตกต่างกันในแต่ละเขตพื้นที่ อาทิเช่น ในเขตเมืองที่พบว่า ประชาชนขาดที่ปรึกษาและผู้ดูแลสุขภาพ ที่สามารถเข้าถึงง่าย จึงนิยมไปใช้บริการแพทย์เฉพาะทางโดยตรง ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ในทางตรงกันข้ามเขตชนบทพบว่า ยังขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้การแก้ปัญหาสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ไม่ได้รับการแก้ไขดีเท่าที่ควร และก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่ทวีความรุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น ขณะที่รัฐธรรมนูญปี 2559 ได้กำหนดให้มีระบบบริการปฐมภูมิปรากฏอยู่ในมาตรา 258 (5)⁽³⁾ “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนบางส่วนรับบริการในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิด้วยอาการที่สามารถดูแลรักษาได้ในระดับปฐมภูมิ ทั้ง ๆ ที่สามารถไปรับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ นอกจากจะใช้สิทธิการรักษาพยาบาล และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปรับการรักษา แต่ในทางกลับกัน ผลการศึกษาของนักวิชาการที่ผ่านมากลับพบว่า ผลลัพธ์

ของการมีคลินิกหมอครอบครัวทำให้ประชาชนไม่ต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ด้วยการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาในโรงพยาบาลได้ 1,655 บาทต่อคน ลดเวลาการรอคอยในโรงพยาบาลใหญ่ ลงได้ถึง 44 นาที ลดความแออัดได้ร้อยละ 60.3 และประหยัดเวลาผู้ดูแลเนื่องจากการมีทีมหมอครอบครัวอยู่ในพื้นที่ สามารถติดตามเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ต่อเนื่อง ประชาชนมีสุขภาพโดยรวมดีขึ้น

เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์, จังหวัดกำแพงเพชร, จังหวัดพิจิตร, จังหวัดอุทัยธานี, และจังหวัดชัยนาท ตั้งอยู่ทางภาคกลางตอนล่างและภาคเหนือตอนบน มีประชากรทั้งสิ้น 2,995,999 คน จากข้อมูลของ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 13 กันยายน 2561 มีสถานที่ให้บริการคลินิกหมอครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 138 แห่ง ประกอบด้วยจังหวัดกำแพงเพชร 52 แห่ง ชัยนาท 7 แห่ง นครสวรรค์ 18 แห่ง พิจิตร 26 แห่ง และอุทัยธานี 35 แห่ง ทั้งหมด สามารถดำเนินการผ่านเกณฑ์ 3S ได้แก่ ด้านบุคลากร (Staff) ด้านระบบบริการ (System) และด้านโครงสร้าง เครื่องมือ เครื่องใช้ (Structure) ประกอบกับการสนับสนุนด้านนโยบาย กฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศสามารถเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า แต่ละพื้นที่มีบริบทที่มีความแตกต่างกัน การให้บริการในภาพรวมจะมีแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานใกล้เคียงกัน แต่ในเชิงเทคนิคและวิธีการอาจจะมีรูปแบบที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ สถิติเดช เจริญไชย และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าประชาชนมีความต้องการบริการที่จะได้รับจากคลินิกครอบครัว ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ไม่ให้เจ็บป่วย 2) การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และดูแลตนเอง 3) การส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลครอบครัว และ 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน ไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งหมดคือความต้องการในปัจจุบัน

อนาคตประมาณ 10 ปี ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนกระทั่งไม่มั่นใจว่าอนาคตจะเป็นเช่นไร การพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อรองรับอนาคตและสามารถอยู่รอดภายใต้กระแสการบริหารการเปลี่ยนแปลงจะทำให้องค์กรอยู่รอดปลอดภัย มีความมั่นคง (Change Management) จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ถ้าเราสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าอนาคตที่จะเกิดขึ้นมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด การเตรียมพร้อมเพื่อรองรับต่อความเปลี่ยนแปลง หรือการเตรียมการล่วงหน้าจะมีประโยชน์อย่างยิ่ง โดยเฉพาะการวางแผนยุทธศาสตร์ในการรองรับ ดังนั้นเพื่อสนองต่อรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ นโยบายการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับสถานการณ์ ความคาดหวัง และบริหารความเปลี่ยนแปลงในอนาคต ทำการศึกษาถึงอนาคตภาพในทศวรรษหน้าของหน่วยบริการปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ 3 ผลการศึกษา จะค้นพบยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ วิธีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับความคาดหวัง ความต้องการของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 3 ตั้งแต่ปัจจุบัน ถึงอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า ข้อค้นพบจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะทางนโยบายในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบท และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของเขตสุขภาพที่ 3 ต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ 3

ประการดังนี้คือ ประการแรก เพื่อค้นหาปัจจัย และแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับสภาพบริบท ประการที่สอง เพื่อพัฒนาภาพอนาคตของรูปแบบการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และประการสุดท้ายเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาในอนาคตของเขตสุขภาพที่ 3

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) รูปแบบเชิงสำรวจเป็นลำดับ (Sequential Exploratory)⁽⁵⁾ ดำเนินการศึกษาคุนภาพ และเชิงปริมาณ โดยใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research)⁽⁶⁾ แบ่งการศึกษาออกเป็นสามระยะดังนี้คือ ระยะระยะที่ 1 การศึกษารูปแบบการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ของเขตสุขภาพที่ 3 ดำเนินการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 ในอนาคตของทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2562 – 2571) และระยะที่ 3 การตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 3 ในอนาคต ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 23 คน⁽⁷⁾ ประกอบด้วย ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 3 เก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 รอบ ประกอบด้วยรอบที่ 1 ด้วยการสัมภาษณ์แบบเปิดและไม่ชี้นำ (Non-Directive Open Ended) รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำผลจากรอบที่ 1 มาจัดทำแบบสอบถามมีมาตรวัด 5 ระดับ⁽⁶⁾ ได้แก่

แนวโน้มที่มีโอกาสที่จะเป็นไปได้มากที่สุด	5 คะแนน
แนวโน้มที่มีโอกาสที่จะเป็นไปได้มาก	4 คะแนน
แนวโน้มที่มีโอกาสที่จะเป็นไปได้ปานกลาง	3 คะแนน
แนวโน้มที่มีโอกาสที่จะเป็นไปได้น้อย	2 คะแนน
แนวโน้มที่มีโอกาสที่จะเป็นไปได้น้อยที่สุด	1 คะแนน

วิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) และคำนวณหาค่าความแตกต่างระหว่างควอไทล์ที่ 1 กับควอไทล์ที่ 3 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่คำนวณได้ของแนวโน้มใดที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 แสดงว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกัน (Consensus) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแนวโน้มใดมีค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั้นไม่สอดคล้องกัน โดยผลการวิจัย คือผลที่ผ่านเกณฑ์ที่มี ค่า Interquartile Range หรือ ค่า $Q3 - Q1$ มีค่าไม่เกิน 1.5

รอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นของตนเองเมื่อเห็นลักษณะการตอบของผู้อื่น หากยังคงยืนยันคำตอบซึ่งอยู่ในพิสัยควอไทล์ที่กำหนดก็ไม่จำเป็นต้องแสดงเหตุผลแต่หากผู้เชี่ยวชาญผู้นั้นมีความคิดเห็นที่ไม่อยู่ในขอบเขตพิสัยของควอไทล์ คือมีความคิดเห็นต่างจากผู้อื่นและไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงคำตอบในรอบที่ 2 ก็ให้ระบุเหตุผลด้วย จากนั้นผู้วิจัยจะประมวลข้อมูลใหม่ที่ได้รับจากรอบที่ 3 ในรอบนี้จะมีการประมวลผลเพื่อตรวจสอบฉันทามติ (Consensus) โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ค่าสัมบูรณ์ของค่าฐานนิยม (Mode) – ค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าไม่เกิน 1 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ($Q3 -$

Q1) มีค่าไม่เกิน 1.50 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดแสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นมีฉันทามติ (Consensus)⁽⁸⁾

การประเมินรูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ในอนาคต ด้วยวิธีการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อยืนยันแสดงให้ทราบว่าภาพอนาคตรูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ที่ได้จากการวิจัยอนาคตสามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติได้จริงในเขตสุขภาพที่ 3 ได้จริงหรือไม่ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 12 คน สถิติ 1) การวิเคราะห์เพื่อหาความคิดเห็นร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน (Consensus) ใช้การหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) และ 2) การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบฉันทามติ (Consensus) ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดใช้การหาค่าสัมบูรณ์ของค่าฐานนิยม (Mode) – ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3 – Q1)⁽⁹⁾

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยจะนำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) ปัจจัย และแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับสภาพบริบทของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ความสอดคล้องของทัศนะของผู้เชี่ยวชาญในอนาคตภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 จากตารางที่ 1 พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันกับองค์ประกอบ ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ องค์ประกอบด้านระบบส่งต่อ ร้อยละ 100 รองลงมาด้านการให้บริการร้อยละ 95.7 ตามลำดับ องค์ประกอบที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยน้อยสุด ได้แก่ ด้านนวัตกรรม ด้านการบริหาร จัดการสัมพันธภาพ ร้อยละ 60.9 และ 69.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสอดคล้องขององค์ประกอบในอนาคตภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3

องค์ประกอบ	ความสอดคล้องของความคิดเห็นตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ	
	จำนวน	ร้อยละ
1.ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์	23	100.0
2.ด้านระบบส่งต่อ	23	100.0
3.ด้านการให้บริการ	22	95.7
4.ด้านบุคลากรสุขภาพ	20	87.0
5.ด้านองค์กรธรรมมาภิบาล	19	82.6
6.ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	18	78.3
7.ด้านการบูรณาการ	17	73.9
8.ด้านการบริหารจัดการสัมพันธภาพ	16	69.6
9.ด้านเครือข่ายความร่วมมือ	15	65.2
10.ด้านนวัตกรรม	14	60.9

แนวโน้มปัจจัยรอบที่ 1 มาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามีจำนวนปัจจัยที่มีแนวโน้มที่เป็นไปได้ในอนาคตเท่ากับ 145 ปัจจัย โดยองค์ประกอบด้านองค์การธรรมมาภิบาลมากที่สุดจำนวน 25 ปัจจัย รองลงมา คือ ด้านบุคลากรสุขภาพ และด้านการให้บริการ จำนวน 21 และ 20 ตามลำดับ รอบที่ 2 หลังจากนำปัจจัยจากรอบที่ 1 มาจัดทำเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาจากนั้นนำมาวิเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในแต่ละแนวโน้มโดยใช้ค่า Quartile Rank ($QR \leq 1.5$) และเป็นแนวโน้มที่พึงประสงค์ มีค่าร้อยละมากกว่า 85 ขึ้นไป พบว่ามีปัจจัยเหลือเพียง 90 ปัจจัย จากนั้นผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลรอบที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นแนวโน้มภาพอนาคตที่พึงประสงค์ มีค่าร้อยละมากกว่า 85 ขึ้นไป ค่าสัมบูรณ์ของฐานนิยม (Mode) – ค่ามัธยฐาน (Median) มีค่าไม่เกิน 1 และพิสัยระหว่างควอไทล์ ($Q3 - Q1$) มีค่าไม่เกิน 1.50 พบว่ามีปัจจัยคงเหลือจำนวน 112 ปัจจัย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนแนวโน้มของปัจจัยที่เป็นไปได้และพึงประสงค์ของอนาคตภาพในทศวรรษหน้าของหน่วยบริการปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ 3 (พ.ศ. 2562 – 2571) ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 รอบ

องค์ประกอบ	จำนวนปัจจัย รอบที่ 1	จำนวนปัจจัย รอบที่ 2	จำนวนปัจจัย รอบที่ 3
1.ด้านองค์การธรรมมาภิบาล	25	15	22
2.ด้านบุคลากรสุขภาพ	21	9	10
3.ด้านการให้บริการ	20	15	15
4.ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	15	10	11
5.ด้านเครือข่ายความร่วมมือ	14	11	13
6.ด้านนวัตกรรม	13	6	9
7.ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์	12	8	9
8.ด้านการบูรณาการ	10	6	10
9.ด้านการบริหารจัดการสัมพันธภาพ	8	6	8
10.ด้านระบบส่งต่อ	7	4	5
รวม	145	90	112

การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มใหม่จำนวน 8 คน และผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 4 คน สร้างรูปแบบอนาคตภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ในทศวรรษหน้า ตามภาพอนาคตที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญดูก่อนล่วงหน้า 1 สัปดาห์ จากนั้นจัดประชุมแบบเผชิญหน้า เพื่อยืนยันแสดงให้เห็นร่วมกันนำเสนอรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนปัจจัยแนวโน้มนภาพอนาคตที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ 3 (พ.ศ. 2562 – 2571) จากกระบวนการระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

องค์ประกอบ	ปัจจัยแนวโน้มนำไปสู่การปฏิบัติ (จำนวน)	
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
1.ด้านองค์กรธรรมาภิบาล	22	0
2.ด้านการให้บริการ	15	0
3.ด้านเครือข่ายความร่วมมือ	13	0
4.ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	11	0
5.ด้านการบูรณาการ	10	0
6.ด้านบุคลากรสุขภาพ	9	1
7.ด้านการบริหารจัดการสัมพันธภาพ	8	0
8.ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์	8	1
9.ด้านนวัตกรรม	8	1
10.ด้านระบบส่งต่อ	5	0
รวม	109	3

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันส่วนใหญ่ปัจจัยแนวโน้มนำไปสู่การปฏิบัติได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 รอบภาพอนาคตที่พึงประสงค์ส่วนใหญ่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ถึง 109 ปัจจัย มีเพียง 3 ปัจจัยเท่านั้นที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันว่าไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ ได้แก่ 1) มีบุคลากรที่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้เข้าใจของภาษาในพื้นที่ เนื่องจาก คลากรส่วนใหญ่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 เป็นคนในพื้นที่อยู่แล้ว และเขตสุขภาพที่ 3 ไม่มีความแตกต่างของชนเผ่ามากนักส่วนใหญ่สามารถสื่อสารกันเข้าใจดี 2) การจัดทำบัญชีต้นทุนเสมือน (Virtual Accounts) ในสถานบริการเพื่อการบริหารจัดการงบประมาณอย่างเป็นธรรม ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นร่วมกันว่า หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ควรดำเนินการในประเด็นนี้ เนื่องจากควรเป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ 3) ให้รวมปัจจัยการเตรียมบุคลากรเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี, บุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิควรมีสมรรถนะด้าน community medicine และบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีสมรรถนะด้านการสร้าง Health Literacy ให้กับประชาชน อยู่ในองค์ประกอบด้านบุคลากรสุขภาพ ภาพอนาคต หลังจากผ่านกระบวนการตามขั้นตอนการศึกษาเชิงอนาคต สามารถนำมาเขียนภาพอนาคต จากตารางที่ 4 ภาพอนาคต หน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านธรรมาภิบาลมากที่สุด รองลง คือ ด้านการให้บริการ และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาพอนาคตหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 จำแนกตามองค์ประกอบ จำนวนปัจจัยและเกณฑ์การคัดเลือก

ภาพอนาคตหน่วย บริการปฐมภูมิเขต สุขภาพที่ 3	จำนวนแนวโน้ม									คัดเลือก	
	ทั้งหมด	มีโอกาสเป็นไปได้				พึงประสงค์		ความสอดคล้อง	ความเห็น		
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	พึงประสงค์	ไม่พึงประสงค์	สอดคล้อง			ไม่สอดคล้อง
องค์ประกอบด้าน องค์กรธรรมาภิบาล	25	5	20	0	0	22	3	25	0	22	
องค์ประกอบด้านการ ให้บริการ	20	11	9	0	0	15	5	20	0	15	
องค์ประกอบด้าน บุคลากรสุขภาพ	20	0	20	0	0	9	11	20	0	9	
องค์ประกอบด้าน เครือข่ายความร่วมมือ	14	4	10	0	0	13	1	14	0	13	
องค์ประกอบด้าน นวัตกรรม	13	4	9	0	0	8	5	13	0	8	
องค์ประกอบด้านการ เข้าถึงยาและเทคโนโลยี	12	10	2	0	0	8	4	12	0	8	
องค์ประกอบด้าน ทางการแพทย์	10	6	4	0	0	10	0	10	0	10	
องค์ประกอบด้านระบบ ส่งต่อ	7	5	2	0	0	5	2	7	0	5	
องค์ประกอบด้านการ บริหารจัดการ	8	4	4	0	0	8	0	8	0	8	
สัมพันธภาพ											
รวมจำนวนแนวโน้ม ทั้งสิ้น	144	52	91	0	0	109	35	144	0	109	

วิจารณ์

การวิจัยอนาคตของงานวิจัยนี้ เรียกว่า อนาคตระยะกลาง (Middle Range Forecasting) เป็นระยะเวลา 10–20 ปี เป็นช่วงที่นิยมวิจัยเชิงอนาคตมากที่สุด เพราะสามารถนำผลการศึกษาไปวางแผนปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ได้ สามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้ชัดเจน⁽¹⁰⁾ การวิจัยอนาคตให้ประโยชน์หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้สามารถเห็นภาพอนาคตข้างหน้าและวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมเตรียมการเพื่อดำเนินการไปสู่อนาคตได้อย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจน การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภาพอนาคตที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในอนาคต 10 ปี ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 3 มีจำนวน 10 องค์ประกอบ 3 อันดับแรก คือ องค์ประกอบด้านธรรมาภิบาลมากที่สุด รองลง คือ ด้านการให้บริการ และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องอนาคตภาพในทศวรรษหน้าของการป้องกันควบคุมโรค ของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 (พ.ศ. 2562 – 2571)⁽¹¹⁾ ที่พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันในด้านองค์ประกอบด้านการให้บริการ และเทคโนโลยีสารสนเทศ เมื่อนำข้อมูลตามฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญไปเก็บข้อมูลกับผู้ปฏิบัติ พบว่า มี 4 องค์ประกอบที่มีเหตุผลที่ส่งผ่านถึงกัน (Cause –Effect) โดยพบว่า อิทธิพลขององค์ประกอบที่ 1 เครือข่ายความร่วมมือมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านการบูรณาการ ร่วมกันส่งผลอิทธิพลต่อ องค์ประกอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และร่วมกันส่งผลอิทธิพลต่อ องค์ประกอบด้านการให้บริการ ได้ถึงร้อยละ 80

เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการให้บริการป้องกันควบคุมโรค: หน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3⁽¹²⁾ ที่พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุขององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการป้องกันควบคุมโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า โมเดลเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กล่าวคือ ตัวแปรเครือข่ายความร่วมมือ และบูรณาการร่วมกันส่งผลต่อการให้บริการป้องกันควบคุมโรคผ่านตัวแปรคั่นกลางคือเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวมเป็นไปตามเกณฑ์ โดยตัวแปรเชิงสาเหตุทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการให้บริการป้องกัน ควบคุมโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 72.0 ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ ภาพอนาคตที่ค้นพบมีความน่าเชื่อถือ และมีแนวโน้มที่สามารถนำไปกำหนดเป็นเป้าหมายเชิงอนาคต ได้สอดคล้องกับงานวิจัยที่น่าเชื่อถือที่ผ่านมา นอกจากนี้งานเรื่องนี้ ยืนยันความน่าเชื่อถือของกระบวนการวิจัยที่มีลักษณะการดำเนินงานเช่นเดียวกับ เช่น รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในทศวรรษหน้า⁽¹³⁾ ใช้กระบวนการวิจัยอนาคตเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทุกมีฉันทามติให้การรับรองผลการวิจัยพร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไปในอนาคต

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าผลการวิจัยเรื่องนี้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในอนาคตได้เช่นกัน ธรรมาภิบาล เป็นเรื่องสำคัญมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรมส่วนใหญ่ การบริหารองค์กรให้มีหลักธรรมาภิบาลจะมีความคล้ายคลึง และแตกต่างกันบ้างในบางองค์ประกอบ แต่ก็มุ่งเน้นให้หน่วยงานที่นำไปใช้เพื่อประเมิน และยกระดับการทำงานให้สอดคล้องกับ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.

2546⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ามืองค์ประกอบที่กำหนดเป็นภาพอนาคตที่เหลืออีกจำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านเครือข่ายบริการ ด้านบุคลากรสุขภาพ ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านระบบส่งต่อ และด้านนวัตกรรม ทั้ง 6 ประกอบสอดคล้องการศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การได้รับการสนับสนุนกับหน่วยคู่สัญญาในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของบุคลากร การทำงานเป็นทีม และการมีสัมพันธ์ที่ดีกับเครือข่ายต่างเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีคุณภาพ และมาตรฐาน⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ทุกองค์ประกอบมีความสอดคล้องกับงานวิจัยอนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียในทศวรรษหน้า⁽¹⁶⁾พบว่ามืองค์ประกอบที่สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวยืนยันได้ว่าภาพอนาคตหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับงานวิจัยที่ผ่านมา ทำให้ภาพอนาคตนี้สามารถนำไปปฏิบัติและวางแผนการดำเนินงานหรือเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 ต่อไป โดยมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และ ผู้ปฏิบัติ ดังนี้คือ ผู้กำหนดนโยบาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ไปวางแผนการดำเนินงานพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 3 สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำองค์ประกอบ และปัจจัยที่มีแนวโน้มในอนาคตไปปรับใช้ในการพัฒนางาน เพื่อเตรียมรับความเปลี่ยนแปลงได้ทันกับสถานการณ์ การวิจัยครั้งนี้ยังไม่สามารถนำภาพอนาคตทั้ง 10 องค์ประกอบมาจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหาท่อน-หลัง ผู้สนใจสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมโดยการจัดทำแบบสอบถามเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง จะทำให้งานวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์ อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3 นพ.สมเกียรติ ขำบุรักษ์ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 3 นพ.ปริญญ์ นากบุญบุตร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ที่กรุณาให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- 1.โสภณ เมฆธน, และคณะ. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
- 2.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. 2560-2569) รองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559.
- 3.ไทย.กฎหมาย, รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สภานิติบัญญัติแห่งชาติ; 2560.
- 4.สฤณีเดช เจริญไชย, สุดคณิง ฤทธิฤทัย, จารุณี จันทรเพชร และ โกเมนทร์ ทิวทอง. การศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อความสำคัญของบริการคลินิกหมอครอบครัว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงในวันที่ 10 ตุลาคม 2561.เข้าถึงจาก

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4909?locale-attribute=th>

5. Creswell. J. W., Research Design Qualitative. Quantitative. and Mixed Methods Approaches, Thousand Oaks, California. SAGE Publications, Inc. 2009.
6. จุมพล พุณท์ธีวิน. การวิจัยอนาคต. วารสารสมาคมการวิจัย. 2551; 13(2): 9– 13.
7. Macmillan, Thomas T. The Delphi Technique. Paper Presented at The Annual Meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development. Ca: Monterey, 1971: May 3–5.
8. Flanders, F. Determining curriculum content for nursery/landscape course work in vocational agriculture for the 21st century: A futures study utilizing the Delphi technique. Doctoral. dissertation, The University of Georgia. 1988.
9. Murry, J. & Hammons, J. “Delphi: A versatile methodology for conducting qualitative research.” The Review of Higher Education, 1995; 18 (4): 423.
10. นิชชา เบญจพรวัฒนา. แนวโน้มการวิจัยเชิงอนาคตในประเทศไทย. วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์. 2558; 2(2) : 59– 72.
11. ไพฑูรย์ อ่อนเกต, สวัสดิ์ อภิวัจนิงศ์, สวรรยา สิริภคมงคล. อนาคตภาพในทศวรรษหน้าของการป้องกัน ควบคุมโรค ของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 (พ.ศ. 2562 – 2571). วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2563; 14 (1): 55– 67.
12. สวรรยา สิริภคมงคล, สำราญ สิริภคมงคล, ไพฑูรย์ อ่อนเกต, สวัสดิ์ อภิวัจนิงศ์. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการให้บริการป้องกันควบคุมโรค: หน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3. วารสารควบคุมโรค, 2564; 47 (4) : 1072– 82
13. นิมิตฺตธรา แว, วิจิต เรืองแป้น, วารุณี หะยีสมาสา, นิสาพร มุหะมัด, นฤมล ทองมาก, อรรณพ สนิธิไชย. รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในทศวรรษหน้า. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. 2561; 19(1): 86– 96.
14. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2565 เข้าถึงจาก <https://bit.ly/3vXwwaS>
15. โสตรีย์ แพ้น้อย, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, ชุฬิพร เอกรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2013; 22(2): 64–7.
16. เพลินพิศ พงศ์ปริญญากุล, วิจิต เรืองแป้น, วารุณี หะยีสมาสาและ, นิสาพร มุหะมัด, ชมพูนุช สุภาพวานิช, นฤมล ทองมาก. อนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียในทศวรรษหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28 ฉบับเพิ่มเติม (1) : 551– 64.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส: กรณีศึกษา

Nursing Care for a Patient with Infected HIV and Syphilis: A Case Study

ปาริดา บุญนาค

Parida Boonnak

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan

Received: March 28, 2022 | Revised: May 4, 2022 | Accepted: May 11, 2022

บทคัดย่อ

การติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โรคติดเชื้อทั้งสองส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องให้การพยาบาลและดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส โดยศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส เพศชาย 1 ราย ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการศึกษา ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2565 ผลการให้การพยาบาลแบบองค์รวม พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น 1) การพยาบาลด้านร่างกายช่วยลดอาการเจ็บป่วยทางกายและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการดูแลร่างกายได้ดี น้ำหนักเพิ่มขึ้น พักผ่อนเพียงพอ 2) การพยาบาลด้านจิตใจช่วยลดความเครียด คลายวิตกกังวล 3) การพยาบาลในด้านสังคมช่วยรักษาข้อมูลความลับสุขภาพของผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยปฏิบัติตนในการอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข 4) การพยาบาลในด้านของจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการติดเชื้อของตัวเอง ยอมรับการรักษา และปฏิบัติตามอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพโดยรวมที่ดีตลอดจนการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่น ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในมิติต่างๆ ในทุกด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลครบถ้วน สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

ติดต่อผู้พิมพ์: ปาริดา บุญนาค อีเมล: b_parida@hotmail.com

Abstract

HIV and syphilis infections are the major public health problem globally, including in Thailand. Both infectious diseases directly impact a patient's quality of life. There are necessary in order to provide nursing care for the patient to live in society. This study aimed to use the nursing care process for HIV and syphilis-infected patients. One male patient with HIV and syphilis-infected was studied from January – February 2022. The nursing process was used as a study tool. From providing holistic nursing care, the results showed that the patient has better health outcomes. 1) Physical aspect, nursing care reduced ailments and complications of patients. The patient has good body care, enough weight, and enough rest. 2) Mental aspect, nursing care reduced stress and relieves anxiety. 3) Social aspect, nursing care helped for maintaining patient health confidentiality and helped the patient to behave normally in society. 4) In the Spiritual aspect, the nursing care helped the

patient accept his own infections, received treatment, and lived properly for good health as well as prevent the transmission of diseases. Therefore, the nursing care for patients with infected HIV and syphilis is imperative that the nursing process be encompassed in all dimensions, including physical, mental, social, and spiritual aspects of health, in order for patients to receive complete nursing care and can live with a normal life.

Correspondence: Parida Boonnak

E-mail: b_parida@hotmail.com

คำสำคัญ

การพยาบาล

เอชไอวี

ซิฟิลิส

Keywords

Nursing care

HIV

Syphilis

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลกจำนวน 1.5 ล้านราย ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการติดเชื้อจำนวน 1.0 แสนราย และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอชไอวีจำนวน 82,000 ราย⁽¹⁾ ปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีรายงานการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 6,600 ราย ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 5.0 แสนราย กำลังรับยาต้านไวรัสจำนวน 3.9 แสนราย และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเชื้อเอชไอวีจำนวน 12,000 ราย⁽²⁾ เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสชนิด RNA จำแนกออกเป็น 2 ชนิด (Type) ได้แก่ HIV-1 และ HIV-2 โดย HIV-1 พบการระบาดทั่วโลก⁽³⁾ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกาย จะเข้าไปเพิ่มจำนวนในเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 และ Macrophage ทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวเหล่านั้น⁽⁴⁾ เมื่อเชื้อเอชไอวีทำลายเม็ดเลือดขาว CD4 จนมีปริมาณไม่เพียงพอเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเอดส์ (Acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

สำหรับโรคซิฟิลิส (Syphilis) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* (*T. pallidum*) จากรายงานของ WHO ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าสถานการณ์ของโรคซิฟิลิสมีผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่จำนวน 7.1 ล้านราย ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่จำนวน 2.5 ล้านราย⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์โรคซิฟิลิสในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วยจำนวน 14.5 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 15 – 24 ปี (ร้อยละ 41.8)⁽⁵⁾ โรคซิฟิลิสมีโอกาสที่โรคจะดำเนินไปจนเกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงดังเช่น ซิฟิลิสของระบบหัวใจและหลอดเลือด และซิฟิลิสของระบบประสาท ทั้งการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส สามารถก่อพยาธิสภาพที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนหนึ่งยังอยู่ในภาวะความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจอันเนื่องมาจากผลกระทบจากคนรอบข้าง สังคมแวดล้อมและครอบครัวส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย สำหรับการติดเชื้อซิฟิลิสแม้จะสามารถรักษาให้หายขาดได้

ตั้งแต่การติดเชื้อระยะแรกที่ยังไม่รุนแรง แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอาจส่งผลต่อการดำเนินของโรคที่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงได้ จะเห็นได้ว่าทั้งการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม⁽⁶⁾ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งการศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิสจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาล ดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส

การพยาบาลผู้ป่วยเป็นกระบวนการสำคัญที่ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดำเนินการ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพียงพอและต่อเนื่อง ตลอดจนเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย มุ่งเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมเป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้ครอบคลุมสุขภาพของผู้ป่วยในทุกด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กระบวนการพยาบาลเริ่มจากการตั้งข้อวินิจฉัย มีการรวบรวมข้อมูลความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเอง ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แล้วนำมาประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากนั้นจึงวางแผน นำมาสู่การให้พยาบาลที่เหมาะสม โดยกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมในการพยาบาล สุดท้ายจึงทำการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตบริการการโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่าง เดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2565 โดยคัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส แจ้งผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเป็นกรณีศึกษา โดยชี้แจงผู้ป่วยเกี่ยวกับการปกป้องข้อมูลความลับ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยด้วยวิธีการสอบถามประวัติทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ดำเนินการศึกษาเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎีกระบวนการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยดำเนินการตามหลักกระบวนการพยาบาลสามประการ คือ ประการแรกการตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล ประการที่สองการให้การพยาบาล และประการสุดท้ายเป็นการประเมินผลหลังจากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามลำดับ

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส ขอเสนอผลการศึกษา ใน 5 ประเด็น ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศชาย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อายุ 34 ปี อาชีพพนักงานโรงงาน สถานภาพโสด น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 16.73 กิโลกรัม/เมตร² ประวัติการเจ็บป่วย สามเดือนก่อนทำงานที่ต่างจังหวัด อยู่กับคู่นอน

ประจำที่เป็นผู้ชาย ก่อนที่จะย้ายกลับมาทำงานที่จังหวัดอุบลราชธานี และได้ข่าวจากเพื่อนร่วมงานเดิมว่าคู่นอนประจำที่เคยคบกันติดเชื้อเอชไอวี จึงมาขอรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี มีโรคประจำตัว ได้แก่ หอบหืด ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวของบิดามารดา การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที มีผลการตรวจร่างกายทั่วไปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะที่ตรวจพบ จำแนกตาม ผลการตรวจร่างกาย

อวัยวะ	ลักษณะที่ตรวจพบ
ศีรษะ	รูปร่างปกติ คลำไม่พบก้อน หนังศีรษะปกติไม่มีผื่นที่เข้าได้กับซิฟิลิส พบบาง
ใบหน้า	สีหน้าอ่อนเพลีย ผิวหนังบริเวณใบหน้าปกติขึ้นคิ้วปกติ เห็นเนินโหนกแก้มชัดเจน แก้มตอบ ลักษณะค่อนข้างผอม
ดวงตา	ด้านในเปลือกตาไม่ซีดไม่มีอาการอักเสบของเยื่อบุตา
ลำคอ	ไม่พบผื่นคันต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไทรอยด์ (Thyroid gland) ไม่โต
หน้าอก	มีลักษณะเป็นจุดสีแดงเล็ก ๆ คล้ายผื่นกระจายบริเวณหน้าอก
หลัง	ไม่พบแผลตุ่มหรือดั่งเนื้อ
แขน	ผิวหนังปกติไม่พบแผล ตุ่ม ข้อศอกไม่มีบวมแดงหรืออักเสบ
มือ	ผิวหนังค่อนข้างแห้ง มีแผลบริเวณนิ้วชี้มือข้างขวาไม่พบผื่นที่บริเวณมือหรือข้อนิ้วมือไม่พบ Cubbing Finger)
หน้าท้อง	ผิวหนังปกติ ไม่พบแผล ตุ่ม คลำไม่พบก้อน ไม่มีกตเจ็บ
ขา	ไม่พบแผล ตุ่ม ไม่พบผื่นรอยโรคซิฟิลิส ไม่มีบวมแดงหรืออักเสบ
เท้า	ผิวหนังปกติไม่พบแผล ตุ่ม ไม่พบผื่นรอยโรคซิฟิลิส ข้อเท้า ข้อนิ้วเท้าไม่บวมแดงหรืออักเสบ
อวัยวะเพศ	ไม่พบความผิดปกติ ผิวหนังปกติ ไม่พบแผล ตุ่ม ไม่มีผื่นที่เข้าได้กับซิฟิลิส

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย และการดูแลรักษา ทำการ Pre-counseling โดยผู้ป่วยยินยอม แล้วทำการเจาะเลือดตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส รายละเอียดดังตารางที่ 2 การวินิจฉัยผู้ป่วยมีการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส จากนั้นทำการ Post-counseling พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวและส่งต่อไปรับยาที่โรงพยาบาลประกันสังคมแนะนำการรับยาตามสิทธิ ยาที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Chlorpheniramine 4 มิลลิกรัม 1 เม็ด เมื่อมีอาการคัน ยา TA Cream 0.1% สำหรับทาบริเวณที่มีอาการคัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Anti-HIV testing	
- Test 1	Reactive
- Test 2	Reactive
- Test 3	Reactive
Summary result of Anti-HIV testing	Positive
Syphilis testing	
- Nontreponemal test	Non-reactive
- Treponemal test	Reactive

และ ผลการใช้กระบวนการพยาบาล นำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 ประเด็น ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและมีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมเพื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส ข้อมูลสนับสนุน: Subjective data ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่เคยรับประทานยาต้านไวรัสมาก่อน และ Objective data ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Summary result of Anti-HIV: Positive

วิเคราะห์ปัญหา: การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะเรื้อรัง สามารถเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ทุกจำนวน CD4 เพื่อรักษาระดับ CD4 ไม่ให้ลดลงต่ำจนเกิดเป็น Serious AIDS-related และ Serious non-AIDS related รวมทั้งช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางเพศสัมพันธ์⁽⁷⁾ โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) เพื่อประเมินการยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย	1) ประเมินการยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยจากการทำ Post-counseling
2) เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการเริ่มรับยาต้านไวรัส	2) ประเมินความพร้อมในการรับยาต้านไวรัสอย่างรอบด้าน เช่น เวลารับประทานยา การจัดการเมื่อลืมกินยา การจัดการเมื่อไม่สามารถมารับบริการได้ และการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนและบุคคลใกล้ชิด
เกณฑ์การประเมินผล	
1) ผู้ป่วยยอมรับการติดเชื้อเอชไอวี	3) ให้คำปรึกษา อธิบาย และเสริมสร้างแรงจูงใจในการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส
2) ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัส	4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
	5) ดูแลและแนะนำผู้ป่วยให้เข้าพบแพทย์ในสถานบริการทางการแพทย์ตามสิทธิการรักษา เพื่อปรึกษาแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง
	6) ดูแลและแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าพบกับเภสัชกรในสถานบริการทางการแพทย์ตามสิทธิการรักษา เพื่อสอบถามการใช้ยาและซักถามข้อสงสัย
	7) ประเมินความพร้อมและความเข้าใจของผู้ป่วยก่อน

กลับบ้าน รวมถึงช่องทางบริการหากพบอาการผิดปกติ เช่น ทางโทรศัพท์

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยยอมรับการติดเชื้อเอชไอวี แต่มีความกังวลใจเรื่องเริ่มการกินยาต้านไวรัสเนื่องจากไม่เคยรับประทานยาต้านไวรัสมาก่อน หลังจากได้รับคำปรึกษา คำอธิบาย และแรงจูงใจในการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัส และมีความมั่นใจในการตัดสินใจเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น สามารถบอกถึงอาการผิดปกติและผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่ควรมาพบแพทย์ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: มีอาการคัน เนื่องจากการติดเชื้อที่ผิวหนัง

ข้อมูลสนับสนุน: Subjective data ผู้ป่วยบอกว่าคันบริเวณหน้าอกจุดที่มีผื่นจุดแดง ๆ และ Objective data การตรวจร่างกายผู้ป่วยพบว่าผิวหนังบริเวณหน้าอกมีลักษณะเป็นจุดสีแดงเล็ก ๆ คล้ายผื่น

วิเคราะห์ปัญหา: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีผื่นขึ้นที่ผิวหนังได้ ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงเดือนแรก ๆ ที่ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามผื่นอาจเกิดจากปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการติดเชื้อเอชไอวีได้เช่นกัน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) เพื่อบรรเทาอาการคัน และลดการติดเชื้อที่ผิวหนังของผู้ป่วย	1) แนะนำให้อาบน้ำด้วยอุณหภูมิปกติ วันละ 2 ครั้ง ซับตัวด้วยผ้าสะอาดให้แห้ง จากนั้นทาโลชั่นหรือครีมบาง ๆ ช่วยให้ผิวชุ่มชื้นลดอาการคัน
เกณฑ์การประเมินผล	
1) ผู้ป่วยสามารถอธิบายย้อนกลับการรักษาความสะอาดส่วนตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อลดการติดเชื้อที่ผิวหนังได้	2) สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด เนื้อผ้าโปร่ง สบาย ไม่หนาจนเกินไป
2) ผู้ป่วยบอกว่าอาการคันลดลง	3) ดูแลเครื่องนอนให้สะอาด นำมาตากแดด อยู่เสมอ
	4) อยู่ในสถานที่โปร่ง โล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อลดการเกิดเหงื่อและความอับชื้น
	5) หลีกเลี่ยง แกะ เกา ตุ่มแผล ดูแลผิวหนัง และดูแลบาดแผลให้สะอาด
	6) แนะนำการรับประทานยา Chlorpheniramine 4 มิลลิกรัม 1 เม็ด เมื่อมีอาการคัน และทายา TA Cream 0.1% บริเวณที่มีอาการคัน ตามแผนการรักษาของแพทย์
	7) แนะนำดูแลสุขภาพรับประทานอาหารโดยเฉพาะกลุ่มโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ขาว นม เต้าหู้ และถั่ว การออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินเร็ว และปั่นจักรยาน นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
	8) ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการ ให้ผู้ป่วยอธิบายย้อนกลับ การรักษาความสะอาดส่วนตัว และการปฏิบัติเพื่อลดการติดเชื้อที่ผิวหนัง

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสามารถอธิบายย้อนกลับ การรักษาความสะอาดส่วนตัว และการปฏิบัติเพื่อลดการติดเชื้อที่ผิวหนังได้ และรับประทานยาแก้แพ้และทายาตามแผนการรักษาของแพทย์

อาการคันลดลงผื่นจุดสีแดง ๆ น้อยลง ผิวหนังชุ่มชื้นดี ได้นำเสนอเพิ่มเติมเรื่องการพักผ่อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน: Subjective data ผู้ป่วยแจ้งว่าตกใจ และไม่รู้ว่าจะต้องใช้ชีวิตประจำวันอย่างไร และ Objective data ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Summary result of Anti-HIV: Positive

วิเคราะห์ปัญหา: สภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อรับรู้ถึงการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จะมีภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจตั้งแต่เมื่อรับรู้ผลการติดเชื้อ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล และอาจท้อแท้ ซึมเศร้า หดหู่ในชีวิตได้ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้ถึงร้อยละ 30-60 และมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 38.6⁽⁸⁾

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย	1) ทักทายผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และพร้อมจะให้ความช่วยเหลือแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขที่มีสิทธิการรักษาเพื่อให้ได้รับการรักษาจากแพทย์และได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง
เกณฑ์การประเมินผล	
1) ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้	2) แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ เริ่มมีฝ้าขาวในปาก มีไข้เรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ ท้องเสียเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10
2) ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายไม่แสดงคำพูดก้าวร้าว พยักหน้ารับหลังได้รับคำแนะนำ ซักถามประเด็นที่สงสัย	3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตอบข้อซักถามด้วยวาจาที่นุ่มนวล สุภาพเพื่อคลายความวิตกกังวล
	4) ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ
	5) ให้กำลังใจสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
	6) ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และสังเกตรวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้น

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยมีท่าทีที่เป็นมิตร พูดคุยสอบถามอาการเกี่ยวกับโรคและการรักษา หลังจากได้รับการให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นมากขึ้น สามารถตอบคำถามและบอกวิธีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: ผู้ป่วยวิตกกังวล ยังไม่พร้อมเปิดเผยสภาวะสุขภาพแก่ครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน: Subjective data ผู้ป่วยแจ้งว่า “ครอบครัวยังไม่รู้ กลัวว่าครอบครัวรู้แล้วเขาจะตกใจ” และ Objective data ผู้ป่วยเกรงว่าคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่รู้จักจะรังเกียจ โดยมีสีหน้าไม่สบายใจ

วิเคราะห์ปัญหา: แม้ว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาความรู้ด้านการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคซิฟิลิส และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ จะมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจผ่านสื่อต่าง ๆ มากมาย แต่โรคเหล่านี้โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวียังคงพบการตีตราจากคนในครอบครัว และสังคมอยู่ ด้วยทัศนคติมุมมองว่าโรคเหล่านี้มาจากพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น เป็นโรคของหญิงหรือชายอาชีพพิเศษ เป็นโรคของชายรักชาย ซึ่งส่งผลต่อสภาวะจิตใจผู้ป่วย⁽⁸⁾ ทำให้ไม่ยอมเปิดเผยเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) เพื่ออธิบายสิทธิผู้ป่วย และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นความลับ	1) ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพประเมินสภาพอารมณ์จิตใจและความเชื่อของผู้ป่วย
เกณฑ์การประเมินผล	2) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้
1) ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง มีท่าที่เป็นมิตร	3) อธิบายสิทธิผู้ป่วย และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นความลับ
2) ผู้ป่วยเข้าใจสิทธิผู้ป่วย และทราบว่าข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นความลับ	4) รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย
	5) ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย เรื่องสิทธิผู้ป่วย และการเก็บข้อมูลสุขภาพเป็นความลับ
ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ลดความวิตกกังวลลง เข้าใจสิทธิผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา และทราบว่าข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นความลับและตอบคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนได้	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: มีอาการอ่อนเพลีย เนื่องจากนอนไม่หลับ พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน: Subjective data ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า นอนหลับยาก หลับไม่สนิท เปิดโทรทัศน์ดูเพื่อให้หลับ หอ้งพักค่อนข้างเล็กและมีของใช้เต็มห้อง ทำงานโรงงานเป็นกะเวลา โดยนอนเฉลี่ย 3 ชั่วโมง/วัน และ Objective data สีหน้าอ่อนเพลีย เห็นเนินโหนกแก้มชัดเจนแก้มตอบ ลักษณะค่อนข้างผอม

วิเคราะห์ปัญหา: ปัญหาการนอนเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมีสาเหตุแตกต่างกันไป ทั้งสาเหตุทางด้านร่างกาย สาเหตุทางด้านจิตใจ⁽⁶⁾ รวมทั้งสภาพแวดล้อม และอื่น ๆ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) เพื่อให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น ลดปัจจัยที่ทำให้ตื่นช่วงที่นอนหลับ	1) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับเวลาเข้านอนช่วงเวลาการทำงาน คุณภาพการนอนหลับ ประเมินแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ
เกณฑ์การประเมินผล	2) พูดคุยสอบถามถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยกังวล
	3) แนะนำให้ลดหรืองดดื่ม น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่ผสม

1) ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น
ขึ้น ต้นกลางดึกน้อยลง

คาเฟอีนหรือเครื่องดื่มชูกำลังต่าง ๆ

4) แนะนำจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอนหลับ

เช่น ทำความสะอาดห้องนอน เครื่องนอน จัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอน ให้บรรยากาศโปร่ง เย็นสบาย สบาย ไม่แออัด อากาศถ่ายเทได้สะดวก ความสว่าง ลดแสงไฟ

5) หากนอนไม่หลับ ฟังเพลงเบา ๆ ผ่อนคลาย

6) หากอาการนอนไม่หลับยังไม่ดีขึ้น แนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาที่เหมาะสม

7) ติดตามสอบถามผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาการนอนหลับ พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ หลังจากได้รับคำแนะนำ

ประเมินผลการพยาบาล: หลังจากได้รับคำแนะนำ ผู้ป่วยนอนหลับดีขึ้น โดยนอนเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง/วัน แต่ยังรู้สึกอ่อนเพลียอยู่แนะนำลดปริมาณการดื่มกาแฟลงเหลือวันละ 1 แก้ว หรืองดการดื่มกาแฟหากเป็นไปได้ รู้สึกหลับสนิทขึ้น สดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน: Subjective data ผู้ป่วยบอกว่าเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยและ Objective data น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 16.73 กิโลกรัม/เมตร²

วิเคราะห์ปัญหา: ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาจเกิดการขาดสารอาหาร เนื่องจากอาการเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย อาการท้องร่วง หรือจากความเครียดวิตกกังวล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ⁽⁶⁾

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร	1) พูดคุยสอบถาม ประเมินผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหาร ความอยากอาหารสอบถามเกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยชื่นชอบ
เกณฑ์การประเมินผล	
1) ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส ไม่มีอาการอ่อนเพลีย	2) ประเมินภาวะขาดสารอาหาร เช่น อ่อนเพลีย เยื่อบุตาแห้งซีด อาการบวมตามแขนขาเพราะจะทำให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร
2) ผู้ป่วยน้ำหนักเพิ่มขึ้น มากกว่า 45 กิโลกรัม	3) แนะนำจัดให้แบ่งมื้ออาหาร ให้ทานทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง
	4) แนะนำอาหารที่ให้โปรตีนสูง เช่น ชุปไก่ ไข่ เนื้อปลา นม
	5) ประเมินอาการ สอบถามการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จาก 45 กิโลกรัม เป็น 46 กิโลกรัม BMI เท่ากับ 17.10 กิโลกรัม/เมตร² ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่มีอาการบวมตามแขนขา

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 7:เสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวี

ข้อมูลสนับสนุน: Subjective data ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติการเป็นโรคซิฟิลิส และให้ข้อมูลว่า ตนเองเป็นชายรักชายมีเพศสัมพันธ์ทั้งช่องทางทวารหนักและช่องปาก สวมถุงยางอนามัยบางครั้ง และ Objective data ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Summary result of Anti-HIV: Positive ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Nontreponemal test = RPR: Non-reactive ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Treponemal test = Rapid test: Reactive

วิเคราะห์ปัญหา:การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่เชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ โดยใช้ถุงยางอนามัยยังเป็นมาตรการที่ได้ผล การไม่ใช้ถุงยางอนามัยยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในกลุ่มชายรักชาย⁽⁹⁾

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิส และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้	1) พูดคุยสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ป่วย 2) สอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิส การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ รวมถึงความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวี โดยการฟังอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดและระบายความรู้สึก โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ
เกณฑ์การประเมินผล	3) พูดคุยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองการป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิส การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ รวมถึงความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวี โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และเมื่อเปลี่ยนคู่นอนใหม่ 4) สอบถามประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงการติดเชื้อและการแพร่เชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยพูดคุยสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิส การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ รวมถึงความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวี หลังจากพูดคุยได้รับความรู้ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิส และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 8:เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ จากพยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลสนับสนุน: Subjective data ผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อย พักผ่อนน้อย ไม่เพียงพอ และขาดการออกกำลังกาย และ Objective data ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Summary result of Anti-HIV: Positive ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Nontreponemal test : Non-reactive ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Treponemal test : Reactive และจากการตรวจร่างกายพบว่า ผิวหนังบริเวณหน้าอกมีลักษณะเป็นจุดสีแดงเล็ก ๆ คล้ายผื่นกระจายทั่วบริเวณ

วิเคราะห์ปัญหา: การติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ถึงร้อยละ 90 เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุอื่น ได้แก่ มะเร็งร้อยละ 7 และสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 3⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) เสริมสร้างความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อฉวยโอกาสที่มีความรุนแรง และพบการติดเชื้อมากในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้อง	1) สอบถามประเมินความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยทราบว่าติดเชื้อเมื่อร่างกายอ่อนแอ 2) พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเสริมสร้างความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อฉวยโอกาสที่มีความรุนแรง และพบการติดเชื้อมากในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ วัณโรค ปอดอักเสบ เชื้อรา ท้องเสีย อูจาระร่วง เป็นต้น 3) แนะนำการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีแสงแดดส่องผ่าน มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ออกกำลังกายตามความเหมาะสม และให้สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 4) สอบถามประเมินความรู้เกี่ยวกับเชื้อฉวยโอกาสที่มีความรุนแรง และพบการติดเชื้อมากในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
เกณฑ์การประเมินผล	
1) ผู้ป่วยสามารถตอบคำถาม เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเชื้อฉวยโอกาสที่พบการติดเชื้อมากในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้อง	
ประเมินผลการพยาบาล: จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเชื้อฉวยโอกาสที่พบการติดเชื้อมากในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้อง	

วิจารณ์

การติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นภาวะเรื้อรังมีโอกาสรื้อจะดำเนินไปเป็นระยะเอดส์ สำหรับการติดเชื้อซิฟิลิส โรคสามารถดำเนินไปเป็นระยะที่รุนแรงได้เช่นเดียวกัน ทั้งสองโรคมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมในทุกด้าน การศึกษานี้ กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเพศชาย วัยทำงาน สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีพฤติกรรมอยู่กับคู่นอนที่เป็นผู้ชาย มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเป็นประจำ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบผลบวกต่อ Anti-HIV และซิฟิลิส การวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส ซึ่งมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในเรื่อง การเตรียมความพร้อมการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี สภาวะทางร่างกายที่มีผื่นคัน อ่อนเพลีย ขาดสารอาหาร ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ ความเสี่ยงการติดเชื้อฉวยโอกาส และความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อและการปฏิบัติตัว ในด้านสังคมเรื่องการรักษาข้อมูลความลับ การเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ และการอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวและสังคม ตลอดจนในด้านจิตวิญญาณการยอมรับการติดเชื้อ การยอมรับการรักษาเพื่อมีชีวิตอยู่ เมื่อนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยถูกแก้ไขเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยการศึกษาใช้กระบวนการพยาบาลประเมินปัญหาให้ครอบคลุมและให้กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย

เข้าใจบริบทของการดูแลตัวเองภายใต้การติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส ทั้งนี้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสโดยคำนึงถึงผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งการรักษาพยาบาลด้านร่างกายช่วยลดอาการเจ็บป่วยทางกายและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการดูแลความสะอาดร่างกายได้ดี น้ำหนักเพิ่มขึ้น พักผ่อนเพียงพอและและสดชื่นขึ้น การพยาบาลด้านจิตใจซึ่งช่วยผู้ป่วยให้มีความเข้าใจมากขึ้น ช่วยลดความเครียด คลายวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส และเข้าใจการปฏิบัติตัว การพยาบาลในด้านสังคมช่วยรักษาความลับผู้ป่วยในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และการปฏิบัติตนในการอยู่อาศัยร่วมกับบุคคลในครอบครัว รวมถึงคนในสังคมอย่างปกติสุข และสุดท้ายการพยาบาลในด้านของจิตวิญญาณช่วยทำให้ผู้ป่วยยอมรับการติดเชื้อของตัวเอง มีความหวังในการมีชีวิตโดยยอมรับการรักษา และปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพโดยรวมที่ดี ตลอดจนการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่น

เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคเรื้อรังยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรณีศึกษาของ ลัตดา⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ป่วยที่มีอาการแสดงมากกว่ากรณีศึกษาอื่น โดยใช้ทฤษฎีสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งทำให้การวางแผนการพยาบาลเป็นไปอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินสุขภาพผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติเพื่อการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และในกรณีศึกษาของ ชนิษฐา⁽¹²⁾ การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมกับวัณโรคซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย และจัดกลุ่มข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างองค์รวม แล้วให้การดูแลที่ครอบคลุมด้านป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งจากกรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องประเมินปัญหาและให้กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในมิติต่างๆ ให้ครบทุกด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่นนี้แล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคในชีวิตได้อย่างเหมาะสม รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และมีความสุขทางจิตวิญญาณ⁽⁶⁾ ข้อเสนอแนะประการแรก บุคลากรสาธารณสุขควรให้การพยาบาล ดูแลและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลครบถ้วนทุกมิติ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขมากเท่าที่จะเป็นไปได้ และ ประการสุดท้าย หน่วยงานสาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องเอชไอวีและซิฟิลิส และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมถึงจัดบริการเชิงรุกให้กลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษา การตรวจวินิจฉัยเร็ว รู้ผลเร็วและรักษาเร็ว และการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ ตลอดจนลดการแพร่เชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ และทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis, and sexually transmitted infections, 2021. Geneva: WHO; 2021.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
3. ปิยนท วิรัชศิลป์, รวงผึ้ง สุทธธนา, จันทพงษ์ วะสี. New circulating recombinant forms of HIV-1 in Thailand. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2550; 17(2): 169-79.
4. อธิรญาณ์ ปัทมะ. รังโรคของเชื้อเอชไอวีและความสำคัญของการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ. เวชบัณฑิตยสาร 2560; 10(1): 18-22.
5. สำนักระบาดวิทยา. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://doe.moph.go.th/surdata/506wk/y64/d37_5164.pdf
6. คณิสร์ แก้วแดง, สุมาลี ราชนิยม. พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558; 26: 128-35.
7. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2563/2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
8. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, เสาวนีย์ โสบุญ. การเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ: บทบาทพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(3): 31-8.
9. ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์, รสพร กิตติเยวมาลย์. ซิฟิลิส: การกลับมาอีกครั้ง. วารสารควบคุมโรค 2564; 47(2): 199-208.
10. Solomon FB, Angore BN, Koyra HC, Tufa EG, Berheto TM, Admasu M. Spectrum of opportunistic infections and associated factors among people living with HIV/AIDS in the era of highly active anti-retroviral treatment in Dawro Zone hospital: a retrospective study. BMC Res Notes 2018; 11: 604.
11. ลัดดา พลพุดธา. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21(1): 136-50.
12. ชนิษฐา สุขทอง. การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด: กรณีศึกษา. Singburi Hospital Journal 2564; 30(2): 95-108.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

Factors Associated with Self-care Behaviors of Type 2 Diabetes Patients at Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province

วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์

Weerasak damrongphong

โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province

Received: March 28, 2022 | Revised: May 4, 2022 | Accepted: July 20, 2022

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากขึ้นในทุกๆ ปี พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่งผลต่อการควบคุมโรคและนำไปสู่ภาวะโรคต่อชุมชนและประเทศ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 78.2 ควรนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาวางแผนเชิงนโยบายและพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

ติดต่อผู้พิมพ์: วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์

อีเมล: doctortontal@hotmail.com

Abstract

Diabetes is a chronic disease that is increasingly found every year. Patient self-care behavior affects disease control and contributes to the burden of disease on the community and country. The purpose of this research was to analyze factors affecting self-care behaviors of type 2 diabetes patients at Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province. The sample group was 400 patients with type 2 diabetes mellitus. The research instrument was a questionnaire. Descriptive statistical analysis and linear multiple-step regression statistics. The results of the study found that self-care behaviors of diabetic patients were at a moderate level. The leading, contributing, and complementary factors have a positive correlation factor with the self-behaviors of diabetic patients statistically significant. The perceived severity of diabetes, access to health services, and receiving social support from family

members can predict the self-care behaviors of type 2 diabetes patients at 78.2 percent. Therefore, policymakers should adopt the results from this study for panning policy and develop a health education program for the support and promotion of the correct and proper self-care behaviors of type 2 diabetes patients.

Correspondence: Weerasak damrongphong

E-mail: doctortontal@hotmail.com

คำสำคัญ

ปัจจัย

พฤติกรรม

การดูแลตนเอง

ผู้ป่วยเบาหวาน

Keywords

Factors

Behavior

Self-care

Diabetes Patient

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เป็นสาเหตุของภาวะโรคจากการตายและการป่วยก่อนวัยอันควรที่สำคัญอย่างยิ่งของประเทศไทย หากพิจารณาด้านความรุนแรงของโรคเบาหวานแล้ว จะพบว่าโรคนี้เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของคนไทยในระดับต้น ๆ ในปี พ.ศ. 2561 – 2563 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้นเท่ากับ 4.93, 8.86 และ 10.01 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽¹⁾ สาเหตุการตายร้อยละ 80 เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และจากโรคแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ การติดเชื้อจอตาเสื่อม ระบบประสาทเสื่อม⁽²⁾ ด้านผลกระทบของโรคเบาหวาน พบว่า มีผลกระทบระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงประเทศ แม้ว่า เบาหวานจะเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดแต่สามารถควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือฉีดยาเพื่อลดน้ำตาลในเลือด⁽³⁾ ผลกระทบของโรคเบาหวานก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นอย่างมาก ภาครัฐจึงกำหนดให้เบาหวานเป็นโรคหนึ่งในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ.2560 – 2564 โดยมีเป้าหมายให้สามารถป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยการตายที่สำคัญของประเทศ เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน สิ่งสำคัญอยู่ที่การควบคุมอาหารเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด⁽⁴⁾ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาและการออกกำลังกายจึงมีความสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁽⁵⁾

การประยุกต์ PRECEDE Model เกี่ยวกับการสุขภาพ ในวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ มากมายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อาทิการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 253 คน ประกอบด้วยตัวแปร ปัจจัย

นำ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเอื้อ คือ ความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด สภาพแวดล้อมของบ้าน และปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนจากญาติ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนจากญาติ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ระดับการศึกษาและความรู้สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ร้อยละ 67.8 ⁽⁶⁾ นอกจากนี้การศึกษาของ Dizaji et al ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในปี ค.ศ. 2012 วิจัยแบบกึ่งทดลองโปรแกรมการให้ความรู้ ปัจจัยนำประยุกต์โดยการให้ความรู้ ส่งเสริมความเชื่อและทัศนคติ ปัจจัยเสริมใช้ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับการให้คำแนะนำ จากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว และปัจจัยเอื้อใช้กิจกรรมการฝึกทักษะในการควบคุมโรค และให้ข้อมูลแหล่งความรู้ต่างๆ โดยจัดกิจกรรม 5 ครั้ง ละคร 30-45 นาที ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0012 ⁽⁷⁾

การศึกษาวัยสูงอายุ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 144 คน กำหนด ปัจจัยนำ คือ ความรู้ ทัศนคติ อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงบริการ นโยบายที่เอื้อ และปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประเภทของอาชีพ จำนวนวันทำงาน ในหนึ่งสัปดาห์ และจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข อาชีพ การศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนวันทำงานในหนึ่งสัปดาห์ สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบได้ร้อยละ 46.012 ⁽⁸⁾ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านท่าช้างเหล็ก หมู่ที่ 9 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 91 คน ประกอบด้วย ปัจจัยนำคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การได้รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยเสริม คือ การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับคำแนะนำ จากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ⁽⁹⁾

โรงพยาบาลไทรงาม ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร รวมถึงพื้นที่ใกล้เคียง โดยให้บริการทั้งทางด้านการตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาล ควบคุมป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงฟื้นฟูสภาพ จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ทุกปีโดยในปี พ.ศ. 2561 , 2562 และ 2563 มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 182, 244 และ 323 คน ตามลำดับ⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾ จากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านมา พฤติกรรมดูแลสุขภาพมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบจำลอง PRECEDE Framework ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีความสามารถตนเอง(Self – Efficacy Theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม(Social Support Theory) ที่มีความผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคำถามการวิจัยว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงกำหนดวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้า เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คาดหวังว่า ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross – sectional survey) ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลไทรงาม ระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2564 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทำโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane) ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 ราย เพื่อเป็นการลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจึงได้ทำการสุ่มตัวอย่าง 400 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจับสลากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยประชากร เศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ เกี่ยวกับ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ด้านความสะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายและความพึงพอใจในการบริการ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม เกี่ยวกับ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และบุคลากรด้านสาธารณสุข และส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเท้า การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลจังหวัดกำแพงเพชร อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร แล้วมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามวัดความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่น Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.89 และ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเข้าถึงสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค เท่ากับ 0.82, 0.80, 0.81 และ 0.79 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากร ข้อมูลปัจจัยต่างๆ แสดงเป็น ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้ สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis Stepwise Method) การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร หมายเลขโครงการ 64 02 02 ลงวันที่ 8 เดือน มกราคม พ.ศ 2564

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย สอง ประเด็น ดังนี้ ประเด็นแรก ลักษณะปัจจัยประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้คือ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.2 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพศหญิงมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับดี และ ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.9 และ 36.8 ตามลำดับ สำหรับอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 49 ปี 50-59 ปีและ วัยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับ พบว่า ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 49 ปี ร้อยละ 8 เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่ม พบว่าอยู่ในระดับดี รองลงมา วัยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.3 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ โสด/หม้าย/หย่า และ คู่ ตามลำดับ พบว่า โสด/หม้าย/หย่า ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.5 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละกลุ่ม พบว่า โสด/หม้าย/หย่ามีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับดี ร้อยละ 13.8 และ สถานภาพสมรสคู่ มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.1 ตามลำดับ และ ระดับการศึกษา แบ่งเป็น ต่ำกว่ามัธยมศึกษา และ สูงกว่ามัธยมศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละกลุ่ม พบว่า ต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับดี และระดับปานกลาง ร้อยละ 17.4 และ 27.1 ตามลำดับ

อาชีพ แบ่งเป็น ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง และค้าขาย พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.3 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละกลุ่ม พบว่า ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับดี และระดับปานกลาง ร้อยละ 13.5 และ 17.4 ตามลำดับ

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว แบ่งเป็น น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท และ 5,001 บาทขึ้นไป พบว่า รายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท และ 5,001 บาทขึ้นไป ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.3 และ 49.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละกลุ่ม พบว่า กลุ่ม

รายได้ 5,001 บาทขึ้นไป มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับดี ร้อยละ 18.7 และ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.3 ตามลำดับ และ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน แบ่งเป็น น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี 6-10 ปี และ 11ปีขึ้นไป พบว่า ส่วนใหญ่ กลุ่มระยะเวลาป่วย ≤ 5 ปี ร้อยละ 40.6 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละกลุ่ม พบว่า กลุ่มระยะเวลาป่วย 11ปีขึ้นไปมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีร้อยละ11.3และกลุ่มระยะเวลาป่วย ≤ 5 ปี มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 28.3 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง(n=400)

ปัจจัยประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			
	ดี จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ปรับปรุง จำนวน(ร้อยละ)	รวม จำนวน(ร้อยละ)
เพศ				
ชาย	4(1.0)	86(21.6)	17(4.2)	107 (26.7)
หญิง	103(25.9)	147(36.8)	42(14.5)	293(73.3)
อายุ				
≤ 49 ปี	32(8.0)	96(24.0)	26(6.5)	154(38.5)
50-59 ปี	18(4.5)	52(13.0)	55(13.8)	125(31.3)
60 ปีขึ้นไป	21(5.3)	73(18.25)	27(6.8)	121(30.3)
สถานภาพสมรส				
โสด/หม้าย/หย่า	55(13.8)	67(16.7)	44(11.0)	166(41.5)
คู่	40(10.0)	109(27.1)	85(21.40)	234(58.5)
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	70(17.4)	108(27.1)	102(25.5)	280(70.0)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	39(9.7)	54(13.6)	27(6.8)	120(30.0)
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	54(13.5)	70(17.4)	37(9.3)	161(40.3)
เกษตรกร	28(7.1)	44(11.0)	39(9.7)	111(27.8)
รับจ้าง	8(2.0)	22(5.5)	13(3.3)	43(10.8)
ค้าขาย	28(7.1)	46(11.6)	10(2.6)	85(21.3)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว				
$\leq 5,000$ บาท	32(8.0)	125(31.3)	44(11.0)	201(50.3)
5,001 บาท ขึ้นไป	75(18.7)	85(21.3)	39(9.7)	199(49.7)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง(n=400) (ต่อ)

ปัจจัยประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง			
	ดี จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ปรับปรุง จำนวน(ร้อยละ)	รวม จำนวน(ร้อยละ)
ระยะเวลาของโรค				
≤ 5 ปี	39(9.6)	113(28.3)	10(2.6)	162(40.5)
6-10 ปี	23(5.8)	32(8.1)	54(13.6)	110(27.4)
11 ปี ขึ้นไป	45(11.3)	45(11.3)	37(9.3)	128(32.0)

เมื่อพิจารณา ปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับปานกลางร้อยละ 51.9 การรับรู้ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในระดับต่ำร้อยละ 51.0 และร้อยละ 51.9 ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 และ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพระดับสูงร้อยละ 38.4 รายละเอียดแสดงดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำ(n=400)

ประเด็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน		
ระดับสูง	123	30.7
ระดับปานกลาง	208	51.9
ระดับต่ำ	70	17.4
ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน		
ระดับสูง	182	45.5
ระดับปานกลาง	14	3.5
ระดับต่ำ	204	51.0
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน		
ระดับสูง	160	40.0
ระดับปานกลาง	32	8.1
ระดับต่ำ	208	51.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำ(n=400)(ต่อ)

ระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน		
ระดับสูง	133	33.2
ระดับปานกลาง	214	53.6
ระดับต่ำ	53	13.2
ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ		
ระดับสูง	154	38.4
ระดับปานกลาง	139	34.8
ระดับต่ำ	107	26.8

นำเสนอประเด็นที่สอง การวิเคราะห์ปัจจัยนำที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ในด้านความสะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายและความพึงพอใจในการบริการ และ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และบุคลากรด้านสาธารณสุข กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และ การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r) เท่ากับ 0.678 , 0.702, 0.216, 0.126, 0.943, 0.866, 0.963, 0.921 และ 0.882 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในทิศทางบวก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สำหรับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายละเอียดแสดงดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=400)

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าสหสัมพันธ์(r)	p-value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	0.011	0.842
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	0.678***	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.702***	<0.001
การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0.216***	<0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ	0.126***	<0.001

ปัจจัยเอื้อ

การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ	0.943***	<0.001
---------------------------	----------	--------

ปัจจัยเสริม

การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว	0.866***	<0.001
การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน	0.963***	<0.001
การสนับสนุนจากผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน	0.921***	<0.001
การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสาธารณสุข	0.882***	<0.001

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า มี 3 ปัจจัย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (X1) การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ(X2) และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว (X3) สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 78.2 โดยมีความสำคัญตามลำดับและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ ได้ดังนี้

สามารถเขียนสมการพยากรณ์ทำนายในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 = 6.914 + 0.314 (การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน) + 0.517 (การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ) + 0.747 (การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว) และ สามารถเขียนสมการพยากรณ์ทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 = 0.231 (การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน) + 0.156 (การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ) + 0.379 (การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชรด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 400)

ตัวแปรทำนาย	b	β	t	P-value
การรับรู้ความรุนแรง(X1)	0.314	0.231	6.524	0.000***
การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (X2)	0.517	0.156	3.512	0.000***
การสนับสนุนจากสมาชิก (X3)	0.747	0.379	2.637	0.000***
Constant (a)	6.914		1.508	0.000***

R square = 0.808, Adjusted R² = 0.782, F = 46.081, p-value < 0.001

b = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่จะนำมาสร้างสมการพยากรณ์ ซึ่งเป็นค่า Unstandardized Coefficient จะเป็นการเขียนสมการในรูปคะแนนดิบหรือค่าจริง

β = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่จะนำมาสร้างสมการพยากรณ์ ซึ่งเป็นค่า Standardized Coefficient จะเป็นการเขียนสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 61 ปีขึ้นไป สถานภาพอยู่คู่สมรส ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และเป็นเบาหวานมาไม่เกิน 5 ปี โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาพัชรวรรณ แก้วศรีงาม และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่า เพศส่วนใหญ่ไม่ว่าจะหญิงหรือชาย เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนและเป็นเบาหวานมาประมาณ 4-6 ปี มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงยังไม่รู้สึกท้อแท้ เป้าหมายที่จะดูแลตนเองผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่สภาวะทางกายและสรีรวิทยาเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุตอนต้นแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ มีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่วสติปัญญา การรับรู้ยังดีแต่เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการดูแลตนเองกำกับตนเองได้ยากขึ้นเนื่องจากการหลั่งอินซูลินของเซลล์เบต้าในตับอ่อนจะลดลงและมีภาวะดื้ออินซูลิน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในด้านต่างๆ สอดคล้องกับงานของสุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง และความสามารถในการกำกับตนเองระดับสูง การศึกษาด้านความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการมาตรวจตามนัด การทำอาหารเอง บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเชื้อ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยเชื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE model ของ Green et al.⁽¹³⁾ กล่าวว่า ปัจจัยเชื้อจะเป็น ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมนั้น เกิดเป็นจริงซึ่งได้แก่ ทักษะและการมีทรัพยากรต่างๆอย่างเพียงพอ ปัจจัยเสริม สอดคล้องกับงานของด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของกิริติ กิจธีระวุฒิมงษ์และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าปัจจัยเสริมด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับคำกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยบุคคลในครอบครัวจะสนับสนุนทรัพยากรในการดูแลตนเอง แสดงความห่วงใย คอยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพหากิจกรรมผ่อนคลายเครียด ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วย เช่น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่เหมาะสม จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น⁽⁹⁾

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มี 3 ปัจจัย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 78.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรวรรณ แก้วศรีงาม และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าถ้าผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถให้หายขาดได้ และยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่างๆ จึงทำให้ผู้ป่วยจึงมีการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า การเข้าถึงบริการของสาธารณสุข จะทำให้ผู้เข้ารับการรักษามีความรู้ในการดูแลตนเองได้มากขึ้น เช่น พฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานยา การดูแลเท้า การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการรับประทานอาหาร เป็นต้น

การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตราบุญประสิทธิ์และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าปัจจัยเสริมด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับคำกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยบุคคลในครอบครัวจะสนับสนุนทรัพยากรในการดูแลตนเอง แสดงความห่วงใย คอยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพทำกิจกรรมผ่อนคลายเครียด ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วย เช่น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่เหมาะสม จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในด้านความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ส่วนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และบุคลากรด้านสาธารณสุข มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นไปตามทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในศึกษาวิจัย ซึ่งได้แก่ PRECEDE Framework ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self- Efficacy Theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) สำหรับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาครั้งนี้ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว สามารถทำนายได้ร้อยละ 80.8 ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำเป็นจะต้องให้ความสำคัญกับทั้งสามไปพร้อมกัน การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรให้ความสำคัญกับการสร้างการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว โดยให้ทางโรงพยาบาลจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเน้นในเรื่องความรุนแรงของโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการดูแลตนเอง รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริม

ให้สมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2562.
2. International Diabetes Federation [IDF]. สถานการณ์โรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>, 2017.
2. World Health Organization. The World Health Report Available from https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
3. คลินิก NCD คุณภาพปีงบประมาณ 2562. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com>.
4. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
5. อภิรัชย์ คุณิพงษ์. 2561. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. วารสารกรมการแพทย์. 2561; 43 (3): 101-7.
6. โรงพยาบาลไทรงาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. สถิติงานบริการโรงพยาบาลไทรงาม 2561-2563. 2563.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ปี พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincdinfo.com>.
8. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. ร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย. คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 11/2558; 20 ธันวาคม 2561. ห้องประชุมชัชวาทินเรนทร. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
9. กิรติ กิจธีระวุฒิวงษ์, จุฑากานต์ กิ่งเนตร, ชนกันต์ แสงปาก, นงนุชวงศ์สว่าง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 18: 192-200.
10. โชติรส คงหอม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2563; 8: 248-58.
11. พชรวรรณ แก้วศรีงาม, มยุรี นิรัตธาดร, ชดช้อย วัฒนะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2561; 27: 119-131.

12. สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2562; 28(2):1-11
13. Green IW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
14. สัจจิรา บุญประสิทธิ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, ชมนาด สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชชนนีกรุงเทพ 2563; 32: 44-56.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะ มูลฝอยของพนักงานเก็บขยะ เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ

The Effect of the Promotion Behavior Program for Accidental Prevention from Working among Garbage Collectors, Preakasamai Town Municipality, Samut Prakan Province

สินีนุช กุลศิริ*

Sineenut Kunsiri*

ธริสรา จิรเสถียรพร**

Tharisara Chirasatienpon**

พันธุ์หญิง ญัฐกฤตา ศิริโสภณ**

Major Nutthakritta Sirisophon**

*นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและ
สุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

*Master's Degree Student of Science (Health Promotion
and Health Education) Faculty of Education,
Kasetsart University

**ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์

** Department of Physical Education

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน

Faculty of Education, Kasetsart University

Received: May 1, 2021 | Revised: July 6, 2021 | Accepted: April 25, 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะ เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ประชากร คือ พนักงานเก็บขยะและพนักงานขับเครื่องกลขนาดเบา จำนวน 46 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและ 2) การส่งเสริมให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติและการสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ทำให้พนักงานเก็บขยะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้เป็นอย่างดี

ติดต่อผู้พิมพ์: สินีนุช กุลศิริ

อีเมล: sineenut.k@ku.th

Abstract

The aim of quasi-experimental research was to study the result of the work-related accidental prevention behaviors program in garbage collectors, Preakasamai town municipality, Samut Prakan province using Roger's disease-preventing motivation theory application and the concept of social

support theory to promote accident prevention behaviors. The 46 populations were garbage collectors and light mechanical drivers. The research instruments included 1) creating the perception of violence and the probability of the risk of work-related accidents and 2) encouraging motivation and social support for work behaviors. The data were collected by questionnaire before the experiment in the first week and after implementation in the fifth week, analyzed by descriptive statistics and Paired Samples t-test. The results of this study showed that the average score of prevention behavior of samples after the experimental was higher than before significantly different at the statistical level. Therefore. It should be used as a guideline in organizing a health promotion program for accident promotion for working to encourage motivation to change behaviors and reduce work accidents as well.

Correspondence: Sineenut Kunsiri

E-mail: sineenut.k@ku.th

คำสำคัญ:

การส่งเสริม

พฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุ

การทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย

พนักงานเก็บขยะ

Keywords:

Promotion

Behaviors for work accident prevention

Solid-waste collected working

Garbage collectors

บทนำ

ปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก อันเนื่องจากจำนวนประชากร ที่มากยิ่งขึ้น รวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งเป็นผลโดยตรงมาจากการกระทำของมนุษย์ เนื่องจากความต้องการพื้นฐานต่อการอยู่รอดและการดำรงชีวิต อีกทั้งความต้องการความสะดวกสบาย ในด้านต่าง ๆ เป็นตัวกระตุ้นให้มนุษย์ มีการพัฒนาการสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นอย่างก้าวกระโดด⁽¹⁾ ก่อให้เกิดการเพิ่มของปริมาณของขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยของเหลือทิ้งจากกระบวนการผลิตและการใช้สอยหรือเรียกอีกอย่างว่า “ขยะ” ถือเป็นสิ่งหนึ่งที่ส่งผลต่อบุคคล ครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคมเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรคและแมลง การสร้างมลภาวะของสิ่งแวดล้อม การทำให้บริเวณนั้นขาดความสวยงาม การเสี่ยงต่อเจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อ รวมถึงการก่อให้เกิดความรำคาญหรือส่งกลิ่นเหม็น⁽²⁾

จากปริมาณจำนวนขยะในแต่ละวันดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น จึงทำให้เกิดอาชีพที่สำคัญต่อการบริหารจัดการจำนวนขยะที่เกิดขึ้นอย่างมหาศาลนั้นก็คือ อาชีพพนักงานเก็บขยะ ซึ่งเป็นอาชีพหนึ่งที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับกองขยะ โดยนับตั้งแต่เก็บรวบรวมจนกระทั่งถึงการขนส่ง การกำจัดในแต่ละวันที่มีการสัมผัสกับขยะตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่การคุ้ยเขี่ย ขูด ลากขยะมากองรวมกัน การเลือกเก็บขยะแต่ละประเภทลงในถุง การหาบหรือขนย้ายขยะไปกองรวมกัน รวมถึง การคัดแยกขยะจากกองขยะ ดังนั้นการทำงานที่ต้องสัมผัสกับขยะโดยตรงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการระคายเคืองทางผิวหนัง มีผื่นคัน มีแผลพุพอง เป็นหนอง อาการระคายเคืองดวงตา แสบตา ตาแดง อาการระคายเคืองทางเดินหายใจ ทำให้ไอ จาม แสบมูก⁽³⁾ ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมการทำงาน

และการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะทำงานทุกครั้ง เช่น หน้ากากอนามัยปิดปากปิดจมูกหมวก ถุงมือ รองเท้าบูต เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว จึงทำให้เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อโรค ผื่นละออง สารเคมี และเกิดอุบัติเหตุจากของแหลมคม ที่มดตำ รวมทั้งการทำงานด้วยความประมาทเร่งรีบ การกินอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ส่งผลให้เกิดอาการท้องเสีย ปวดบิดท้อง การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ ในขณะที่ทำงานส่งผลกระทบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้⁽²⁾

เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบโดยตรงในการเก็บขยะ กำจัดขยะมูลฝอยในพื้นที่รับผิดชอบ จากข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะของพนักงานเก็บขยะ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า มีความถี่ ในการเกิดอุบัติเหตุจากการจัดเก็บขยะมูลฝอย อาทิ ถูกเหล็กและของมีคม/ ที่มด /ตำ และเศษแก้วบาด นอกจากนี้จากข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุของเจ้าหน้าที่ใน ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 35 ราย พบว่า ของแหลมที่มดตำ ร้อยละ 78.4, ของมีคม/แก้วบาด ร้อยละ 88.2, มีอาการปวดหลังร้อยละ 61.2⁽⁴⁾ รวมถึงผลกระทบที่ก่อให้เกิดสุขภาพเจ็บป่วยเนื่องจากการสูดดมและได้สัมผัสขยะ ซึ่งการปฏิบัติงานดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานเก็บขยะ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันเป็นผลมาจากผลมาจากพฤติกรรมที่สามารถป้องกันได้ หากพนักงานเก็บขยะมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม แต่พนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่ ไม่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดอาการบาดเจ็บจากการทำงานอยู่เสมอ ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยและประสิทธิภาพการทำงาน ด้วยเหตุผลที่กล่าวนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่พัฒนาประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์⁽⁵⁾ จากแนวคิดในการสร้างแรงจูงใจมีพื้นฐานของการกระตุ้น ให้เกิดความกลัว ซึ่งจะเป็นการโน้มน้าวจิตใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการรับรู้ในความรู้แรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ร่วมกับการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ทำให้เกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ แต่ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์⁽⁵⁾ เน้นระดับบุคคลเป็นหลัก ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์ร่วมในการจัดโปรแกรมเนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่มีผลกระทบต่อกระบวนการคิดและพฤติกรรมของตัวบุคคล อันเป็นสิ่งที่ตัวบุคคลได้รับจากบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคมหรือหน่วยงานนั้น เช่น การช่วยเหลือสนับสนุนในด้านการให้คำแนะนำปรึกษาหรือให้ข้อมูลต่างๆ หรือการช่วยเหลือสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เป็นต้น เพื่อจะช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้พนักงานเก็บขยะ เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ เกิดพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีและทำงานได้อย่างปลอดภัยต่อไป คำถามการวิจัยครั้งนี้คือผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะ เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นอย่างไร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะ เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ

วัสดุและวิธีการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นพนักงานจ้างทั่วไป สังกัดกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ ประกอบด้วย พนักงานขับเครื่องจักรกลขนาดเบา จำนวน 10 คน และ พนักงานเก็บขยะ จำนวน 36 คน รวมจำนวน 46 คน

การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัด ก่อน-หลัง (pretest-posttest one group design)⁽⁶⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ส่วนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย และส่วนที่ 6 แบบวัดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย

เครื่องมือที่ใช้การทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม จัดโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาทีรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที 1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมการทดลอง โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถาม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที 2) ให้ผู้เข้าร่วมการทดลอง ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ก่อนเข้าร่วมการทดลอง (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นนำผู้เข้าร่วมการทดลองเข้าสู่กิจกรรม

ขั้นการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ดำเนินการสนทนาเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ดังนี้ 1) กิจกรรมการทดสอบความรู้เบื้องต้นของความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยด้วยการถาม-ตอบ แบบปากเปล่า โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแข่งขันกันตอบสลับไปมา 2) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย โดยการบรรยายประกอบสื่อ โดยใช้ Power point 3) กิจกรรมเล่าประสบการณ์ในการทำงานแล้วเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยมีวิธีการแก้ไขปัญหามีข้อเสนอแนะอย่างไร

สัปดาห์ที่ 2 “อันตรายเกิดขึ้นได้ จากการเก็บขยะ” กิจกรรมที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยการบรรยายประกอบสื่อ VDO และ power point นำเสนอร่วมกับการให้ชมวิดีโอ เป็นสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) ให้ดูรูปภาพอันตรายเกี่ยวกับอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย และให้ออกมาเล่าประสบการณ์การทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย 2) ตัวต้นแบบด้านบวก ออกมาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ช่วยลดความรุนแรงเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย และตัวต้นแบบด้านลบเมื่อไม่ป้องกันตนเอง ทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 3 “รู้ไว้ จะได้ไม่เสี่ยง” กิจกรรมที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยทำให้ดูรูปภาพอันตรายเกี่ยวกับอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เป็นการสร้างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุโดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การบรรยาย เกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย 2) กิจกรรมสร้างละคร จำลองเหตุการณ์อันจะทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย โดยให้แต่ละทีแสดงบทบาทสมมติ มีการสื่อสารที่เน้นการชี้แจงเพื่อทำให้เกิดความเชื่อ หรือรู้สึก ว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่ออันตรายประโยชน์ของกิจกรรม ทำให้ผู้เข้าร่วมการทดลองเกิดความเชื่อในความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย และจะเกิดปัญหาสุขภาพตามมา จะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 “สวมใส่ง่าย ปลอดภัยแน่นอน” กิจกรรมที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที 1) บรรยาย ประกอบสื่อ โดยใช้สื่อ power point เรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย และการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย 2) ให้ผู้เข้าร่วมการทดลองฝึกปฏิบัติการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล 3) กิจกรรมสอนการล้างมือ 7 ขั้นตอน เป็นการทำความสะอาดมือ เพื่อสร้างสุขอนามัยที่ดี และเป็นเกราะป้องกันป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย

สัปดาห์ที่ 5 “ส่งความห่วงใย กำลังใจให้กัน” ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและการส่งเสริมให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย โดยมีกิจกรรม ด้วยการใช้ สมาร์ทโฟนสอบถาม โดยการศึกษาวิจัยใช้ แอปพลิเคชัน “ไลน์” ในการสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวหลังเข้าร่วมการทดลอง วันละ 1 ครั้ง และเสริมแรงจูงใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อเน้นให้เห็นข้อดีของพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย

กิจกรรมที่ 6 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย หลังการเข้าร่วมการทดลอง (Post-test)

การแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนจากหน่วยงาน นโยบาย, การรับรู้ด้านข่าวสารการป้องกันอุบัติเหตุจากการเก็บขยะ, คำแนะนำจากผู้วิจัย/เพื่อนร่วมงาน/ ผู้บังคับบัญชา, การได้รับการอบรม ว่าผู้อบรมเคยได้รับความรู้ประมาณ ราว 15-20 นาที จากคนรอบข้างหรือคนใกล้ชิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ปรากฏว่าค่าถามข้อที่ผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.89 จากนั้นการวัดความเชื่อมั่นหรือความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.859

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้ส่งพิจารณาจริยธรรมมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์บางเขน เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2563 ได้รับอนุมัติวันที่ 13 สิงหาคม 2563 หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ COE No. COE63/149 และได้รับอนุญาตจากเทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย โดยมีการเคารพ

ศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ สามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกปิดเป็นความลับ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแล้ว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จากนั้น นำข้อมูลมา วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน ด้วย Paired Samples t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย สอง ประเด็นดังนี้ประเด็นแรก ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความรู้แรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย และการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 95.70 มีอายุระหว่าง 36-44 ปี ร้อยละ 34.80 ตำแหน่งงาน เป็นพนักงานเก็บขยะ ร้อยละ 78.30 มีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 60.90 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=46)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	95.70
หญิง	2	4.30
อายุ		
18-26 ปี	6	13.00
27-35 ปี	7	15.20
36-44 ปี	16	34.80
45-53 ปี	12	26.10
54-60 ปี	5	10.90
อายุเฉลี่ย 39.5 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุน้อยสุด 19 ปี		
ตำแหน่งงาน		
พนักงานขับเครื่องจักรกลขนาดเบา	10	21.70
พนักงานเก็บขยะ	36	78.30
ประสบการณ์การทำงาน(ปี)		
1-5 ปี	28	60.90
6-10 ปี	11	23.90
มากกว่า10 ปีขึ้นไป	7	15.20
ค่าเฉลี่ย ประสบการณ์ทำงาน 6.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.65 สูงสุด 25 ปี น้อยสุด 1 ปี		

ด้านการรับรู้ความรุนแรงการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ก่อนทดลอง การรับรู้ระดับดี ร้อยละ 56.50 หลังทดลอง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.60 เช่นกัน ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ก่อนทดลอง อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.90 หลังทดลอง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.60 ด้านพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ก่อนทดลอง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.70 หลังทดลอง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.40 ด้านการสนับสนุนทางสังคม การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย อยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.50 หลังทดลอง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.70 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกัน และการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกัน (n=46)

การรับรู้และพฤติกรรม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	ดี	ปานกลาง	น้อย	ดี	ปานกลาง	น้อย
การรับรู้ความรุนแรงของ การเกิดอุบัติเหตุ	26(56.50)	20(43.50)	-	45(97.80)	1(2.20)	-
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการ เกิดอุบัติเหตุ	18 (39.10)	28 (60.90)		38 (82.6)	8 (17.4)	
พฤติกรรมกรรมการป้องกัน อุบัติเหตุ	13 (28.30)	33 (71.70)		31 (67.40)	15 (32.60)	
การสนับสนุนทางสังคมใน การป้องกันอุบัติเหตุ	26 (56.5)	20 (43.5)		33 (71.7)	13 (28.3)	

การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย พบว่า ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยได้รับอุบัติเหตุทุกประเภทจากการทำงาน ร้อยละ 58.70 จำนวนครั้งที่ได้รับอุบัติเหตุ 1-5 ครั้ง ร้อยละ 73.70 เคยได้รับอุบัติเหตุจากการเก็บขยะขึ้นรุนแรงจนถึงต้องหยุดงาน ร้อยละ 73.68 โดยเกิดจาก วัตถุบาด/ทิ่มแทง ร้อยละ 26.32 วัตถุหล่นทับ ร้อยละ 5.26 หกล้ม ลื่นล้ม ร้อยละ 5.26 รดชน/เฉี่ยว ร้อยละ 5.26 วัตถุกระเด็นเข้าตา ร้อยละ 5.26 และอื่น ๆ (โดนน้ำกรด) ร้อยละ 5.26 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย (n=46)

การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย	จำนวน	ร้อยละ
1. ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยได้รับอุบัติเหตุทุกประเภทจากการทำงาน		
ไม่เคย	27	58.70
เคย โปรดระบุจำนวนครั้งที่ได้รับอุบัติเหตุ (โปรดตอบข้อ 2 และ 3 ต่อ)	19	41.30
1-5 ครั้ง	14	73.68
6-10 ครั้ง	3	15.79
มากกว่า 10 ครั้ง	2	10.53

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย (n=46)(ต่อ)

การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย	จำนวน	ร้อยละ
2. ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุจากการเก็บขยะขั้นรุนแรงจนถึงต้องหยุดงาน		
ไม่เคย	5	26.32
เคย โปรดระบุจำนวนครั้งที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	14	73.68
วัตถุบาด/ทิ่มแทง	5	26.32
วัตถุหล่นทับ	1	5.26
หกล้ม ลื่นล้ม	1	5.26
รถชน/เฉี่ยว	1	5.26
วัตถุกระเด็นเข้าตา	1	5.26
อื่นๆ ระบุ โดนน้ำกรด	1	5.26
3. สาเหตุที่ทำให้ท่านเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเก็บขยะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การทำงานไม่ถูกวิธี	8	42.11
ความประมาทเหม่อลอย	6	31.58
ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ	1	5.26
ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	4	21.05
ทำงานโดยที่สภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อม	1	5.26
อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลไม่เหมาะสมกับงาน	3	15.79

นำเสนอประเด็นที่สอง นำเสนอผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะ เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ภายหลังจากดำเนินการทดลอง ประชากร มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงการเกิดอุบัติเหตุ ก่อนดำเนินการ ($\bar{X}$ =31.13) หลังดำเนินการ ($\bar{X}$ =33.67) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ ก่อนดำเนินการ ($\bar{X}$ =29.63) หลังดำเนินการ ($\bar{X}$ =33.17) และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุก่อนดำเนินการ ($\bar{X}$ =29.02) หลังดำเนินการ ($\bar{X}$ =32.67) สูงกว่าก่อนทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ก่อน และหลังดำเนินการ

พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
การรับรู้ในความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ					
ก่อนทดลอง	46	31.13	2.79	-6.01	0.001***
หลังการทดลอง	46	33.67	2.50		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ					
ก่อนทดลอง	46	29.63	2.75	-8.60	0.001***
หลังการทดลอง	46	33.17	3.41		
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ					
ก่อนทดลอง	46	29.02	3.32	-8.05	0.001***
หลังการทดลอง	46	32.67	3.76		

*** p-value < 0.001

วิจารณ์

เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะ เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการของพนักงานเก็บขยะเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า 1) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พนักงานมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับ นพรัตน์ เทียงคำดี⁽⁷⁾ ที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุการได้รับอุปกรณ์ ป้องกันอันตรายจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สอดคล้องกับ ศุภวรรณ รัตนภิรมย์⁽⁸⁾ ที่ว่า ปัจจัยอื่นที่ช่วยส่งเสริมผลกดัน หรือสนับสนุนให้ปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย ได้แก่ การมีแรงจูงใจในการทำงานของตัวพนักงานเองการดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องของบริษัท การสื่อสารด้านความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอและปัจจัยเรื่องสภาพแวดล้อมในการทำงานที่น่าอยู่และเป็นระเบียบ สอดคล้องกับ สุปรีดี เตชะ⁽⁹⁾ ที่ว่า หลังการทดลอง ใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายเป็นประจำ 2) เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง สอดคล้องกับเฟื่องฟ้า รัตนาคณหุตานนท์ และ นาดยา ดวงประทุม⁽¹⁰⁾ ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ชญาดา พูลศรี และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ว่าปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุน จากเพื่อนร่วมงาน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะดังกล่าว สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานของพนักงานเก็บขยะได้จริง ช่วยทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับหลักความปลอดภัยในการทำงาน ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การดูแลตนเอง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นแรงกระตุ้นให้ใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน ทำให้ผู้เข้าร่วมการทดลอง เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้เป็นอย่างดี ข้อเสนอแนะจากการวิจัยประการแรกจากการศึกษาวิจัยพบว่า ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการดำเนินกิจกรรม ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้พนักงานจัดเก็บขยะ มีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง ตลอดจนส่งเสริมให้พนักงานควรมีความระมัดระวัง ขณะปฏิบัติหน้าที่มากยิ่งขึ้น และควรให้ความสำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นควรนำความรู้ไปใช้ในเทศบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดเก็บขยะในพื้นที่ หรือพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ประการที่สอง การเลือกใช้สื่อและทฤษฎีที่เหมาะสม จะส่งผลให้สามารถส่งเสริมการได้รับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และ ประการที่สามระหว่างทดลองผู้วิจัยได้ดำเนินการแนะนำตามขั้นตอนการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการเก็บขยะ รวมถึงดำเนินการสาธิตแนะนำ การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เป็นรายบุคคลมีการสอบถาม ดำเนินการสาธิตจนทำให้ผู้อบรมมีความเข้าใจ ดังนั้นทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะ เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ สามารถเพิ่มการรับรู้ต่อพฤติกรรมการทำงานป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะมูลฝอยของพนักงานเก็บขยะ เทศบาลเมืองแพรกษาใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ ได้ผลในการปฏิบัติอย่างชัดเจน ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป จึงควรนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้กับจังหวัด อื่น ๆ เพื่อขยายผลการศึกษาเพิ่มเติมรวมถึงสามารถส่งเสริมและแก้ไขปัญหากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจัดเก็บขยะในต่างพื้นที่ต่อไป และการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาเพียงกลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียว ควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมร่วมด้วยเพื่อให้ผลการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วินัย วีระวัฒนานนท์. สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม: การย้อนอดีตรากหญ้าสู่ภาวะโลกร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2553.
2. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ, 2557.
3. ศิริศักดิ์ สุนทรไชย, และ วรณวดี พูลพอกสิน. การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสภาวะแวดล้อมของแรงงานค้าขายและแรงงานที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548.

4. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทยปี 2562. กรมควบคุม มลพิษ, กรุงเทพฯ, 2562.
5. Rogers RW. Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. Social psychophysiology: A sourcebook 1983.
6. Fitz-Gibbon CT, Morris LL. How to design a program evaluation. New Burry Park CA, 1987.
7. นพรัตน์ เทียงคำดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 2556; 29(1): 43-55.
8. ศุภวรรณ รัตนภิรมย์. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการกลุ่มบริษัทบีเอเอสเอฟในประเทศไทย. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, 2559; 9(34):6-9.
9. สุปรีดี เตชา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในพนักงานเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารควบคุมโรค, 2561; 44(1): 33-37.
10. เพ็ญฟ้า รัตนาคณหุตานนท์, และนัตยา ดวงประทุม. การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์, 2562;5(2): 2-20.
11. ชญาดา พูลศรี, ลักษณะ เหล่าเกียรติ, และ เพ็ญศรี วัจนละญาณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพพนักงานเก็บขยะ เทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 2562; 13(3): 1-12.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยทำนายความรู้ ทักษะ การเข้าถึงสื่อสุขภาพต่อพฤติกรรม“กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

The Associations between Knowledge, Attitude, Health Media Accession Affecting Health Behavior toward “Eat Hot Foods, Use Serving Spoon, and Always Wash Your Hands” among People Over 18 Years of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

เรืองวิทย์ วรรณ*

Ruangwit Wannu*

พัชรดี อจหาญ**

Pacharawadee Ardham**

นฤมล กิ่งแก้ว***

Naruemol Kingkaew ***

อุรารักษ์ บุระนาคคัตรี***

Urarat Buranakongkatree***

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด จ.กาฬสินธุ์

*Bankui Health Promoting Hospital, Kalasin Province

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองกระยง จ.มุกดาหาร

**Nongkrayung Health Promoting Hospital,

Mookdaharn Province

***ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุข

*** Department of Community Public Health, Sirindhorn

สิรินธร จ.อุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์

College of Public Health, Ubon Ratchathani Province,

และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Faculty of Public Health and Health Allied Sciences

Praboromarajchanok Institute

Received: May 1, 2021 | Revised: July 6, 2021 | Accepted: April 25, 2022

บทคัดย่อ

ความรู้ ทักษะ และการเข้าถึงสื่อสุขภาพอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ ทักษะ การเข้าถึงสื่อและพฤติกรรม“กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ”ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 422 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และวิเคราะห์ ปัจจัยพยากรณ์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงสื่อจากการรับชมรับฟัง รายการโทรทัศน์ ร้อยละ 71.80 การรับฟังข่าวสารจากหอกระจายข่าว ร้อยละ 67.06 และการพูดคุยปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 51.66 ตามลำดับ ปัจจัยทำนาย พบว่า กลุ่มอายุ 45-59 ปี เพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับต่ำ ทักษะ ด้านลบ การได้รับข้อมูลข่าวสารโครงการณรงค์“กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” 1 ครั้ง และการไม่ได้รับ ข้อมูลข่าวสารจากโครงการดังกล่าว มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ประชาชนควรได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงสื่อสุขภาพเพื่อสร้างความตระหนักรู้และป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางอาหารและน้ำและโรคติดต่ออื่นๆ

ติดต่อผู้พิมพ์: นฤมล กิ่งแก้ว

อีเมล: nkingkaew1@gmail.com

Abstract

Knowledge, attitude, and health media accession may affect health behavior. This study aimed to investigate the associations between knowledge, attitude, health media accession, and health behavior toward “eat hot foods, use a serving spoon, and always wash your hands” among people over 18 years of Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. Data were collected between January and March 2020. Four hundred twenty-two samples were recruited by using simple random sampling (SRS). Descriptive statistics; percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and binary logistic regression were used for data analysis. Results found that samples had access to television at 71.80 percent, community broadcast at 67.06 percent, and received information from health care personnel at 51.66 percent respectively. The logistic regression analysis found that age 45–59 years, being female, having low knowledge having a negative attitude, health media accession at one time, and never access to health media had the highest probability of inappropriate behavior toward “eat hot foods, use a serving spoon and wash your hands”. Therefore, to promote health awareness and to prevent food and waterborne infections and other infectious diseases, people should be able to receive health knowledge and access to health media thoroughly.

Correspondence: Naruemol Kingkaew

E-mail: nkingkaew1@gmail.com

คำสำคัญ:

การเข้าถึงสื่อ

พฤติกรรม

กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ

Keywords:

Access health media

Health behavior

Eat hot foods, use a serving spoon and always wash hands

บทนำ

โรคติดต่อทางอาหารและน้ำเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่มีการระบาดเป็นวงกว้างทำให้มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และมีรายงานผู้ป่วยตลอดทั้งปี อาการของโรคติดต่อทางอาหารและน้ำอาจนำไปสู่ภาวะที่รุนแรง เช่น หมดสติ ไตวาย ถึงแก่ชีวิตได้⁽¹⁾ จากสถานการณ์โรคติดต่อทางอาหารและน้ำในประเทศไทย สำนักกระบวนวิทยารายงานสถานการณ์โรคตั้งแต่ พ.ศ.2562 พบผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร 6 โรค สำคัญ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง 575,112 ราย โรคอาหารเป็นพิษ 59,360 ราย โรคบิด 432 ราย อหิวาตกโรค 9 ราย ไข้รากสาดน้อย 560 ราย และไวรัสตับอักเสบเอ 224 ราย ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 697,290 ราย เสียชีวิต 4 ราย พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี รองลงมาคืออายุมากกว่า 65 ปี และอายุ 25–34 ปี ช่วงเดือนที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือเดือนมกราคมของทุกปี จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ จันทบุรี ปราจีนบุรี มหาสารคาม อำนาจเจริญ และสมุทรสงครามตามลำดับ⁽²⁾ จากรายงานสถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า โรคติดต่อทางอาหารและน้ำมักเกิดในพื้นที่ภัยแล้ง และจากการรายงานอัตราป่วยด้วยโรคระบบย่อยอาหารรวมโรคทางเดินอาหารและน้ำของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 28,308.60 ต่อ

ประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2561 เป็น 29,565.32 และ 29,996.31 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2562 และพ.ศ.2563 ตามลำดับ⁽³⁾

โรคติดต่อทางอาหารและน้ำส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ภาวะเศรษฐกิจ และระบบสาธารณสุขของประเทศโดยรวม รัฐบาลได้ตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการให้ความรู้ การป้องกัน และการดูแลด้านสุขภาพ ดังนั้น ในปี พ.ศ.2552 กรมอนามัย จึงได้จัดโครงการณรงค์ “กินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ” ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้ตระหนักถึงพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อจากอาหารและน้ำ ซึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารหรือน้ำดื่มที่มีเชื้อโรคหรือสารพิษปนเปื้อน หรือจากการปนเปื้อนอุจจาระของผู้ป่วยที่มีเชื้อก่อโรค⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่⁽⁴⁾ หรือโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคโควิด-19⁽⁵⁾ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอีกด้วย แนวทางการแก้ปัญหาที่ดีจากการป้องกันโรคทางเดินอาหารและน้ำ ได้แก่ การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ ใช้ช้อนกลางในการตักอาหารเมื่อต้องรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น และล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง การป้องกันโรคทางเดินอาหารและน้ำจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมของตนเอง และการร่วมมือของส่วนรวม จึงจะส่งผลดีได้⁽⁴⁾

ประเทศไทย โครงการรณรงค์กินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือได้ถูกดำเนินการโดยหน่วยงานต่าง ๆ ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น อินเทอร์เน็ต पोสเตอร์ หรือ E-book อย่างต่อเนื่อง และ มีผู้สนใจศึกษาโครงการดังกล่าวเป็นจำนวนมาก⁽⁶⁻⁷⁾ อย่างไรก็ตาม การรณรงค์โครงการผ่านสื่อดังกล่าวอาจยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่ในชนบท และเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีได้ยาก ตามรายงานพบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราป่วยโรคทางเดินอาหารและน้ำเพิ่มขึ้นทุกปี⁽³⁾ ปัจจัยด้านความรู้และการเข้าถึงสื่อที่ครอบคลุมมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะใช้เป็นแนวทางให้ประชาชนสามารถป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำได้ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบทที่การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอาจยังไม่ทั่วถึง อีกทั้งประชาชนส่วนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยี และในพื้นที่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงสื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อโครงการรณรงค์ “กินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ” ดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในประเด็นนี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการเกิดประโยชน์และเป็นแนวทางในการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และลดอัตราป่วยจากโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำที่เกิดขึ้นในพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และ การเข้าถึงสื่อที่มีผลต่อการทำนวยพฤติกรรม “กินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ” ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัสดุและวิธีการศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประชากรที่ใช้ศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 7,443 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยแทนค่าในสูตร

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2} \quad (8)$$

แทนค่า $Z = 1.96$, $P=0.5$ และ $d = 0.05$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P คือ ค่าสัดส่วนที่ต้องการสุ่มจากประชากรทั้งหมด คือ 0.5

Z คือ ค่าความเชื่อมั่นที่กำหนดไว้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

d คือ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ = 0.05

ได้กลุ่มตัวอย่าง 384 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 422 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ.2563

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปี อาศัยอยู่ในตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และ 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่มีโรคระบบทางเดินอาหารในระหว่างเก็บข้อมูล และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เลือกหน่วยตัวอย่างจากตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 11 หมู่บ้าน

คัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน โดย สุ่มตัวอย่างใน 11 หมู่บ้านโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling: SRS) ด้วยการใช้ตารางเลขสุ่มจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ⁽⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1-4 ได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม และส่วนที่ 5 ได้จากการประยุกต์ใช้⁽¹⁰⁾ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่อง “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ชนิดเลือกตอบจำนวน 9 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน แบ่งกลุ่มเป็น 0) ใช้ 1) การแปลความหมายของคะแนนรวมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ ดังนี้ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับดี และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ ส่วนที่ 3 ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติต่อสื่อโครงการฯ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ชนิดเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน แบ่งกลุ่มเป็น 0 ใช้ 1 ไม่ใช่ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม การปฏิบัติตนตามสื่อโครงการฯ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ชนิดเลือกตอบจำนวน 9 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน จำแนกคะแนนกินร้อน, ช้อนกลาง และล้างมือ ด้านละ 3 คะแนน ละมีคะแนนรวมทั้งสิ้นระหว่าง 0-9 คะแนน นำคะแนนทุกข้อของกลุ่มตัวอย่างมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยแล้วจัดระดับพฤติกรรมเป็น ปฏิบัติทุกครั้งก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร มี 6-9 คะแนน และปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/วัน ก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร มี 0-5 คะแนน ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อโครงการฯ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ชนิดเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงสื่อจากการพูดคุย ปกษา ขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การรับชม รับฟัง อ่านข่าวสารจากสื่อมวลชน 3) ป้ายกลางแจ้ง 4) การรับฟังข่าวสาร เข้าร่วมกิจกรรมจากสื่อชุมชน 5) การอ่าน ชม สืบค้น ได้รับข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต และ 6) จำนวนครั้งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารโครงการฯ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ”

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 5 คนที่ได้รับการฝึกอบรมชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 วัน เพื่อชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ตรงกัน ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลโดยแต่ละคนใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 15 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of Item – Objective Congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.75 ขึ้นไปทุกข้อ แบบสอบถามความรู้,ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตน มีค่า K-R21 เท่ากับ 0.80 ขึ้นไปทุกข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเข้าถึงสื่อโครงการฯ มีค่า reliability เท่ากับ 0.80 ขึ้นไปทุกข้อ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ SCPHUB 071/2562

วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) บรรยายคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด วิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ในการเข้าถึงสื่อโดยแยกเป็นประเภทต่างๆ ด้วย Chi-square test วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการเข้าถึงสื่อต่อพฤติกรรมกินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ โดยใช้สถิติ Logistic regression แสดงผลด้วยค่า adjusted odds ratio (aOR), 95% Confidence interval (CI) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย สอง ประเด็นดังนี้ประเด็นแรก ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.90 อายุเฉลี่ย 40.30 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.0 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.20 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.47 มีค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 6,000 บาท และค่ามัธยฐานรายได้รวมของครอบครัวเดือนละ 10,000 บาท รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 422)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
18-34	163	30.60
35-44	87	20.60
45-59	123	29.10
60 ปีขึ้นไป	49	11.60
ค่าเฉลี่ย = 40.30 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.35, อายุน้อยสุด 18 ปี อายุมากที่สุด 69 ปี		
เพศ		
ชาย	165	39.10
หญิง	257	60.90
สถานภาพ		
โสด	133	31.52
สมรส	249	59.00
หย่า	17	4.03
หม้าย	23	5.45

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 422) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	149	35.31
มัธยมศึกษา	157	37.20
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	116	27.49
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	65	15.40
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	213	50.47
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	79	18.72
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	44	10.43
ว่างงาน	21	4.98
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
≤6,000 บาท	242	53.35
6,001 บาทขึ้นไป	180	42.65
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,000 บาท รายได้ต่อเดือนน้อยสุด=4,000 บาท รายได้ต่อเดือนสูงสุด 9,000 บาท		
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
≤10,000 บาท	230	54.50
10,001 บาทขึ้นไป	192	45.50
รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท รายได้รวมต่อเดือนน้อยสุด 5,200 บาท รายได้รวมต่อเดือนสูงสุดสุด 20,000 บาท		

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.21 มีความรู้เรื่องกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป มีทัศนคติด้านบวกต่อโครงการกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ร้อยละ 46.92 พฤติกรรมการใช้ช้อนกลางทุกครั้ง ร้อยละ 47.87 ล้างมือทุกครั้งก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 45.02 และกินร้อนทุกครั้ง ร้อยละ 41.17 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือของกลุ่มตัวอย่าง (n = 422)

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
มีความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	233	55.21
มีความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 80)	189	44.79
ทัศนคติ		
ด้านบวก	198	46.92
ด้านลบ	224	53.08
พฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือโดยรวม		
ปฏิบัติทุกครั้ง	246	58.29
ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/วัน	176	41.71
พฤติกรรมการกินร้อน		
ปฏิบัติทุกครั้ง	175	41.47
ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/วัน	247	58.53

ตารางที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือของกลุ่มตัวอย่าง (n = 422)(ต่อ)

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการใช้ช้อนกลาง		
ปฏิบัติทุกครั้ง	202	47.87
ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/วัน	220	52.13
พฤติกรรมการล้างมือ		
ปฏิบัติทุกครั้งก่อน/หลังรับประทานอาหาร	190	45.02
ปฏิบัติ 1-2 ครั้งก่อน/หลังรับประทานอาหาร	232	54.98

การเข้าถึงสื่อโครงการฯ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” สูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การรับชมรับฟัง รายการโทรทัศน์ การรับฟังข่าวสารจากหอกระจายข่าว และการพูดคุยปรึกษาหารือขอคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์ ผู้เข้าศึกษาได้รับข้อมูลข่าวสารโครงการฯ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” พบว่า มากกว่าครึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่า 1 ครั้ง นอกจากนี้พบว่า คำแนะนำจากสื่อบุคคล สื่อมวลชน ป้าย/เอกสาร/เจ้าหน้าที่ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ตและความถี่ได้สื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม กิน ร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และ 0.001 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสื่อประเภทต่างๆ กับพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือของ กลุ่มตัวอย่าง (n = 422)

	พฤติกรรม		χ^2	sig
	ทุกครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/วัน จำนวน (ร้อยละ)		
คำแนะนำจากบุคคล			38.94	<0.001
บุคลากรทางการแพทย์	154 (70.64)	64 (29.36)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	84 (46.41)	97 (53.59)		
เพื่อน/คนในครอบครัว และผู้นำชุมชน	8 (21.05)	15 (78.05)		
ข่าวสารจากสื่อมวลชน			33.39	<0.001
ไม่ได้รับชม	6 (33.30)	12 (66.70)		
โทรทัศน์	199 (65.68)	104 (34.32)		
วิทยุ	21 (43.75)	27 (56.25)		
หนังสือพิมพ์	17 (32.08)	36 (67.92)		
ป้าย/เอกสาร/เจ้าหน้าที่			57.02	<0.001
ไม่ได้รับข้อมูล	9 (50.00)	9 (50.00)		
ป้ายไวนิล/โปสเตอร์	137 (75.69)	44 (23.31)		
แผ่นพับ/หนังสือคู่มือ	27 (41.54)	38 (58.46)		

บรรยายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	73 (46.20)	85 (53.80)
----------------------------	------------	------------

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสื่อประเภทต่างๆ และความถี่การได้รับ กับพฤติกรรมกินร้อน ซ้อนกลาง ล้างมือของ กลุ่มตัวอย่าง(n = 422)(ต่อ)

	พฤติกรรม		χ^2	sig
	ทุกครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/วัน จำนวน (ร้อยละ)		
การรับฟังข่าวสารจากสื่อชุมชน			13.41	0.009
ไม่ได้รับฟัง	9 (50.00)	9 (50.00)		
หอกระจายข่าว	180(63.60)	103 (36.40)		
การประชุมของหมู่บ้าน	34 (52.31)	31 (47.69)		
กิจกรรมในชุมชน	23 (41.07)	33 (58.93)		
การอ่าน ชม สืบค้น จากอินเทอร์เน็ต			44.20	<0.001
ไม่ได้สืบค้น	9 (50.00)	9 (50.00)		
หนังสือพิมพ์	110(67.90)	52 (32.10)		
เว็บไซต์สุขภาพ	12 (26.67)	33 (73.33)		
เว็บไซต์หน่วยงานสาธารณสุข	25 (43.10)	33 (56.90)		
การค้นข้อมูลจากYouTube, Instagram, Line, Facebook	78 (56.10)	61 (43.90)		
จำนวนครั้งที่ได้รับข่าวสารโครงการฯ “กินร้อน ซ้อนกลาง ล้างมือ”			18.28	<0.001
ไม่ได้รับ	45 (43.27)	59 (56.73)		
ได้รับข้อมูล 1 ครั้ง	37 (55.22)	30 (44.78)		
ได้รับข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง	164 (65.34)	87 (34.66)		

p<0.01, *p<0.001

นำเสนอประเด็นที่สอง นำเสนอผลการวิเคราะห์ปัจจัยระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติ และการเข้าถึงสื่อที่มีผลต่อการทำนายพฤติกรรม “กินร้อน ซ้อนกลาง ล้างมือ” ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยสถิติ Logistic regression พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม กินร้อน ซ้อนกลาง ล้างมือ เพียงบางครั้ง ได้แก่ กลุ่มอายุ 45-59 ปี มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกินร้อนฯ มากกว่า กลุ่มอายุ 18-34 ปี 2.74 เท่า (adjusted odds ratio [aOR]=2.74; 95%CI=1.10-6.86) เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกินร้อนฯมากกว่าเพศชาย 1.84 เท่า (aOR=1.84; 95%CI=1.41-2.97) ผู้ที่มีคะแนนความรู้ระดับต่ำมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกินร้อนฯมากกว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้ระดับดี 3.44 เท่า (aOR=3.44; 95%CI=2.40-5.81) ผู้ที่มีทัศนคติด้านลบมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการกินร้อน 4.55 เท่า (aOR=4.55; 95%CI=2.78-7.44) การได้รับข้อมูล

ข่าวสารโครงการรณรงค์ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” 1 ครั้ง (aOR=2.03; 95%CI=1.03–4.01) และการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโครงการรณรงค์ดังกล่าว (aOR=1.79; 95%CI=1.01–3.20) มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกินร้อนๆ 2.03 และ 1.79 เท่าตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ วิเคราะห์หาค่าตัวแปรโดย Logistic regression (n = 422)

ตัวแปร	Adjusted OR	95%CI.		P-value
		Upper	Lower	
อายุ (reference: 18-34 ปี)				
35-44 ปี	2.06	4.88	0.87	0.10
45-59 ปี	2.74*	6.86	1.10	0.03
60 ปีขึ้นไป	1.69	5.42	0.52	0.38
เพศ (reference: ชาย)				
หญิง	1.84*	2.97	1.14	0.01
สถานภาพ (reference: โสด)				
สมรส	0.47	1.06	0.21	0.07
หย่าร้าง	0.67	2.58	0.17	0.56
หม้าย	0.71	2.53	0.20	0.60
การศึกษา (reference: ประถมศึกษา)				
มัธยมศึกษา	0.86	1.71	0.43	0.67
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.20	3.00	0.48	0.70
อาชีพ (reference: นักเรียน/นักศึกษา)				
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	0.86	2.31	0.32	0.76
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1.06	3.12	0.36	0.92
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.39	5.67	0.34	0.64
ว่างงาน	1.41	5.78	0.35	0.63
รายได้ต่อเดือน (reference: ≤6,000 บาท)				
6,001 บาทขึ้นไป	0.86	1.66	0.44	0.65
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (reference: ≤10,000 บาท)				
10,001 บาทขึ้นไป	1.33	3.38	0.53	0.54

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ วิเคราะห์หาค่าตัวแปรโดย Logistic regression (n = 422)

ตัวแปร	Adjusted OR	95 %CI.		P-value
		Upper	Lower	

ความรู้ (reference: ร้อยละ 80 ขึ้นไป)				
ต่ำกว่าร้อยละ 80	3.44***	5.81	2.04	<0.001
ทัศนคติ (reference: ด้านบวก)				
ด้านลบ	4.55***	7.44	2.78	<0.001
จำนวนครั้งที่ได้รับข้อมูลโครงการฯ “กินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ” (reference: >1 ครั้ง)				
1 ครั้ง	2.03*	4.01	1.03	0.04
ไม่ได้รับ	1.79*	3.20	1.01	0.04
chi-squared= 134.91 D.F.= 16				

*Significant at the 0.05 level, ***Significant at the 0.001 level

วิจารณ์

การศึกษานี้สรุปได้ว่า อายุ เพศ ความรู้ ทัศนคติ และการเข้าถึงสื่อมีผลต่อพฤติกรรม “กินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ” โดยพบว่า จากการประเมินความรู้เรื่องพฤติกรรมกินร้อนของผู้ที่มีคะแนนความรู้ในระดับต่ำ คือได้คะแนนจากการตอบแบบสอบถามน้อยกว่าร้อยละ 80.0 และมีทัศนคติเชิงลบทางด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล เช่น การชอบรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การไม่ชอบอุ่นอาหารก่อนรับประทาน และการขาดความใส่ใจเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค มีแนวโน้มกินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือเพียงบางครั้ง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจจะส่งผลทำให้ผู้ร่วมศึกษาเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากโรคทางอาหารและน้ำ และโรคติดเชื้ออื่นๆได้ การศึกษานี้ยังพบข้อมูลสาระสำคัญว่าผู้เข้าศึกษาที่ไม่เคยเข้าถึงสื่อโครงการณรงค์ “กินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ” เลย หรือ เข้าถึงสื่อโครงการฯเพียง 1 ครั้ง มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมกินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือมากกว่าคนที่เข้าถึงสื่อหลายๆครั้งถึง 1.79 และ 2.03 เท่าตามลำดับ

อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมืออย่างมีนัยสำคัญโดยกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 45-59 ปี มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกินร้อนมากกว่ากลุ่มอายุ 18-34 ปี 2.74 เท่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของมณฑลนาหวัด⁽¹²⁾ ว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงบวกในการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล การศึกษานี้ยังพบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกินร้อนมากกว่าเพศชายถึง 1.84 เท่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเยวภา ตี้อัสสุวรรณ⁽¹³⁾ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักศึกษาเพศชายและหญิงของนิสิตมหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ไม่แตกต่างกันทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม พฤติกรรมการไม่บริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารหรือปรุงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จากการประเมินให้คะแนนความรู้เรื่องการกินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ ผู้ที่มีความรู้ระดับดีสามารถหาความรู้ได้หลายช่องทาง ทั้งจากบุคคล และสื่อต่างๆ เช่น รายการโทรทัศน์ หอกระจายข่าว และอินเทอร์เน็ตซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าศึกษามีพฤติกรรมไปในทางบวกซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรีนและครูเตอร์⁽¹⁴⁾ ว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำ (Predisposing factor) ที่สำคัญกับการเกิดพฤติกรรม และการที่ผู้เข้าศึกษามีความรู้ในเรื่องการกินร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือก็จะสามารถนำ

ความรู้ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ให้เกิดพฤติกรรมที่ดีแก่ตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹²⁾ว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีความรู้ยังเป็นการเสริมแรงให้เกิดทัศนคติด้านดีตามมาอีกด้วย อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาพบว่า นักศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีความรู้ในระดับดี ยังมีปัญหาในเรื่องของการเลือกอาหารในการบริโภค และยังรับประทานอาหารได้ไม่ครบ 5 หมู่⁽¹⁵⁾ ผู้เข้าศึกษาร้อยละ 58.29 มีพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือทุกครั้งที่มีการรับประทานอาหารซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lapinski และคณะ⁽¹⁶⁾ ว่า นักศึกษาชายในสหรัฐอเมริกามีการล้างมือก่อนเตรียมอาหารถึงร้อยละ 68.40 อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการใช้ช้อนกลางยังเป็นพฤติกรรมเชิงสังคมที่ผู้เข้าศึกษาบางส่วนรู้สึกว่าการใช้ช้อนกลางร่วมกันแสดงถึงพฤติกรรมแปลกแยก (Alienation) โดยเฉพาะการใช้ช้อนกลางระหว่างสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยนี้อาจไปลดทอนความไว้วางใจและการแสดงท่าทีรักเกียจกัน

ดังนั้น ปัจจัยด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอต่อการส่งเสริม หรือรณรงค์ให้ประชาชนใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร หากแต่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อทางสังคมก่อนเป็นอันดับแรก ก่อนที่จะมีพฤติกรรมทางด้านปัจเจกบุคคล เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักและทำความเข้าใจร่วมกันในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมถ้าหากมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีโอกาสเสี่ยง หรือสัมผัสกับโรคทางอาหารและน้ำสะอาดสำคัญจากการศึกษานี้ พบว่า การเข้าถึงสื่อเป็นจำนวนหลายครั้งส่งผลให้ผู้เข้าศึกษามีพฤติกรรมด้านบวกต่อการกินร้อน ใช้ช้อนกลาง และล้างมือก่อนหรือหลังรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เข้าถึงสื่อกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือเพียง 1 ครั้ง หรือไม่เคยเข้าถึงสื่อเลย การที่ผู้เข้าศึกษามีโอกาสเข้าถึงสื่อที่หลากหลายประเภท การรับชมรับฟังข่าวสารจากรายการโทรทัศน์ยังคงได้รับความนิยมสูงสุดเนื่องจากอาจเป็นสื่อที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของครอบครัวไทยส่วนใหญ่ สื่อที่ได้รับความนิยมอันดับรองลงมาได้แก่ การรับฟังข่าวสารจากหอกระจายข่าว ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 อ้างถึงในพันธวิทย์⁽¹⁷⁾ ที่กำหนดให้หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นจะต้องมีการประชาสัมพันธ์แจ้งข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลโดยตรงและเป็นประโยชน์แก่ประชาชนหลากหลายช่องทาง และการสื่อสารที่ต้นนั้นจะเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน โดยประชาชนจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันเวลา และมีการเตรียมพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ตลอดจนได้รับความเท่าเทียมในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์และสวัสดิการจากภาครัฐ เป็นต้น ปัจจัยด้านสื่อที่สำคัญรองลงมาที่ส่งผลต่อจากพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ คือการพูดคุยปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การสื่อสารดังกล่าว เป็นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและยังคงได้รับความนิยมอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารผ่านบุคคลที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพสามารถสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้ผู้เข้าศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม นอกจากนี้ การสื่อสารแบบสองทางระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มตัวอย่างยังเพิ่มโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่เข้าใจได้อีกด้วย บุคลากรทางการแพทย์ควรมีแนวทางให้สุศึกษาด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพไปในทางที่ดี ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินร้อน ช้อนกลาง และล้างมือให้ดีขึ้น และในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการทำ

วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) หรือการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) เพื่อประเมินคุณภาพการเข้าถึงสื่อและเผยแพร่ข้อมูลให้ประชาชนได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสื่อโครงการก๊นร้อน ช้อนกลาง ล้างมืออย่างทั่วถึง สร้างความตระหนักรู้ และเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนหันมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคทางเดินอาหารและน้ำได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองศรีโคกที่สนับสนุนการศึกษาและการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ. อาหารเป็นพิษ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=10.
2. กรมควบคุมโรคติดต่อ. การสื่อสารความเสี่ยง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=15474&deptcode=brc>.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานผู้ป่วยนอก จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.phoubon.in.th/html/data.html>.
4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือก๊นร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ. กระทรวงสาธารณสุข 2552;1:1-6
5. World Health Organization. Country & Technical Guidance – Coronavirus disease (COVID-19). [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 22]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/publications?publicationtypes=01bc799c-b461-4a52-8c7d-294c84cd7b2d2020>.
6. มลีนี สมภพเจริญ, และนิรันดา ไชยพาน. การเปิดรับสื่อต่างๆและข้อความสาระสำคัญ “ก๊นร้อน ช้อนกลางล้างมือ”กับการปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อจากอาหารและน้ำ.วารสารนิเทศศาสตร์ 2336;3(3):81-93.
7. Senkham K, Hongsrangon P, Havanond P. Knowledge attitude and practice towards the campaign “Eat hot foods use serving spoon and always wash your hands” among food consumers in Chulalongkorn University’s canteen Bangkok. J Health Res 2014;29:145-51.
8. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 11th ed. Wiley: Singapore; 2018. 720 p.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างและการประมาณค่า [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/Toneminute/files/55/A3-16.pdf>.

10. ปภัสรา คนหาญ. ผลการประเมินการเข้าถึงและความเข้าใจสื่อสุขภาพของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี[สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต]. อุบลราชธานี: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี; 2562.
11. Bloom, B.S. Taxonomy of Education. David McKay Company., New York; 1975. 117 p.
12. มั่นทนาวดี เมธาพัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560;25(3):20-29.
13. เยาวภา ดีอัสสุวรรณ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตมหาวิทยาลัยราชพฤกษ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กัน.วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2563;1:113-125.
14. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and environmental approach. California: Mayfield Publishing; 1999.
15. วรียา บุญรินทร์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัด อุบลราชธานี[วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2554.
16. Lapinski MK, Maloney EK, Braz M, Shulman HC. Testing the effects of social norms and behavior privacy on hand washing: A field experiment. Hum Commun Res. 2013;39:21-46.
17. พันธิวิทย์ เลิศดี. ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลลาดหลุมแก้ว ปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : http://www.mpm.ru.ac.th/Documents/Article_MPM18/5.pdf.