กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

Journal of Disease Prevention and Control : DPC. 2 Phitsanulok

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 Volume 7 No. 2 (May - August 2020)

ISSN 2287-0385 E - ISSN 2672-975X

การสอบสวนกรณีการเสียชีวิตจากการขาดอากาศในที่อับอากาศโรงงานผลิตยางสกริมเครพ ต.พังลา อ.สะเดา จ.สงขลา
13-16 สิงหาคม 2562
หทัยทิพย์ จุทอง, สวรรยา จันทูตานนท์, สุณัฐฐา ผอมนุ้ย, จิราวรรณ บัวเชย, ฟิตริยิ๊ะ สาและ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย
ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว พ.บ.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกรณีศึกษา : อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา
สุขณิษา อินแก้ว ท.บ.

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์
สุเทพ วรรณา, กุลจิรา แซมสีม่วง, ทอรุ่ง เบ้าทองคำ, นงลักษณ์ เจริญไพบูลย์ลาภ

รูปแบบการบริหารจัดการงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์
ดิลก อ่อนลา

full paper

https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/index

เลขที่ 306 ถ.พิษณุโลก-วัดโบสถ์ หมู่ 5 ต.หัวรอ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000 โทร. 0-5521-4615-7

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค
2. เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลางการจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป
3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข

เจ้าของวารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

The Office of Disease Prevention and Control Region 2

ที่ปรึกษา

1.นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย

2.ดร.นพ.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

บรรณาธิการ

ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. น.พ.นศรายุธ อุตตมางคพงศ์ผู้อำนวยการฯ
2. นางสาวพรสุรางค์ ราชภักดี รองผู้อำนวยการฯ
3. นางวรรณา วิจิตร
4. ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น
5. พญ.มนัสวินีร์ ภูมิวัฒน์

กำหนดออกเผยแพร่ 3 ฉบับ

เดือนมกราคม – เมษายน

เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม

เดือนกันยายน – ธันวาคม

พิมพ์ที่

หจก. พิษณุโลกเปเปอร์แอนด์ซัพพลาย

1/20 ถ.บรมไตรโลกนารถ ต.ในเมือง

อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000

โทรศัพท์ : 055-225037,086-4284710

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. ศ.นพ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย	มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมของมนุษย์
2. ผศ.ดร.มณฑา เก่งพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.นวรัตน์ สุวรรณผ่อง	มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ.ธนิษฐา สมัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ศ.ดร.อะเคื้อ อุณหเลขกะ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. รศ.ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7. ผศ.(พิเศษ)ดร.นพ.ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
8. ผศ.ดร.บุญเรือง คำศรี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
9. รศ.ดร. นงนุช โอบะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
10. รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
11.ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
12. ดร.ธนัช กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
13. ผศ.ดร.จรูญ สารินทร์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
14. ดร.จักรพันธ์ เพชรภูมิ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
15. ผศ.ดร.เชษฐา งามจรัส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
16. ผศ.ดร.สมตระกูล ราศีริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
17.รศ.ดร.ธวัช บุณยมณี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
18. ดร.พนารัตน์ เจนจบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
19.ดร.อัศนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
20. นพ.วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์	นักวิชาการอิสระ
21. พอ.นพ.ทวีศักดิ์ นพเกสร	นักวิชาการอิสระ

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 7 บทความทางวิชาการต่างๆที่มีคุณค่าของหลายๆท่านที่ได้รับการทบทวน ตีพิมพ์และเผยแพร่ ถือเป็นส่วนสำคัญของวารสาร กองบรรณาธิการยินดีรับผลงานวิชาการของทุกท่านเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

วารสารฉบับนี้ประกอบด้วย บทความวิจัย 5 บทความ ได้แก่ 1) การสอบสวนกรณีการเสียชีวิตจากการขาดอากาศในที่อับอากาศโรงงานผลิตยางสกริมเครพ ต.พังลา อ.สะเดา จ.สงขลา 13-16 สิงหาคม 2562 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย 3) ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา 4) ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ 5)รูปแบบการบริหารจัดการงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยที่ปรากฏในวารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน ในการเสริมสร้างความรู้ และ ความเข้าใจ ตลอดจนได้ข้อค้นพบทางวิชาการใหม่ ๆ อำนวยประโยชน์ต่อท่านในการต่อยอดองค์ความรู้ โดยการดำเนินงานวิจัยสืบเนื่องของท่าน ต่อไป

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

บทความ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
การสอบสวนกรณีการเสียชีวิตจากการขาดอากาศในที่อับอากาศ โรงงานผลิตยางสกริมเครพ ต.พังลา อ.สะเดา จ.สงขลา 13-16 สิงหาคม 2562 = Investigation of cases death from fermented Biogas at skim crepe rubber factory, Phangla subdistrict, Sadoa district, Songkhla on August 13-16, 2019	หทัยทิพย์ จุทอง, ส.บ. ร.ป.ม. สวรรยา จันทูตานนท์, วท.ม. สุณัฐฐา ผอมนุ้ย, วท.บ. จิราวรรณ บัวเชย, วท.บ. ฟิตริย๊ะ สาและ, วท.บ.	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย = Factors associated with practicing of elderly health promoting among health personal at Sub-district Health Promoting Hospital, Sukhothai Province	ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว พ.บ.	14
ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา = The effectiveness of oral health care program among the elderly Case study: Namom District, Songkhla Province	สุขณิษา อินแก้ว ท.บ.	28
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ = Effect of Caregivers Participation Program in Taking Medication Chronically to Control the Behaviors of Taking Medication Chronically Among Older Adults in Phetchabun Province	สุเทพ วรรณา, ส.ม. กุลจิรา แซมสีม่วง, ส.ม. ทอรุ่ง เบ้าทองคำ, ภ.บ. นงลักษณ์ เจริญไพบูลย์ลาภ, พย.บ.	40
รูปแบบการบริหารจัดการงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ = The Management Model of the Elderly Long-term Health Care in Mueang District, Phetchabun Province.	ดิลก อ่อนลา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม (ศศ.ม.)	54
คำแนะนำสำหรับเตรียมบทความต้นฉบับ		68

การสอบสวนกรณีการเสียชีวิตจากการขาดอากาศในที่อับอากาศ โรงงานผลิตยางสกริมเครพ ต.พังลา อ.สะเดา จ.สงขลา 13-16 สิงหาคม 2562

หทัยทิพย์ จุทอง, ส.บ. ร.ป.ม.
สวรรยา จันทูตานนท์, วท.ม.
สุณัฐฐา ผอมนุ้ย, วท.บ.
จิราวรรณ บัวเชย, วท.บ.
ฟิตริย๊ะ สาและ, วท.บ.
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และหามาตรการควบคุมป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากที่อับอากาศ โดยศึกษาข้อมูลการตาย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวัดปริมาณก๊าซ สัมภาษณ์ผู้เห็นเหตุการณ์ สำรวจสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษา สถานที่เกิดเหตุโรงงานผลิตยางสกริมเครพ ผู้ประสบเหตุ 5 คน เสียชีวิต 4 คน ได้รับบาดเจ็บ 1 คน เกิดจากการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย ขนาดกว้าง 1.5 เมตร X ยาว 1.5 เมตร X ลึก 1.9 เมตร ผลการตรวจวัดก๊าซ ที่ความลึก 30 เซนติเมตร จากปากบ่อที่เกิดเหตุ พบว่ามีก๊าซออกซิเจน 21 % อยู่ในเกณฑ์ปกติ และก๊าซ Hydrogen sulfide (H2S) เฉลี่ย 18 ppm. ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ ในขณะที่ตรวจไม่พบก๊าซมลพิษอื่นได้แก่ Carbon monoxide, Nitrogen dioxide และ NOx สำหรับขั้นตอนในการผลิตยางสกริมเครพใช้กรดซัลฟุริก H2SO4 เพื่อให้น้ำยางจับตัว สรุปได้ว่าสาเหตุของการเสียชีวิตอาจเนื่องจากก๊าซที่เกิดจากน้ำเสียจากบ่อหมักชีวภาพที่มีก๊าซมีเทน ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์ และก๊าซไฮโดรเจนเป็นส่วนประกอบ ผลกระทบไฮโดรเจนซัลไฟด์ 1000 – 2000 ppm. ทำให้หมดสติทันทีหยุดการหายใจและเสียชีวิตทันที ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ 5,000 ppm. อาจทำให้เสียชีวิตภายในไม่กี่นาที ซึ่งควรมีการให้ความรู้สถานประกอบการ ผู้ปฏิบัติงาน ทีมกู้ชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง กับบ่อหมักก๊าซชีวภาพ มีการกำหนดข้อปฏิบัติการทำงานไม่ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไปบริเวณบ่อหมัก

คำสำคัญ การเสียชีวิต,ก๊าซชีวภาพ,บ่อหมัก

Investigation of cases death from fermented Biogas at skim crepe rubber factory, Phangla subdistrict, Sadoa district, Songkhla on August 13-16, 2019

Hataitip Juthong, B.P.H., M.P.A.

Sawanya Chantutanon, M.Sc.

Sunatta. Pomnuy, B.P.H

Jirawan Buachoei, B.P.H

Fitreeyah Salaeh, B.P.H

Office of Disease Prevention and Control Region 12 Songkhla

Abstract

The objective of this study was to describe the epidemiology and find measures to prevent injury and death from confined space work. Data were collected using interview data such as death, injury data, gas measurement results and survey environment. The results showed that five persons were affected at the skim crepe rubber factory. Four persons died, and one person was injured. Caused by the construction of a waste water treatment system with a size of 1.5 m x 1.5 m x 1.9 m (wide x length x depth). Gas measurement result at a depth of 30 centimeters from the top of wastewater treatment pond. The results revealed that the gas contained 21% oxygen (within the normal range) and 18 ppm hydrogen sulfide gas (H2 S) (the content was higher than the standard). Toxic gases such as carbon monoxide, nitrogen dioxide and Nox were not detected. Moreover, Sulfuric acid (H2 SO4) was used for coagulating latex. In conclusion, the cause of death may be due to methane, carbon dioxide, hydrogen sulfide and hydrogen gas from wastewater treatment pond. Unconsciousness or death could result within minutes following exposure of 1000 - 2000 ppm hydrogen sulfide or 5,000 ppm carbon dioxide. Proceeded with the establishment Worker Rescuers and persons involved That has a biogas digester, knowledge, and working procedures. Do not allow It was recommended that people to go to the fermentation area.

Keywords: Death, Biogas, pond

บทนำ

ก๊าซชีวภาพ (Biogas) หมายถึง ก๊าซที่เกิดขึ้นจากกระบวนการย่อยสลายสารอินทรีย์ในสภาวะไม่ใช้อากาศด้วยแบคทีเรีย 2 กลุ่ม คือ แบคทีเรียกลุ่มผลิตกรด (Acid forming bacteria) และแบคทีเรียกลุ่มผลิตมีเทน (Methane producing bacteria) ก๊าซชีวภาพประกอบไปด้วยก๊าซหลายชนิด ส่วนใหญ่เป็นก๊าซมีเทน ประมาณ 50-70% และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ประมาณ 20-50% ส่วนที่เหลือเป็นก๊าซอื่น ๆ เช่น ไฮโดรเจนซัลไฟด์ แอมโมเนีย (NH_3) และไอน้ำ (H_2O) นอกจากนี้ ยังมีสิ่งปนเปื้อนอื่น ๆ เช่น ไซลอกเซน (Siloxane) โฟม คราบ (Scum) เมือกและตะกอนเป็นต้น บางครั้งอาจพบปริมาณก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์ (H_2S) สูง 1% (10,000 part per million (ppm)) ในกรณีที่น้ำเสียนั้นมีองค์ประกอบของสารซัลเฟต (SO_2) สูง[1]

วันที่ 12 สิงหาคม 2562 กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ได้รับรายงานทางไลน์เจ้าหน้าที่กลุ่มระบาดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาว่ามีผู้เสียชีวิตและผู้ได้รับบาดเจ็บบริเวณบ่อพักน้ำเสียจากบ่อหมักก๊าซชีวภาพ จำนวน 4 ราย เสียชีวิต 3 ราย บาดเจ็บสาหัส 1 ราย ตำบลพังลา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลาถูกนำส่งโรงพยาบาลต่าง ๆในจังหวัดสงขลา จำนวน 4 แห่ง เมื่อวันที่14 - 16 สิงหาคม 2562 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา สำนักงานสารณสุขจังหวัดสงขลา ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา กองระบาดวิทยา กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ดำเนินการสอบสวนเพื่อยืนยันและหาสาเหตุการเสียชีวิตจากก๊าซพิษและหาแนวทางป้องกันการเกิดเหตุลักษณะเดียวกันที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการสอบสวนโรค

1. เพื่อหาสาเหตุของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ

2. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ

3. เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมในการวางแผนควบคุมและป้องกันการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ

วิธีการศึกษา

มีขั้นตอนการดำเนินการ โดยการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมดังนี้

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนและศึกษาข้อมูลการเสียชีวิตตามลักษณะดังกล่าวว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ด้วยสาเหตุอะไรบ้าง หรือเคยเกิดที่ไหนบ้าง

2. ศึกษาข้อมูลการเสียชีวิตจากแฟ้มประวัติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสะเดาและโรงพยาบาลปาดังเบซาร์

3. สัมภาษณ์ทีมกู้ชีพองค์การบริหารตำบลเขามีเกียรติ เทศบาลตำบลคลองแงะ และ มูลนิธิพะตงเทิดธรรม จำนวน 10 คน

4. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตโดยการสัมภาษณ์บุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์

การศึกษาสิ่งแวดล้อม ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปและสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อมและขั้นตอนการทำงานของสถานประกอบการที่เกิดเหตุ

2. ตรวจหาระดับก๊าซพิษที่สงสัยในที่เกิดเหตุ

ผลการสอบสวน

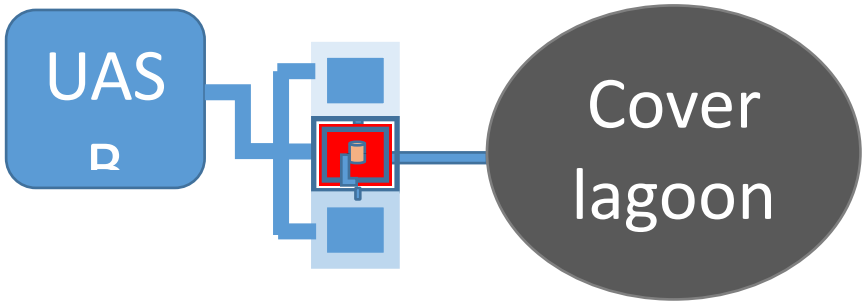
1.ข้อมูลทั่วไป

ที่เกิดเหตุเป็นสถานประกอบการผลิตยางสกิมเครพ ตั้งอยู่ในตำบลพังลา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ผลิตยางสกิมเครพ มีผู้ปฏิบัติงานจำนวน 200 คน มีบ่อน้ำเสียจำนวน 21 บ่อ และมีบ่อหมักก๊าซชีวภาพขนาดใหญ่ จำนวน1 บ่อ อยู่ระหว่างดำเนินการผลิตก๊าซชีวภาพเพื่อนำไปผลิตกระแสไฟฟ้าใช้ในสถานประกอบการ ขั้นตอนการผลิตยางสกิมเครพ ประกอบด้วย นำหางน้ำยางมาผสมกับกรดซัลฟุริก เพื่อทำให้น้ำยางจับกันเป็นก้อน จากนั้นครัซเซอร์เพื่อตัดก้อนยางที่จับตัวได้ แล้วไปยังบ่อหรือรางน้ำสะอาดเพื่อพักน้ำยางและล้างกรด แล้วไปยังแผนกมาซิเรเดอร์เพื่อรีดให้เป็นแผ่นพรุน และไปยังแผนกเครพเปอร์ 1 ครั้ง เพื่อรีดให้เป็นแผ่นพรุนและบางยิ่งขึ้น เข้าเตาอบได้ยางสกิมเครพ[2]

สถานที่เกิดเหตุ

เหตุการณ์ครั้งนี้เกิดขึ้นในสถานประกอบการแห่งหนึ่งซึ่งเป็นโรงงานผลิตยางสกิมเครพส่งออก ได้จ้างเหมาบริษัทสิ่งแวดล้อมภาคใต้ให้ออกแบบและควบคุมการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย โดยผู้รับเหมาช่วงมารับงานสร้างบ่อพักน้ำเสียขนาดกว้าง 1.5 เมตร X ยาว 1.5 เมตร X ลึก 1.9 เมตร จำนวน 3บ่อ เริ่มต้นในวันที่ 31 กรกฎาคม2562 มีคนงานจำนวน 6 คน ก่อนเข้าทำงานในพื้นที่ได้เข้ารับการอบรมความปลอดภัยของโรงงาน 1 ชั่วโมง ก่อสร้างแล้วเสร็จภายใน 8 วัน โดยมีเจ้าของบริษัทที่ปรึกษาด้านสิ่งแวดล้อมของโรงงานเป็นผู้ควบคุม เมื่อตรวจรับพบว่าบ่อมีรอยร้าวจึงแจ้งให้กลับมาแก้ไข ในวันที่ 12 สิงหาคม 2562 เวลา13.00 น. (วันเกิดเหตุ) ผู้ควบคุมได้ให้คนงานรับเหมา 2 คน ลงไปใส่ข้อต่อท่อน้ำในบ่อพักที่ 2 เพื่อชะลอการไหลของน้ำเสียจากบ่อคลุม (Covered Lagoon) สำหรับแก้ไขงานปูนบ่อพักที่3 ที่ทรุดตัว จากนั้นคนงานอีก 2 คนซึ่งเดินทางมาถึงที่เกิดเหตุที่หลัง พบคนงานและผู้ควบคุมนั่งหมดสติพิงผนังอยู่ในบ่อทั้ง 3 คน คนงาน 1 คนซึ่งมาที่หลังจึงได้ลงไปช่วยและหมดสติในบ่อ รวมเป็น 4 คน คนงานอีกคนจึงได้รีบแจ้งโรงงานทันที เวลา 13.15น. เจ้าหน้าที่ของโรงงานได้ประสานแจ้งหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลเขามีเกียรติ ในขณะที่พนักงานโรงงานได้ช่วยกันเกี่ยวตัวคนงานหมดสติด้วยตะขอเหล็กขึ้นจากบ่อ 2 คน เวลา 13.28 น. ทีมกู้ชีพได้เดินทางมาถึงที่เกิดเหตุและช่วยเหลือคนงานหมดสติที่เหลืออีก 2 คน โดยมีคนงานรับเหมาช่วง 1 คนอาสาลงไปช่วยและหมดสติ กู้ชีพได้ให้การปฐมพยาบาลจนรู้สึกตัวดีและกลับบ้านได้ ผู้ประสบเหตุทั้ง 4รายได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพและถูกส่งต่อโรงพยาบาลต่าง ๆ

แผนที่จุดเกิดเหตุ



2. ข้อมูลผู้เสียชีวิต

จำนวนผู้เสียชีวิตมี 4 คนเป็นเพศชายทั้งหมด อายุ 43 ปี อายุ 30 ปี อายุ 45 ปีและอายุ 37 ปี เป็นพนักงานก่อสร้างบ่อพักน้ำเสีย

ผลการรักษาและชันสูตรพลิกศพของแพทย์ ชายไทยคนที่ 1 อายุ 43 ปี นอนอยู่บนพื้นไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ มีกลิ่นสารเคมีทั่วตัวจึงช่วยฟื้นคืนชีพเวลา 13.50 น.และนำส่งโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่นำส่งได้ช่วยฟื้นคืนชีพตลอด คลำชีพจรไม่ได้ มาถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเวลา 14.38 น. แรกรับผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจเอง ไม่ขยับ ฟังปอดได้ข้างซ้ายเบากว่าข้างขวาคลำชีพจรไม่ได้ ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่มีเลือดในปากและจมูก ปอดข้างขวาไม่มีเลือด และลม ส่วนปอดข้างซ้ายมีเลือด 10 ซีซี ระดับความรู้สึกตัว E1V1M1 pupils 4 mm fixed ทั้งสองข้าง การรักษ ช่วยฟื้นคืนชีพ 26 นาที คลำชีพจรไม่ได้ แพทย์วินิจฉัย Hemothorax hypoxia, toxin eg H_2S ผลการชันสูตร มีดินเปื้อนตามร่างกายและมีกลิ่นน้ำเสีย ศพแข็งตัวเต็มที่ พบการตกสู่เบื้องต่ำของเลือดภายหลังตายบริเวณหลัง สีแดงคล้ำกดไม่จาง เล็บมือ เขียวคล้ำ พบบาดแผลถลอกเล็กน้อยบริเวณแขน ไม่พบแขนขาผิดรูป ก่อนเสียชีวิตได้รับการกู้ชีพที่ห้องฉุกเฉิน ใส่สายระบายช่องอกได้เลือดเล็กน้อยจากอกข้างซ้าย สาเหตุตายจากขาดอากาศ

เวลา 14.00น. ชายไทยคนที่ 2 อายุ 30 ปี นอนอยู่บนพื้นไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ มีกลิ่นสารเคมีทั่วตัวจึงช่วยฟื้นคืนชีพ และนำส่งโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่นำส่งได้ช่วยฟื้นคืนชีพตลอดคลำชีพจรไม่ได้ มาถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเวลา 14.42 น. แรกรับผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวไม่หายใจเอง ไม่ขยับ ฟังปอดได้ข้างซ้ายเบากว่าข้างขวาคลำชีพจรไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจปอดข้างขวาไม่มีเลือด และลม ส่วนปอดด้านซ้าย มีเลือด 50 ซีซี ระดับความรู้สึกตัว E1VTM1 pupils 4 mm ทั้งสองข้าง การรักษาช่วยฟื้นคืนชีพ 21 นาที คลำชีพจรไม่ได้ แพทย์วินิจฉัย Hemothorax , hypoxia, toxin eg H_2S ผลการชันสูตร มีดินเปื้อนตามร่างกายและมีกลิ่นน้ำเสีย ศพแข็งตัวเต็มที่ พบการตกสู่เบื้องต่ำของเลือดภายหลังตายบริเวรหลังสีแดงคล้ำกดไม่จาง เล็บมือเขียวคล้ำ มีเลือดออกจากจมูกเล็กน้อย พบบาดแผลถลอกเล็กน้อยบริเวณหลัง ไม่พบแขนขาผิดรูป ก่อนเสียชีวิตได้รับการกู้ชีพที่ห้องฉุกเฉิน ใส่สายระบายช่องอกได้เลือดเล็กน้อยจากอกข้างซ้าย ตรวจพบภาวะเลือดเป็นกรดจากการขาดออกซิเจน สาเหตุตายจากขาดอากาศ

ชายไทยคนที่ 3 อายุ 45 ปี ไม่รู้สึกตัว 50 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลรับแจ้งจากนเรนทรผู้ป่วยตกในบ่อบำบัดกู้ภัยนำขึ้นจากบ่อบำบัดน้ำเสีย ไม่รู้สึกตัว ช่วยฟื้นคืนชีพที่จุดเกิดเหตุประมาณ 5 นาที มีชีพจรผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวกู้ชีพนำส่งโรงพยาบาล ให้ประวัติว่า ตกลงไปในบ่อบำบัดน้ำเสียมาถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล เวลา 14.44 น. แรกรับมีคราบสีดำติดตามร่างกายมีกลิ่นเหม็น ไม่พบบาดแผลตามร่างกาย E1V1M1 pupils ซ้ายและขวา ข้างละ 2 mm T 35.6 C PR 126/ min RR 12/min BP 210/120 mmHg O_2 98 % 16.33 น. ใส่ท่อช่วยหายใจและ ส่งต่อโรงพยาบาล แรกรับที่โรงพยาบาล PR 102/ min RR 30/ min BP 169/103mmHg min E2VTM4 pupils ซ้ายและขวาข้างละ 2 mm แพทย์วินิจฉัยGas inhalation poisoning เสียชีวิตวันที่ 17 สิงหาคม 2562 เวลา 23.05น.

ชายไทยคนที่ 4 อายุ 37 ปี มาถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเวลา 14.44 น. แรกรับมีคราบสีดำ

ติดตามร่างกายมีกลิ่นเหม็นไม่พบบาดแผลตามร่างกาย E1V1M1 pupils 5 mm fixed BE ช่วยฟื้นคืนชีพและใส่ท่อช่วยหายใจ คลำชีพจรไม่ได้

3. ข้อมูลการสัมภาษณ์ทีมกู้ชีพ

ทีมกู้ชีพได้รับแจ้งทางโทรศัพท์ว่ามีผู้หมดสติจากโรงงานผลิตน้ำยาข้นและยางสกิมเครพ ทีมกู้ชีพมีจำนวน 3 ทีม ได้ไปถึงที่เกิดเหตุเวลา 14.00น พบผู้หมดสติบนพื้นบริเวณปากบ่อจำนวน 2 คนและในบ่อพักน้ำเสียจำนวน 2 คน หมดสติ 1 คน และไม่หมดสติ 1 คน นำผู้ป่วยทั้งหมดส่งโรงพยาบาลต่าง ๆ ระหว่างนำส่งได้ช่วยคืนฟื้นชีพตลอดเวลนำส่ง

วิธีการช่วยเหลือของทีมกู้ชีพ

ผู้ประสบเหตุคนที่ 5 ได้ลงไปช่วยเหลือโดยการโรยตัวเอาตะขอเกี่ยวกับเสื้อของผู้หมดสติมีเจ้าหน้าที่กู้ชีพคอยดึงเชือกอยู่บริเวณด้านบนบริเวณบ่อพักน้ำเสีย ขณะที่ลงไปได้สวม Non-rebreathing mask ทีมกู้ชีพไม่ผ่านการอบรมการกู้ชีพในที่สถานที่อับอากาศและไม่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลสำหรับการกู้ชีพในสถานที่อับอากาศ

4. ข้อมูลการตรวจวัดระดับก๊าซพิษ

ผลการตรวจวัดความเข้มข้นของไอระเหยก๊าซและสารเคมี เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2562 เวลา 10.30 – 11.00.น. ด้วยเครื่อง Testo 350 ที่ระดับความลึก 30 เซนติเมตร จากปากบ่อที่เกิดเหตุ พบว่ามีก๊าซออกซิเจน 21 % (ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ)[3] และก๊าซ Hydrogen sulfide (H_2S) เฉลี่ย 18 ppm. และซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO_2) 4 ppm. ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานที่ OSHA (Occupational Safety and Health Administration) กำหนดไว้ และยังไม่ถึงระดับที่เริ่มมีอันตราย (Immediately dangerous to life or health: IDLH) ที่ 100 ppm. ในขณะที่ตรวจไม่พบก๊าซมลพิษอื่นได้แก่ Carbon monoxide, Nitrogen dioxide และ NOx ตามดังตารางที่ 1

ผลการตรวจวัดระดับก๊าซพิษ

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจวัดระดับก๊าซจำนวน 2 จุดโดยใช้เครื่อง Testo 350 วันที่ 13 สิงหาคม 2562

จุดตรวจวัด		พารามิเตอร์ที่วิเคราะห์					
		%O2	CO (ppm)	NO_2 (ppm)	NO_x (ppm)	SO_2 (ppm)	H_2S(ppm)
1.จุดเกิดเหตุ (บ่อพักน้ำเสีย)		21	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	18
2.บริเวณทำงานขแงผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย		21	ไม่พบ	4	4	4	ไม่พบ
OSHA	TWA	-	25	1	-	2	10
	STEL	-	-	-	-	5	15

หมายเหตุ: * มาตรฐานจาก OSHA (Occupational Safety and Health Administration)

: TWA (Time-Weighted Average) ปริมาณการสัมผัสเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง

: STEL (Short term Exposure Limit) ปริมาณการสัมผัสสูงสุดในระยะเวลาสั้นๆ 15 นาที ไม่เกิน 4 ครั้งต่อวัน

ผลการตรวจวัดสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) จำนวน 2 จุด โดยใช้ Tedlar และวิเคราะห์โดยเครื่อง Gasmet DX 4000 วันที่ 13 สิงหาคม 2562 พบว่ามีสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) Formaldehyde Acetic acid Formic acid O -Cresol n-propylbenzene Acetic acid anhydride Acetonitrile Acetyl choride Aniline Ethanolamine Nitrolbenzene1,1,2-trighoroethang Chlorobenzene1,2 dichlorobenzene สูงกว่าความปลอดภัยที่ OSHA กำหนดไว้[3]

ตารางที่ 2 ผลการตรวจวัดสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs)จำนวน 2 จุดโดยใช้ Tedlar และวิเคราะห์โดยเครื่อง Gasmet DX 4000วันที่ 13 สิงหาคม 2562 เหตุผู้เสียชีวิตจากการปฏิบัติงานที่บ่อพักน้ำเสียของบริษัทผลิตยางสกิมเครพ

ลำดับ	ชื่อสาร	ค่าความเข้มข้น (ppm)		ค่าความปลอดภัย,OSHA (ppm)	
		จุดเกิดเหตุ	ที่ทำงานผู้ดูแลระบบน้ำเสีย	TWA	STEL
1	Carbon dioxide	0.03	0.01	5,000	30,000
2	Hydrogen fluoride	0.01	ไม่พบ	0.3	2
3	Ethylene	6.22	0.31	-	-
4	Propane	40.82	9.99	1,000	-
5	Formaldehyde	4.92	1.53	0.75	2
6	Acetic acid	23.09	1.51	10	15
7	Benzene	31.96	14.19	1	5
8	Butyric acid	66.63	16.44	-	-
9	Ethylbenzene	0.41	7.02	-	-
10	Formic acid	5.34	10.17	5	10
11	O Cresol	92.96	59.73	5	-
12	p-Xylene	54.64	1.45	100	150
13	n-propylbenzene	12.96	2.54	-	-
14	Styrene	19.89	20.81	50	-
15	Butyl acetate	2.69	1.55	200	-
16	2-Ethoxyethyl acetate	3.12	2.73	5	-
17	Acetic acid anhydride	1.33	ไม่พบ	-	-
18	Glycerol	2.93	11.01	-	-
19	Isopropyl amine	38.87	34.41	5	10
20	Acetonitrile	123.65	413.19	40	60
21	Acetyl choride	37.55	20.49	-	-
22	Aniline	173.71	128.41	2	-

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อสาร	ค่าความเข้มข้น (ppm)		ค่าความปลอดภัย,OSHA (ppm)	
		จุดเกิดเหตุ	ที่ทำงานผู้ดูแลระบบน้ำเสีย	TWA	STEL
23	Ethanolamine	3.25	1.43	3	6
24	Nitrobenzene	2.72	1.81	1	-
25	1,1,2-trighoroethang	1.39	9.17	-	-
26	Chlorobenzene	81.65	65.55	10	-
27	1,2 dichlorobenzenes	1.39	9.17	-	-

ข้อมูลสถานประกอบการ

เป็นสถานประกอบการที่ผลิตยางสกิมเครพ มีพนักงาน 200 คน มีระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อคลุมขนาดใหญ่ 1 บ่อ และมีบ่อบำบัดน้ำเสียแบบเปิดจำนวน 21 บ่อ วัตถุดิบในการผลิตคือน้ำยางพาราสดและสารเคมีเพื่อให้น้ำยางจับกันเป็นก้อน เช่น แอมโมเนีย กรดซัลฟูริก

อภิปรายผล

จากการสอบสวนกรณีการเสียชีวิตจากบ่อหมักก๊าซชีวภาพในโรงงานผลิตยางสกริมเครพ ซึ่งเข้าได้กับลักษณะการทำงานบรรยากาศอันตราย หมายความว่า สภาพอากาศที่อาจทำให้ลูกจ้างได้รับอันตรายจากสภาวะอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้คือมีออกซิเจนต่ำกว่าร้อยละ 19.5 หรือมากกว่าร้อยละ 23.5 โดยปริมาตร หรือมีก๊าซ ไอ หรือละอองที่ติดไฟหรือระเบิดได้ เกินร้อยละ 10 ของค่าความเข้มข้นขั้นต่ำของสารเคมีแต่ละชนิดในอากาศที่อาจติดไฟหรือระเบิดได้ (lower flammable limit หรือ lower explosive limit) หรือ มีฝุ่นที่ติดไฟหรือระเบิดได้ซึ่งมีค่าความเข้มข้นเท่ากับหรือมากกว่าค่าความเข้มข้นขั้นต่ำสุดของฝุ่นที่ติดไฟหรือระเบิดได้แต่ละชนิด (minimum explosible concentration) หรือค่าความเข้มข้นของสารเคมีแต่ละชนิดเกินมาตรฐานที่กำหนดตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตรายหรือ สภาวะอื่นใดที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือชีวิต ตามที่อธิบดีประกาศกำหนด ตามกฎกระทรวงแรงงาน กำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านนความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับที่อับอากาศ พ.ศ.2562[3] จากการศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการทำงานในที่อับอากาศ ตั้งแต่ พ.ศ.2546 จนถึง พ.ศ.2547 พบว่า มีการเกิดเหตุการณ์บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการทำงานในที่อับอากาศ 14 ครั้ง มีจำนวนผู้เสียชีวิต 45 ราย เป็นเหตุการณ์เกิดขึ้นในโรงงานอุตสาหกรรม 10 ครั้ง นอกโรงงาน 4 ครั้ง เหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิตมากที่สุด (7ราย) คือการ

เสียชีวิตของคนงานในโรงสีข้าว จ.ขอนแก่น พ.ศ.2547 จากการที่คนงานหนึ่งลงไปทำความสะอาดในหลุมกระพ้อข้าว ที่มีความลึก 3.5 เมตร ปากหลุมกว้าง0.5 – 1 เมตรและเสียชีวิตจากการขาดอากาศหายใจ (ตรวจวัดค่าออกซิเจน ก้นหลุมได้3.0 % และคาร์บอนไดออกไซด์ 10.1%)[4] และ ระหว่าง พ.ศ.2546 จนถึง พ.ศ.2560 พบว่ามีเหตุการณ์บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการทำงานในที่อับอากาศ 17 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บทั้งสิ้น 70 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 55 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 79.92 เป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากก๊าซชีวภาพ 4 ครั้ง โรงงาน 5 ครั้ง โรงสีข้าว1ครั้ง บ่อน้ำเสีย 2 ครั้ง ขุดบ่อบาดาล 1 ครั้ง ในบ่อน้ำบริเวณทุ่งนา 1 ครั้งลงไปล้างบ่อ 1 ครั้ง ไซโลข้าวโพด 2 ครั้ง[5] พ.ศ.2562 มีการเสียชีวิตจากฟาร์มเลี้ยงสุกรจังหวัดพัทลุง จำนวน 3 คน[6] และการเสียชีวิตลูกเรือประมงจากก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์ที่จังหวัดภูเก็ตเสียชีวิตจำนวน1 คนและได้รับบาดเจ็บ 7 คน[7] และจังหวัดสตูลเสียชีวิตจำนวน 5 คนและได้รับบาดเจ็บจำนวน 2 คน[8]

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เสียชีวิตทั้ง 4 คน เสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาล 3 คน เสียชีวิตในโรงพยาบาลหลังรักษาตัว 6 วัน 1 คน ได้รับอันตรายเล็กน้อย 1คนสาเหตุอาจเกิดจากก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์จากกรดซันฟูริกที่ใช้ในการผสมกับน้ำยางทำให้ยางจับกันเป็นก้อน และจากบ่อหมักก๊าซชีวภาพในโรงงานที่ผลิตเพื่อใช้เป็นพลังงานทดแทนในการผลิตกระแสไฟฟ้า ซึ่งก๊าซที่ได้จากบ่อหมักชีวภาพ คือ การย่อยสลายสารอินทรีย์ภายใต้สภาวะที่ปราศจากออกซิเจน ประกอบด้วย ก๊าซมีเทน (CH_4) ประมาณ 50-70% และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) ประมาณ 30-50% ส่วนที่เหลือเป็นก๊าซชนิดอื่น ๆเช่น ไฮโดเจน (H_2) ไฮโดรเจนซัลไฟด์ (H_2SO_4) ไนโตรเจน (N_2) และไอน้ำ ก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์หรือก๊าซไข่เน่า เป็นก๊าซที่มีกลิ่นคล้ายไข่เน่า หากได้รับก๊าซชนิดนี้ที่ระดับความเข้มข้นมากกว่า 1,000 ppm จะทำให้หมดสติในทันที เนื่องจากก๊าซตัวนี้จะไปขัดขวางการจับออกซิเจนของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ทำให้ไม่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จึงหายใจติดขัด และหมดสติในที่สุด ซึ่งมักพบกรณีทำงานในที่อับอากาศ เช่น ไซโล ถังหมัก บ่อลึก เป็นต้น ก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์ (H_2S) มีคุณสมบัติหนักกว่าอากาศสะสมในที่ต่ำ[9] อย่างไรก็ตามผลการตรวจวัดระดับก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์ที่เกิดเหตุสูงกว่าค่ามาตรฐานเล็กน้อยมีระดับเพียง 18 ppm ซึ่งมาตรฐาน TWA (Time weight average) ที่กำหนดไว้ที่ 10 ppm. แต่ยังต่ำกว่า IDLH ที่ 100 ppm. อาจอธิบายจากวันที่เข้าไปตรวจวัดปริมาณก๊าซเป็นวันหลังเกิดเหตุ 1วัน ปริมาณก๊าซอาจจะลดจำนวนลงแล้ว สาเหตุการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่อาจเป็นไปได้ ตัวอย่างเช่น อุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น ไฟฟ้าช็อต แต่จากการตรวจชันสูตรไม่พบร่องรอยของผิวหนังไหม้ และไม่พบสายไฟฟ้าบริเวณนั้น การเสียชีวิตจากการจมน้ำในบริเวณบ่อพักน้ำเสียบริเวณที่เกิดเหตุมีปริมาณเพียงเล็กน้อย ใบหน้าและจมูกไม่ได้อยู่ภายใต้ผิวน้ำ ร่วมกับผลการชันสูตรของแพทย์สันนิษฐานการตายจากการขาดอากาศ ไม่มีแผลภายนอกหรือร่องรอยผิดปกติอื่น จึงคิดถึงสาเหตุดังกล่าวข้างต้นน้อยลง เหตุการณ์ครั้งนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับเหตุการณ์การเสียชีวิตจากก๊าซชีวภาพของฟาร์มเลี้ยงสุกรจังหวัดราชบุรี พ.ศ.2549 มีผู้เสียชีวิต 5 ราย พ.ศ.2555 มีผู้เสียชีวิต 5 ราย และจังหวัดพัทลุงพ.ศ.2562 จำนวน 3 ราย

สรุปผลการสอบสวน

เหตุการณ์ครั้งนี้มีผู้ประสบเหตุจำนวน 5 คน เสียชีวิต 4 คน ได้รับอันตรายเล็กน้อย 1 คน เสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาล 3 คน รักษาตัวที่โรงพยาบาลและเสียชีวิตหลังจากประสบเหตุ 6 วัน 1 คน เกิดเหตุในบ่อพักน้ำเสียโรงงานผลิตยางสกริมเครพ ไม่พบบาดแผลหรือการบาดเจ็บอื่น ๆ ผลการตรวจวัดระดับพิษในที่เกิดเหตุหลังจากเกิดเหตุการณ์ วันที่ 13 สิงหาคม 2562 พบก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ก๊าซไวไฟต่ำกว่าค่ามาตรฐาน และก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์สูงกว่าค่ามาตรฐาน 18 ppm และค่าก๊าซออกซิเจนในระดับปกติ แพทย์สรุปสาเหตุของการเสียชีวิตเนื่องจากขาดอากาศและก๊าซพิษ โดยมีความเป็นไปได้ที่สาเหตุการเสียชีวิตอาจมาจากการรับสัมผัสก๊าซชีวภาพจากบ่อหมัก

ข้อเสนอแนะ

1. สถานประกอบการ

1.1 มีการสื่อสารความเสี่ยงและการอบรมเรื่องความปลอดภัยในการผลิตและใช้ก๊าซชีวภาพแก่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่ที่ทำงานเกี่ยวข้อง ให้ความรู้การป้องกันตัว ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการทำงาน มีมาตรการบังคับไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องไปบริเวณบ่อหมัก

1.2 ล้อมตาข่ายรอบบ่อหมัก ป้องกันไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง เข้าไปบริเวณบ่อหมักก๊าซ

1.3 ติดตั้งป้ายเตือนเพื่อความปลอดภัยบริเวณบ่อหมัก เช่นที่อับอากาศอันตรายห้ามเข้า ป้ายห้ามจุดไฟ ห้ามสูบบุหรี่

1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงาน หรืออุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย เช่น หน้ากากนิรภัยท่อคู่ แว่นตาครอบนิรภัยป้องกันใบหน้าและดวงตา หมวกนิรภัย ถุงมือยางที่ป้องกันน้ำและสารเคมี รองเท้าบู๊ทยาง นกหวีดเป่าเมื่อต้องการความช่วยเหลือ รอกพร้อมเข็มขัดร้อยตัวนิรภัย ไฟฉายสำหรับทำงานในที่มืด

1.5 ติดตั้งระบบโดยผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและใช้อุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน

1.6 หมั่นตรวจสอบดูแลระบบผลิตก๊าซเพื่อตรวจจับก๊าซรั่ว

2. เทศบาลตำบลพังลา

2.1 มีแผนความปลอดภัยรองรับกรณีที่อาจมีอุบัติเหตุร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้น

2.2 มีอุปกรณ์ป้องกันเพลิงไหม้และอุปกรณ์ดับเพลิง

3. สำนักงานพลังงานจังหวัดสงขลา สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

3.1 จะต้องอบรมให้ความรู้กับเจ้าของสถานประกอบการและทีมกู้ชีพเรื่อง วิธีการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยเช่น การอบรมเรื่องความปลอดภัยในการทำงานกับสถานที่อับอากาศ การอบรมเรื่องการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในสถานที่อับอากาศ

3.2 จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

1. ไม่ได้ตรวจวัดคุณภาพอากาศวันที่เกิดเหตุ อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในที่เกิดเหตุได้

2. ไม่สามารถระบุสาเหตุการเสียชีวิตที่แน่ชัดได้เนื่องจากไม่ได้ทำการผ่าศพเพื่อชันสูตรอย่างละเอียด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ.นายแพทย์เฉลิมพล โอสถพรหมา ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ทีม SRRT สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ทีม SRRT สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ทีมกู้ชีพเทศบาลตำบลคลองแงะ ทีมกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลเขามีเกียรติ มูลนิธิกู้ชีพพะตงเทิดธรรม มารดาและญาติของผู้เสียชีวิต ผู้ประสบเหตุ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงงาน สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสงขลา ที่ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการดำเนินการสอบสวนโรคในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. กระทรวงอุตสาหกรรม.คู่มือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการออกแบบ การผลิต การควบคุมคุณภาพและการใช้ก๊าซชีวภาพ(Biogas)สำหรับโรงงานอุตสาหกรรม.[อินเตอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.diw.go.th/km/safety/pdf/biogas_2.pdf
2. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. กระทรวงอุตสาหกรรม.หลักปฏิบัติเพื่อการป้องกันมลพิษ (เทคโนโลยี่การผลิตที่ สะอาด) สำหรับอุตสาหกรรมรายสาขา อุตสาหกรรมน้ำยางข้น อุตสาหกรรมยางแท่งมาตราฐาน เอสที อาร์20 กันยายน. 2544 [อินเตอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://php.diw.go.th/ctu/files/pdf/codeofpractice_rubber_th.pdf
3. กระทรวงแรงงาน. กฎกระทรวงกำหนดมตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และ สภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับที่อับอากาศ พ.ศ.2562[อินเตอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://122.155.89.37/index.php?option=com_content&view=article&id=1930%3A-m-ms&catid=1%3Anews-thai&Itemid=201.
4. คณาธิศ เกิดคล้าย สำนักเทคโนโลยีความปลอดภัย สถานการณ์การเสียชีวิตและมาตรการป้องกันอันตราย จากการทำงานในสถานที่อับอากาศ [อินเตอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://php.diw.go.th/safety/wp-content/uploads/2014/05/Confined.pdf
5. สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน. สถานการณ์การเสียชีวิตและมาตรการป้องกันอันตรายจากการทำงานในที่อับอากาศ [อินเตอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tosh.or.th/index.php/blog/item/473-2019-02- 06-07-31-58.
6. หทัยทิพย์ จุทอง. กรณีสงสัยการเสียชีวิตจากก๊าซชีวภาพในบ่อหมัก ตำบลคลองใหญ่ อำเภอตะดหมด จังหวัดพัทลุง 2562; (อัดสำเนา)
7. ธรพงศ์ จันทรวงศ์และณัฐพงศ์ แหละหมัน. รายงานการสอบสวนการเสียชีวิตของลูกเรือประมง ณ.แพองค์การสะพานปลา จังหวัดภูเก็ต. 2550;(อัดสำเนา)

8. เอมอร ไชยมงคลมงคล รายงานการสอบสวนกรณีลูกเรือประมงเสียชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดสตูล 2550 (อัดสำเนา)

9. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน. ความปลอดภัยในการผลิตและการใช้พลังงานก๊าซชีวภาพ ฉบับปรับปรุง ธันวาคม 2557.[อินเตอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม. 2562]. เข้าถึงได้จาก http://energysafety.ete.eng.cmu.ac.th/media/2557/manual/Biogas%20Safety.pdf

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย

ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว พ.บ.
โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 100 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล , อีต้า และ สเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และจำนวนการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.262$, p-value = 0.008) ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.374$, p-value < 0.001) ด้านกำลังคนและด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.373$, 0.340 ตามลำดับ, p-value < 0.001) และด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.254$, p-value = 0.011) และกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.522$, p-value < 0.001) ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการอำนวยการ ด้านการประสานงาน และด้านการรายงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.436$, 0.475, 0.424, 0.402, 0.459 ตามลำดับ, p-value < 0.001)

คำสำคัญ : การปฏิบัติงาน, ส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Factors associated with practicing of elderly health promoting among health personal at Sub-district Health Promoting Hospital, Sukhothai Province

Saksit Bokaew M.D.

Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study factors related to the elderly health promotion practice of public health personnel in Sub-district Health Promotion Hospital, Sukhothai Province. Research sample was 100 public health personnel in the Sub-district Health Promotion Hospital who were selected by a simple random sampling technique. The data was analyzed by using descriptive statistics, Point biserial correlation coefficient, Eta correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient. Research results revealed that the resources for the elderly health promotion administration, elderly health promotion administration process, and the practice of promoting the health of the elderly were at a high level. The number of elderly health promotion training were has a very low level of positive correlation with the health promotion operation of the elderly. Statistical significance (r = 0.262, p-value = 0.008). Elderly health promotion administration process was statistically significant at positively correlation to the elderly health promotion practices (r = 0.522, p-value <0.001). Apart from elderly health promotion administration process, planning, organization, director, coordination, and reporting had statistically significant at low positive correlation to the elderly health promotion practice (r = 0.436, 0.475, 0.424, 0.402, 0.459, respectively, p-value < 0.001)

Key words: Performance, Health promotion, Elderly

1. บทนำ

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุในระดับโลกและอาเซียนคือ การสูงวัยของประชากรในปีพ.ศ. 2559 โลกมีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุจำนวน 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด ระดับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 3 ประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และประเทศเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) โดยมีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีอายุสูงขึ้นเรื่อย ๆ การสูงอายุของประชากรจึงเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลกอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้า สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 หมายถึง สังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งคาดการณ์ได้ว่า ในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28.0 ของประชากรทั้งหมด การเข้าสู่สังคมสูงอายุสาเหตุหนึ่งมาจากประเทศไทยประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว ในช่วงปี พ.ศ. 2515 - 2538 จึงให้ประชากรเพิ่มช้าลงอย่างมาก ย้อนกลับไปเมื่อ 50 ปีก่อนประชากรไทยเคยเพิ่มด้วยอัตราที่สูงกว่าร้อยละ 3 ต่อปี แต่ปัจจุบันอัตราเพิ่มประชากรได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.5 ต่อปี นอกจากนั้น ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้อายุคาดเฉลี่ย (Life expectancy) ของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) ของคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทั้งชายและหญิง ในช่วงปี พ.ศ. 2543 - 2548 ชายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 68.15 ปี และหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 72.39 ปี ประกอบกับประชากรรุ่นเกิดล้าน (ประชากรที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2506 - 2526 ซึ่งมีมากกว่า 1 ล้านคนในแต่ละปี) กำลังเคลื่อนเข้าสู่กลุ่มประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุของประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 11,312,447 คน เป็นชายจำนวน 5,083,681 คน (ร้อยละ 45.0) และหญิง 6,228,766 คน (ร้อยละ 55.0) โดยจำแนกตามกลุ่มช่วงวัย โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 57.4 กลุ่มวัยกลาง (70 - 79 ปี) ร้อยละ 29.0 และกลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.6 ผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุ การเข้าสู่สังคมสูงอายุกระทบต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ทั้งประเด็นงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ซึ่งจะมีความท้าทายที่สำคัญจากการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุคือ ประชากรสูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม และกลุ่มประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุจะมีการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ [1]

จากผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2562 ได้ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้สูงอายุทั้งหมด 100,826 คน โดยสามารถตรวจประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ครอบคลุมผู้สูงอายุจำนวน 85,854 คน คิดเป็นร้อยละ 85.15 ซึ่งผลการประเมินความสามารถ

ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 82,869 คน คิดเป็นร้อยละ 96.5 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 2,580 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 และกลุ่มติดเตียง 405 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงนั้นถือว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นจะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสที่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพได้ง่ายทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ รวมทั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ [2] นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาสุขภาพช่องปากโรคสมองเสื่อม โรคข้อเข่า ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นับว่าเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการให้บริการปฐมภูมิที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะเป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในระดับพื้นที่ โดยทำหน้าที่ในการให้บริการประชาชนในเขตรับผิดชอบ ครอบคลุมทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค งานดูแลรักษาพยาบาล และงานฟื้นฟูสภาพ ซึ่งถือว่าเป็นด่านหน้าในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนเกิด จนถึงตาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้น ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนทรัพยากรการบริหารที่เพียงพอและปริมาณที่เหมาะสม เพราะการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆให้ประสบผลสำเร็จจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนทรัพยากรการบริหารที่สำคัญ 4 ประการ (4M) คือ คน (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และกระบวนการบริหาร (Method) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของการดำเนินงาน [3] ดังนั้น ปัจจัยการบริหารเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่จะทำให้งานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารที่จะขับเคลื่อนในการทำงานเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่และเต็มความสามารถ ดังนั้น การปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนปัจจัยทั้ง 4 ประการ (4M) ที่เพียงพอและเหมาะสมจึงจะสามารถทำให้บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการบริหารงาน [4] ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วยการวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยการ การประสานงาน การรายงาน ดังนั้น การบริหารงานขององค์กรเพื่อให้การปฏิบัติงานได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การดูแลผู้สูงอายุก็เป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ดังนั้นการมีกระบวนการบริหารที่เป็นระบบก็จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างได้อย่างมี

ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม ดูแลสุขภาพ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนางานด้านส่งเสริมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่จะส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีระบบการบริหารจัดการและกระบวนการบริหารของหน่วยงานที่จะได้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุยืนยาว รวมทั้งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้การสนับสนุนบุคลากรในด้านทรัพยากรการบริหารให้เพียงพอและเหมาะสมต่อไป

2. วัสดุและวิธีการศึกษา

2.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย

2.2 สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย

2.3 ประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย จำนวน 118 คน [3]

2.4 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย ซึ่งได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบประชากรที่แน่นอนของแดเนียล [5] ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 100 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

2.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยการ การประสานงาน และการรายงาน จำนวน 35 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยด้านการจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ ด้านการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้สุขศึกษา และด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

การแปลความหมายระดับทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ,ระดับกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระดับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์(Best, 1977) [6] แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.34 – 3.66) และระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 1.00 – 2.33)

2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ซึ่งภายในแบบสอบถามมีคำชี้แจงการตอบแบบสอบถามและการนำผลการวิจัยไปใช้ โดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย แบบสอบถามและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น และข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 – 31 มกราคม 2563 เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนเรียบร้อยแล้วจะตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัยลำดับต่อไป

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2.6.2 การวิเคราะห์ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.6.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial Correlation Coefficient) 2วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสถานภาพ ระดับการศึกษา และตำแหน่งที่ปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation Coefficient)3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวนการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ข้อมูลกระจายไม่เป็นโค้งปกติ) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

2.6.4 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมุติฐาน

2.6.5 กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient: r) [7] โดยมีรายละเอียด ดังนี้

r = 0.91 - 1.00 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

r = 0.71 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

r = 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

r = 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

r = 0.00 - 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

2.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เลขที่โครงการ/รหัส IRB 56/2562 ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย ประเภทโครงการวิจัยแบบยกเว้น (Exemption review)ก่อนดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับการรับรองแล้วจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยจะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่ผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมี การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต

3. ผลการศึกษา

3.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.0 อายุเฉลี่ย 41.06 ปี ต่ำสุด 23 ปี และสูงสุด 59 ปี

สถานภาพคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 69.0 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 25.0 และน้อยที่สุดคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 6.0 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 18.0 และน้อยที่สุดคือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 2.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 40,054.24 บาท ต่ำสุด 9,000 บาท และสูงสุด 100,000 บาท ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 55.0 รองลงมาคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) ร้อยละ 20.0 และน้อยที่สุดคือ อื่น ๆ ร้อยละ 1.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเฉลี่ย 6.78 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 29 ปี และการได้รับการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ครั้งต่อปีมากที่สุด ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 36.0 และน้อยที่สุดคือ 3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 1.0

3.2 ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง แบ่งเป็น 3 ด้านคือด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับสูง กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง แบ่งเป็น 5 ด้านคือ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการอำนวยการ ด้านการประสานงานและด้านการรายงานอยู่ในระดับสูง และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงแบ่งเป็น 5 ด้านคือ ด้านการจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ ด้านการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้สุขศึกษา และด้านการติดตามเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	4.03	0.45	สูง
1. ด้านกำลังคน	4.41	0.40	สูง
2. ด้านงบประมาณ	3.82	0.66	สูง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.94	0.59	สูง
กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	4.15	0.36	สูง
1. ด้านการวางแผน	4.12	0.43	สูง
2. ด้านการจัดองค์กร	4.20	0.41	สูง
3. ด้านการอำนวยการ	4.14	0.48	สูง
4. ด้านการประสานงาน	4.20	0.44	สูง
5. ด้านการรายงาน	4.10	0.43	สูง

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	4.07	0.46	สูง
1. ด้านการจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ	4.24	0.63	สูง
2. ด้านการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุ	4.38	0.56	สูง
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	3.91	0.63	สูง
4. ด้านการให้สุขศึกษา	3.96	0.57	สูง
5. ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน	3.94	0.60	สูง

3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวนการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยการ การประสานงาน และการรายงาน กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.262, p-value = 0.008) ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.374, p-value < 0.001) ด้านกำลังคนและด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.373, 0.340 ตามลำดับ, p-value < 0.001) และด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.254, p-value = 0.011) และกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.522, p-value < 0.001) ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการอำนวยการ ด้านการประสานงาน และด้านการรายงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.436, 0.475, 0.424, 0.402, 0.459 ตามลำดับ, p-value < 0.001) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 100)

ตัวแปรต้น	การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	0.110 (r_{pb})	0.275	ต่ำมาก
อายุ	0.063 (r_{sp})	0.532	ต่ำมาก
สถานภาพ	0.117 (Eta)	0.512	ต่ำมาก
ระดับการศึกษา	0.205 (Eta)	0.125	ต่ำมาก
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	0.073 (r_{sp})	0.469	ต่ำมาก
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน	0.151 (Eta)	0.694	ต่ำมาก
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	0.155 (r_{sp})	0.124	ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ
จำนวนการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	0.262** (r_{sp})	0.008	ต่ำมาก
ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	0.374** (r_{sp})	< 0.001	ต่ำ
1. ด้านกำลังคน	0.373** (r_{sp})	< 0.001	ต่ำ
2. ด้านงบประมาณ	0.254* (r_{sp})	0.011	ต่ำมาก
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.340** (r_{sp})	0.001	ต่ำ
กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	0.522** (r_{sp})	< 0.001	ปานกลาง
1. ด้านการวางแผน	0.436** (r_{sp})	< 0.001	ต่ำ
2. ด้านการจัดองค์กร	0.475** (r_{sp})	< 0.001	ต่ำ
3. ด้านการอำนวยการ	0.424** (r_{sp})	< 0.001	ต่ำ
4. ด้านการประสานงาน	0.402** (r_{sp})	< 0.001	ต่ำ
5. ด้านการรายงาน	0.459** (r_{sp})	< 0.001	ต่ำ

*p-value < 0.05, **p-value < 0.01, r_{pb} = Point Biserial Correlation Coefficient,

Eta = Eta correlation Coefficient, r_{sp} = Spearman Rank Correlation Coefficient

4. วิจารณ์

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า จำนวนการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

4.1 จำนวนการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีองค์ความรู้เพิ่มเติม มีการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง และได้รับการฝึกอบรมเป็นประจำทุกปีเพื่อนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการฝึกอบรมนำมาซึ่งความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถหรือทัศนคติที่ดีที่จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด การจัดฝึกอบรมเพื่อลดปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการปรับทัศนคติให้กับบุคลากรให้มีนิสัยรักการฝึกอบรมสนใจและสนับสนุนการฝึกอบรมทำให้พฤติกรรมของบุคลากรเปลี่ยนไปสู่การเรียนรู้ และสร้างวิสัยทัศน์ใหม่ให้เกิดขึ้น [8-9] ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเมธี ไพรชิต [10] พบว่า ปัจจัยการฝึกอบรมการพัฒนาที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน

4.2 ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านกำลังคนและด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการบริหารงานจะต้องมีทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (Management) ที่เพียงพอ และเหมาะสมทำให้การทำงานได้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล [3] การปฏิบัติงานของหน่วยงานที่มีอัตรากำลังคน งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ที่เพียงพอก็จะทำให้การปฏิบัติงานได้คล่องตัวและบุคลากรไม่รับภาระหนักมากจนทำให้การปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอุมาภรณ์ ขนันไพร [11] พบว่า ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารประกอบด้วยกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์การวางแผนงาน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ และการควบคุม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของพงษ์ศักดิ์ ราชโสภา [12] พบว่า ปัจจัยการบริหาร ได้แก่ ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน

4.3 กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการอำนวยการ ด้านการประสานงาน และด้านการรายงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกระบวนการบริหารงานที่มีกระบวนการวางแผน การจัดการองค์กร การอำนวยการ การประสานงาน และการรายงาน ทำให้การปฏิบัติงานของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล [4] ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของฐิติวรดา อัครภานุวัฒน์ [14] พบว่า ปัจจัยกระบวนการบริหารองค์กรมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดแม่ฮ่องสอน

5. สรุป

กลุ่มตัวอย่างมีทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1) จำนวนการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.262$, p-value $= 0.008$) ทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.374$, p-value < 0.001) และกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.522$, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพระดับการศึกษารายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

6.1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนการฝึกอบรมงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง

6.1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนทรัพยากรในการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเพียงพอและเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

6.1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนากระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

6.2 ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

6.2.1 ควรศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ปัจจัยความสำเร็จของการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ที่อาจนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

6.2.2 ควรศึกษาการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ

6.2.3 ควรพัฒนารูปแบบกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลในทุก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดสุโขทัยที่กรุณาให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยตลอดจนให้คำแนะนำต่าง ๆ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอาจารย์ ดร. อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง และว่าที่ร้อยตรียุทธนา แยบคาย นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะในทำการวิจัยในครั้งนี้จนทำให้ผลงานวิชาการนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

8. เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2562.
3. Weihrich H, Koontz H. Management: A Global Perspective. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 1993.
4. Gulick LH, Urwick LF, Pforzheimer CH. Papers on the science of administration. New York: Institute of Public Administration, Columbia University; 193712-13
5. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
6. Best JW. Research is Evaluation. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1977.
7. Hinkle DE, William W, & Stephen GJ. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4th ed. New York: Houghton Mifflin; 1998.
8. ชาญ สวัสดิ์สาลี. คู่มือนักฝึกอบรมมืออาชีพ: เทคนิคการฝึกอบรมและการจัดสถานที่ประชุม/ฝึกอบรม. กรุงเทพมหานคร: สวัสดิการสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; 2552.
9. วิจิตร อาวะกุล. การฝึกอบรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
10. เมธี ไพรชิต. การหาปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน กรณีศึกษา: บริษัท สุธานี จำกัด (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาเทคโนโลยีอุตสาหกรรม คณะเทคโนโลยีและนวัตกรรม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี; 2557.

11. พงษ์ศักดิ์ ราชโสภา. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสกลนคร (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
12. อุมาภรณ์ ขนันไพร. ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
13. Gulick LH, Urwick LF, Pforzheimer CH. Papers on the science of administration. New York: Institute of Public Administration, Columbia University; 1937.
14. ฐิติวรดา อัครภานุวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
กรณีศึกษา : อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

สุขณิษา อินแก้ว[1] ท.บ.

โรงพยาบาลนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลองครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอนาหม่อม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มละ 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลอง เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบบันทึกการตรวจระดับคราบจุลินทรีย์ และบันทึกการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบใช้ T-test ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพในช่องปากมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลช่องปากและระดับคราบจุลินทรีย์ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ($p < .05$)

2.ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพในช่องปากมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับคราบจุลินทรีย์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p < .05$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล โดยการสร้างความรู้ส่งเสริมพฤติกรรมและกระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี

คำสำคัญ ประสิทธิผล โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ ความรู้ พฤติกรรม

The effectiveness of oral health care program among the elderly

Case study: Namom District, Songkhla Province

Suknisa Inkaew DDS.

Namom Hospital, Songkhla Province

Abstract

This quasi experimental research aims to study the effectiveness of program in promoting the elderly oral health care. The sampled population was older people in Namom district, Songkhla, Thailand. The sample size calculates by G*Power program. 27 older people were then sampled. 10% of the sampled group was added for any risk of possible loss. Eventually, 30 older people were sampled for each of the two groups. The experimental group covered the older people who received the program of the oral care while the control group did not receive it. The sampling was randomized from the older people's dental checkup. The data collection tool was a survey questionnaire involving knowledge and the people's behavior of oral care, the Plaque Index, The home visiting from. The data were analyzed by using the descriptive statistics. The statistical tests which were used covered T-test. The research showed that

1. The older people in the experimental group who had received the program for the oral health care gained better knowledge and behavior and Plaque Index was less than the control group (P<.05.)

2. The older people in the experimental group were significantly in the mean scores of knowledge, behaviors of oral health care behaviors, and differences in the average Plaque Index better than control group (P<.05.)

This research pointed out that the program for the oral health care was very effective in caring the older people. The program was to enhance knowledge and the older people's appropriate behavior in caring their oral health.

Keywords: The effectiveness, The program for oral health care, The elderly, Knowledge, Behavior

1. บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุมีผลโดยตรงต่อระบบบดเคี้ยวและการย่อยอาหาร ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ และสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคปริทันต์และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้นซึ่งอาจเกิดจากการสะสมของปัจจัยเสี่ยงและการได้รับแบคทีเรียปริทันต์มาเป็นระยะเวลานาน การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคอ้วน โรคกระดูกพรุนและโรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเพิ่มความเสี่ยงของโรคในช่องปากเพิ่มขึ้น[1] ผู้คนนับล้านทั่วโลกยังคงประสบปัญหาสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ซึ่งภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีนี้อาจส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาพโดยรวมและความเป็นอยู่ของบุคคล ภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่เพิ่มขึ้นของโรคในช่องปากและระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน สหพันธ์ทันตกรรมโลก จึงมีการกำหนดให้ วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็นวันสุขภาพปากและฟันทั่วโลก WOHD (World Oral Health Day)มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักและสนับสนุนการดำเนินการเพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีแก่ประชากรทุกคนทั่วโลกแสดงให้เห็นว่าสุขภาพในช่องปากมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยได้ดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 8 ดำเนินการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ.2560 โดยการสำรวจในครั้งนี้ได้ใช้แนวทางตามองค์การอนามัยโลกแนะนำ ผลการสำรวจโดยสรุป พบว่า ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 56.1 มีฟันถาวรใช้งาน ได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.6 ซี่/คน ร้อยละ 40.2 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ และลดลง ในผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี มีเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 10 ซี่/คน และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 12.1 ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลงชัดเจน[2,3]

จากข้อมูลการเข้ารับบริการในแผนกทันตกรรมของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลนาหม่อม พบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการเนื่องจากมีปัญหาในช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ เป็นต้น[4] ซึ่งบางรายมาเมื่อไม่สามารถดูแลฟันต่อได้ต้องถอนทิ้ง ด้วยปัญหาดังกล่าวงานทันตสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการสูญเสียฟันซึ่งอาจเป็นสาเหตุการขาดสารอาหาร หรือการติดเชื้อในร่างกายจากภาวะฟันผุ ที่ผ่านมาได้มีการให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง ยังพบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ โรคเหงือกอักเสบ โรคฟันผุ และโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายใน ช่องปาก ผู้สูงอายุยังมีการสูญเสียฟันหลายซี่ ทั้งที่โดยปกติโรคในช่องปาก เป็นโรคที่ป้องกันได้ถ้ามีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง ดังนั้นจึงมีการส่งเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอนาหม่อมโดยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับสุขภาพในช่องปาก จึงจัดทำโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากและพัฒนาการรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ เพื่อนำผล

การศึกษาไปปรับใช้กับการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ ในอำเภอนาหม่อมต่อไป

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความรู้และพฤติกรรมและระดับคราบจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพในช่องปากระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปาก

2.เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลช่องปากและระดับคราบจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพในช่องปากกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.2 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ประชากร คือ ผู้สูงอายุใน ตำบลทุ่งขมิ้น อำเภอนาหม่อม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-75 ปี มีภูมิลำเนาในพื้นที่ ตำบลทุ่งขมิ้น อำเภอนาหม่อม

2. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี

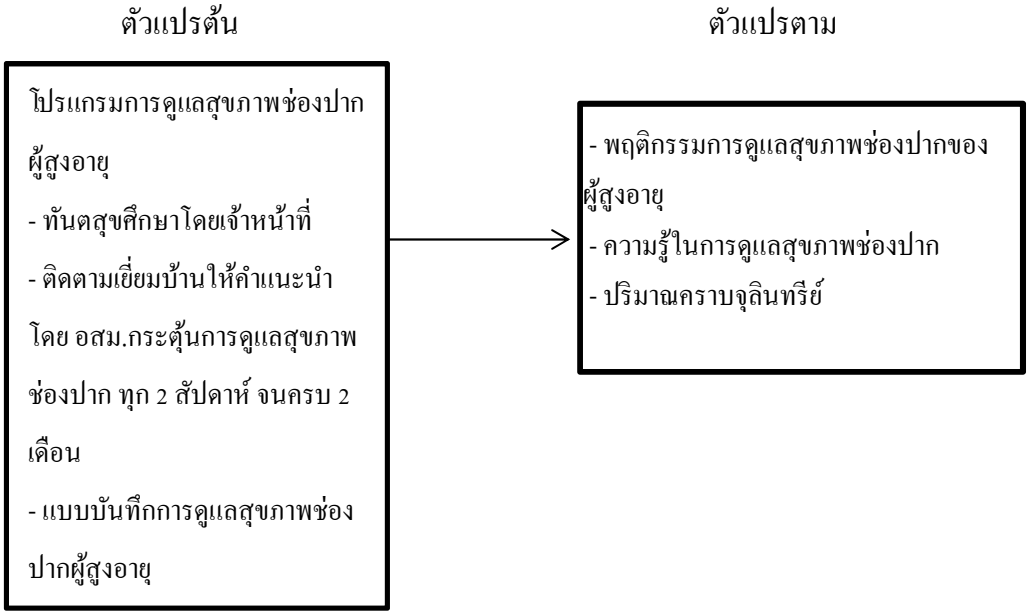
3. พูดคุยสื่อสารได้

4.มีฟันกรามอย่างน้อย 4 คู่สบ

5.เต็มใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนจบโครงการ

กำหนดให้พื้นที่ศึกษาโดยเลือกแบบเจาะจง คือ อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลาโดยเลือกเริ่มต้นเลือกจากตำบลนำร่อง คือ ตำบลทุ่งขมิ้น เนื่องจากเป็นพื้นที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทันตสุขภาพมากที่สุด องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างดี

1.3 กรอบแนวคิด



2.วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัย Pre-test, Post-test control group design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอนาหม่อม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power [5] ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: difference between two dependent means (matched pair) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คนเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณ 10 % เพื่อป้องกันการสูญหายได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มละ 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายจากการตรวจสุขภาพฟัน

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.2 วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบบันทึกการตรวจระดับคราบจุลินทรีย์ และบันทึกการเยี่ยมบ้านผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านพบว่าค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มาวิเคราะห์ความเชื่อมันของแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวมของแบบสอบถามพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก 0.98 ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ0.952 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย($\overline{X}$) ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) สถิติทดสอบใช้ Paired samples t-test และ Independent samples t-test

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาเมื่อ 15 มกราคม 2563 หมายเลขรับรอง 9/2563

3.ผลการวิจัย

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ป่วย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 60-65 ปี 17 คนคิดเป็นร้อยละ 56.7 ระดับ การศึกษาประถมศึกษามากที่สุด 25 คน คิดเป็นร้อยละ83.3 รองลง มาระดับการศึกษามัธยมปลาย 3 คน ร้อยละ 10 และไม่ได้เรียน

2 คน ร้อยละ 6.7 อาชีพเดิมมากที่สุดคือเกษตรกรรม 27 คน คิดเป็นร้อยละ90รองลงมาค้าขายและข้าราชการ โรคประจำตัวมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา คือไม่มีโรคประจำตัว 12 คิดเป็นร้อยละ 40 เบาหวานและอื่นๆ ร้อยละ 16.7 การพักอาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่คู่สามีภรรยามากที่สุด 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่กับลูก 5 ร้อยละ 216.7 ประวัติการดูแลสุขภาพฟันเคยมีการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพฟัน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 และไม่เคยเข้ารับการดูแลสุขภาพฟัน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7โดยมีการไปพบทันตแพทย์มากที่สุดคืออื่น ๆ เช่น อุดฟัน ตรวจฟัน 24 ราย คิดเป็น ร้อยละ 80 รองลงมาคือขูดหินปูน ถอนฟันร้อยละ 10 และ 6.7 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 60-65 ปี 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 ระดับ การศึกษาประถมศึกษามากที่สุด 27 คน คิดเป็นร้อยละ90 รองลง มาระดับการศึกษามัธยมปลาย ปริญญาตรี และไม่ได้เรียนอย่างละ 1 คน อาชีพเดิมมากที่สุดคือเกษตรกรรม 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาค้าขายและข้าราชการ โรคประจำตัวมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 18 คน คิดเป็นร้อยละ60 รองลงมา คือไม่มีโรคประจำตัว 9 คิดเป็นร้อยละ 30 เบาหวานและอื่นๆ ร้อยละ 10 การพักอาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่คู่สามีภรรยามากที่สุด 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่กับลูก 6 ร้อยละ 20 ประวัติการดูแลสุขภาพฟันเคยมีการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพฟัน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 และไม่เคยเข้ารับการดูแลสุขภาพฟัน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7โดยมีการไปพบทันตแพทย์มากที่สุดคืออื่น ๆ เช่น อุดฟัน ตรวจฟัน 21 ราย คิดเป็น ร้อยละ 70รองลงมาคือขูดหินปูน 10 คน ใส่ฟันปลอม 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และ 6.7

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุภาพก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง(11-14คะแนน)	27	90	30	100	27	90	23	76.6
ปานกลาง(8-10คะแนน)	3	10	0	0	3	10	7	23.4
ระดับต่ำ(0-7 คะแนน)	0	0	0	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับทันตสุภาพก่อนทดลองระดับสูงร้อยละ 90 และระดับปานกลางร้อยละ 10 หลังทดลอง ระดับสูงร้อยละ 76.6 รองลงมามีความรู้ระดับปาน ร้อยละ23.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง

ระดับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีที่สุด (4.5-5)	1	3.3	8	26.7	2	6.6	1	3.3
ดี (3.5-4.49)	25	84.3	22	73.3	25	84.3	28	93.4
ปานกลาง (2.5-3.49)	4	6.7	0	0	3	10	1	3.3
น้อย (1.5-2.49)	0	0	0	0	0	0	0	0
ไม่ดี (0-1.49)	0	0	0	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 2 จำนวนร้อยละระดับพฤติกรรมของกลุ่มทดลองพบว่าก่อนทดลองอยู่ในระดับดี 25 คน(ร้อยละ 84.3) รองลงมาระดับปานกลาง 4 คน(ร้อยละ 6.7) หลังทดลองระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดี 22 คน (ร้อยละ 73.3)และระดับดีที่สุด 8 คน (ร้อยละ 26.7)

จำนวนร้อยละระดับพฤติกรรมของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองอยู่ในระดับดี 25 คน(ร้อย

ละ 84.3) รองลงมาระดับปานกลาง 3 คน(ร้อยละ 10) หลังทดลองระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดี 28 คน (ร้อยละ 93.4)และระดับดีที่สุด 1 คน (ร้อยละ 3.3) ระดับปานกลาง 1 คน (ร้อยละ 3.3) เท่ากัน

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับตามดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคราบจุลินทรีย์	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี(0-0.69)	14	46.7	21	70	9	30	8	26.7
ปานกลาง(0.7-1.89)	16	53.3	9	30	21	70	22	73.3
ระดับต่ำ(1.9-3.0)	0	0	0	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 3 จำนวนร้อยละดัชนีคราบจุลินทรีย์กลุ่มทดลองก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 และระดับดี ร้อยละ 46.7 และหลังการทดลองดัชนีคราบจุลินทรีย์ ระดับดีร้อยละ 70 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30 และจำนวนร้อยละดัชนีคราบจุลินทรีย์กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70 และระดับดี ร้อยละ 30 และหลังการทดลองระดับปานกลาง ร้อยละ 73.3 ระดับดีร้อยละ 26.7

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		t test	P value	กลุ่มควบคุม		t test	P value
	$\bar{x}$	S.D			$\bar{x}$	S.D		
ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก								
ก่อนการทดลอง	12.16	1.11			11.53	1.16		
หลังการทดลอง	12.86	.81	-2.57	.015*	11.16	1.01	1.829	.078

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		t test	P value	กลุ่มควบคุม		t test	P value
	$\bar{X}$	S.D			$\bar{X}$	S.D		
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก								
ก่อนการทดลอง	3.89	.42			3.95	.37		
หลังการทดลอง	4.22	.26	-4.63	.000*	4.02	.31	-2.58	.015*
ปริมาณคราบจุลินทรีย์								
ก่อนการทดลอง	.89	.43			.98	.64		
หลังการทดลอง	.63	.20	5.502	.000*	.96	.38	.293	.771

*P<.05

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองพบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 12.86 SD= .81) และก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 12.16 SD= 1.11) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p > .05) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองพบว่า พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการทดลอง($\bar{X}$ =4.22 SD= .269) มากกว่าก่อนการทดลอง($\bar{X}$ = 3.89 SD= .420) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p < .05)และค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองพบว่า ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = .63 SD= .204) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง($\bar{X}$=.89 SD=.430)แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองพบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =11.53 SD=1.166)และหลังการทดลอง ($\bar{X}$ =11.16 SD=1.019) ไม่แตกต่างกันนัยสำคัญทางสถิติ(p > .05)ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองพบว่า พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 4.02 SD= .312) ดีกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =3.95 SD=.372) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p< .05)และค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองพบว่า ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากหลังการทดลอง($\bar{X}$ =.96 SD=.38)และก่อนการทดลอง($\bar{X}$= .98 SD=.647)ไม่แตกต่างกัน(p >.05)

4.วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและปริมาณคราบจุลินทรีย์ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความรู้ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากและระดับคราบจุลินทรีย์ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมเพิ่มขึ้น และระดับคราบจุลินทรีย์ในปากลดลงสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงผลการตรวจคราบจุลินทรีย์ โดยการย้อมสีคราบจุลินทรีย์ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพช่องปาก ความรู้ เรื่องโรคในช่องปาก ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้ ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ [6]การศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน พบว่า กระบวนการดำเนินงานตามการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน บ้านโนนสง่า ตำบลซาง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ความรู้ ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นและการมีส่วนร่วมของกลุ่มให้ข้อมูลหลักเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานครั้งนี้ คือ 1)การสร้างภาคีเครือข่าย 2) การเพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจ 3)การมีส่วนร่วม 4)การติดตามและประสานงาน[7]

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า หลังเข้าร่วมการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานผลการตรวจดัชนีคราบจุลินทรีย์ พบว่า หลังเข้าร่วมการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีค่าคะแนนดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8]

การศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาพฟันผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมบ้านระยะ ซึ่งการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นและมีการสูญเสียฟันและฟันผุน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่าความแตกต่างนั้นยิ่งมาขึ้นกว่าเมื่อได้รับการดูแลตามโปรแกรมต่อไปให้นาน ดังนั้น การดูแลสุขภาพฟันโดยการเข้าถึงชุมชนจึงเหมาะสำหรับการพัฒนาสุขภาพช่องปากในปัจจุบัน[9]การศึกษาการใช้

กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันโดมินิกันหรือเปอร์โตริโกในเขตแมนฮัตตันตอนเหนือเพื่อทราบถึงประสบการณ์ในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มทำให้สมาชิกชุมชนที่มีความรู้จะมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเนื่องจากพวกเขาถูกมองว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุอื่นเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและบริการทางทันตกรรมได้[10]

5.สรุป

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพในช่องปากมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลช่องปากและระดับคราบจุลินทรีย์ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปาก

2.ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพในช่องปากมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและค่าเฉลี่ยระดับคราบจุลินทรีย์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นโดยมีขั้นตอนตั้งแต่การให้คำแนะนำความรู้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้นำสุขภาพในชุมชน คือ อสม. ที่ผ่านการอบรมและคัดเลือกเป็นผู้ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ของตนเอง บันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านและมีการประเมินโดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีทันตสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมที่มุ่งการสอนอย่างเดียว

6.กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ทพญ. สพรั่งศรี สารภาพ หัวหน้างานทันตกรรมโรงพยาบาลนาหม่อมในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและช่วยตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยคือ ดร.ศัจนันท์ แก้ววงศ์ศรี และทพญ. นริสา กลิ่นเขียว ขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขและ อสม. อำเภอนาหม่อมที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลและเจ้าของวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ

7.บรรณานุกรม

1. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) . Older Australia at a glance: 4th edition. Cat. no. AGE 52. Canberra;2018
2. World Oral Health Day 2019 ‘Say Ahh: Act on Mouth Health’ campaign calls for concrete action for good oral health [Internet]. [cited 2019 Sep.10]. Available from: https://www.fdiworlddental.org/news/20181012/world-oral-health-day-2019-
3.สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560.นนทบุรี : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด;2561.
4. โปรแกรม Extreme Platform for Hospital Information (Hos Xp) ของรพ.นาหม่อม ปี 2563) Hos xp รพ.นาหม่อม

5.Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988

6.ขวัญเรือน ชัยนันท์, สุรีย์ จันทรโมลี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ มยุนา ศรีสุภนันต์ .วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5: 91-107

7.ณัฐวุฒิ พูลทอง,สมศักดิ์ อาภาศรีทองกุล,สุพัตรา วัฒนเสน. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านโนนสง่า ตำบลซาง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ. วารสารทันตาภิบาล 2559;2:53-67

8.ธนวัฒน์ มังกรแก้ว.การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน.วารสารราชนครินทร์ 2559; 13 :143-150

9. W.M. Thomson, S.M. Williams, J.M. Broadbent, R. Poulton, and D. Locker. Long-term Dental Visiting Patterns and Adult Oral Health.J Dent Res. 2010; 89(3): 307–311

10. Kum SS, Northridge ME, Metcalf SS. Using focus groups to design systems science models that promote oral health equity. BMC Oral Health [Internet] 2018[cite 2020 Jan 15];18(1):99. Available from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5987593/ doi: 10.1186/s12903-018-0560-0

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์

สุเทพ วรรณา, ส.ม.[1]
กุลจิรา แซมสีม่วง, ส.ม.[1]
ทอรุ่ง เบ้าทองคำ, ภ.บ.[2]
นงลักษณ์ เจริญไพบูลย์ลาภ, พย.บ.[1]
1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ 2. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ 60 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง 30 คน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน เก็บข้อมูลด้วย แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง โปสเตอร์วิธีการรับประทานยา และปฏิทินบันทึกการรับประทานยา ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1.ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2.ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น ควรนำโปรแกรม นี้ไปใช้ในการจัดการปัญหาการรับประทานยาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง, พฤติกรรมการรับประทานยา, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Effect of Caregivers Participation Program in Taking Medication Chronically to Control the Behaviors of Taking Medication Chronically Among Older Adults in Phetchabun Province

Suthep Wanna, M.P.H.[1]

Kunjira Samseemoung, M.P.H.[1]

Thorrung Bouttongcome, B.Pharm.[2]

Nongluck Charoenpiboonlab, B.N.S.[1]

1. Mueang Phetchabun District Public Health Office, 2. Phetchabun Hospital

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of a caregiver participation program in directed chronic disease medication on the medication behavior among older adults in Phetchabun Province. The 60 participants have selected by simple sampling. Thirty participants in the experimental group participated in the caregiver participation program in directed chronic disease medication, while the other 30 participants in the control group received normal care. The instruments used were; a personal information questionnaire, a medication behaviors assessment form, a poster for a program for family participation in directed medication and a “Take Medication” calendar. The duration of the research was 6 weeks. The data was analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results are the mean score of the experimental group after getting a caregiver participation program in directed medication is higher than before getting a caregiver participation program in directed medication with a significant statistical increase at the level 01. The mean score of the medication behavior score from the experimental group that received a caregiver participation program in directed chronic disease

Keywords: caregiver participation program, behaviors of taking medication, among older adults with chronic disease

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่ "สังคมผู้สูงอายุ"(Aging Society) นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา วัยสูงอายุร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โรคเรื้อรังที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นเบาหวาน หัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดเพชรบูรณ์เป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาประชากรในพื้นที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังสูงเป็นอันดับหนึ่งของเขตสุขภาพที่ 2 โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ในปีงบประมาณ 2560 พบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ มีประชากรสูงอายุจำนวน 136,121 คน โดยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 57,531 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 26,042 คน คิดเป็นร้อยละ 61.39 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในจังหวัดเพชรบูรณ์ และในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ มีประชากรสูงอายุจำนวน 29,833 คน มีประชากรสูงอายุป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงจำนวน 11,911 คน และป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 5,665 คน คิดเป็นร้อยละ 58.91 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ซึ่งจัดอยู่ในอันดับที่ 1 ของจังหวัดเพชรบูรณ์[1] นับเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอีกพื้นที่หนึ่งที่ต้องได้รับการดูแล และจัดการปัญหาการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการรักษาโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการแสดงที่พบ ถ้ามีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการรับประทานยาและแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปพร้อม ๆ กัน สถานการณ์การรับประทานยารักษาโรคในกลุ่มผู้สูงอายุปัจจุบัน มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.70 ใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดต่อวัน ร้อยละ 33.30 ใช้ยา 3-4 ชนิดต่อวัน และร้อยละ 23.00 ใช้ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชนิดต่อวัน[2] จำนวนยาที่ใช้มากขึ้นจะสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นในการรับประทานยาปัญหาจากการรับประทานยาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา ปัญหาความคาดเคลื่อนทางยา ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.70 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พฤติกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 มีพฤติกรรมหลงลืมรับประทานยาตามเวลา และมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 40 ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาผิด พร้อมทั้งไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ การไม่อ่านฉลากยา เนื่องจากข้อจำกัดด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาเลนส์ตาขุ่นมัว ความยืดหยุ่นของเลนส์ตาลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการมองเห็นลดลง ไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการไม่อ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง และนำไปสู่การรับประทานยาผิดขนาดร่วมด้วย การหยุดรับประทานยาเอง ผู้สูงอายุร้อยละ 60 จะหยุดยาเองเมื่อรู้สึกว่า มีอาการปกติ และร้อยละ 40 หยุดยาเองเมื่อรู้สึกว่ามีอาการแย่ลง การเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี ได้แก่ การแกะเม็ดยาออกจากแผงยา และการรับประทานยาที่เสื่อมสภาพ มีผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่เคยสังเกตยาเสื่อมสภาพ ร้อยละ 32.40 และ

ร้อยละ 25.00 ไม่สังเกตวันหมดอายุของยาก่อนนำมารับประทาน พฤติกรรมการแสวงหายา ได้แก่ การซื้อยารับประทานเอง การรับประทานยาสมุนไพร การรับประทานอาหารเสริม โดยรับประทานยาควบคู่กับยาที่แพทย์สั่ง ทำให้เกิดการรับประทานยาซ้ำซ้อนกับที่แพทย์สั่งได้ และอาจเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาเกิดขึ้น[3] พฤติกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสมดังกล่าว ส่งผลทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานยาต่าง ๆ ตามมา

จากรายงานการเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เคยมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสม และประสบปัญหาการรับประทานยารักษา ได้แก่ ไม่ได้อ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา เพราะมองไม่เห็นตัวหนังสือบนฉลากยา อ่านหนังสือไม่ออก ทำให้รับประทานยาผิดขนาด ลืมรับประทานยาและหรือหยุดรับประทานยาเนื่องจากเคยรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ทำให้มียาเหลือใช้รับประทานจำนวนมาก และเคยมีอาการหน้ามืดเป็นลม ภายหลังลุกจากที่นอนกะทันหัน จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากรายงานสถิติการกลับมารักษาตัวซ้ำในภายใน 28 วัน พบผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ2.38 และเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.11 ต้องกลับเข้าพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา ปัญหาการรับประทานยาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงต่าง ๆ ตามมามากขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้คงที่ได้ ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และในบางครอบครัวทำให้ผู้ดูแลต้องสละเวลาส่วนตัวหรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ปัญหาการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังของประชากรสูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์[4] จึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งที่ต้องดำเนินการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ ลดอัตราการกลับเข้ารักษาตัวซ้ำเนื่องจากการรับประทานยา พร้อมทั้งช่วยลดอัตราตายจากโรคเรื้อรังของประชากรสูงอายุในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าที่ผ่านมา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับปัญหาการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานยาของผู้สูงอายุและการศึกษาในรูปแบบโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โปรแกรมการจัดการตนเองการจัดการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน[5,6] ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เน้นบทบาทการมีส่วนร่วมในด้านสังคม แต่ยังไม่พบรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่ชัดเจน

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากมีผู้สูงอายุในบางครอบครัวยังมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม และหรือประสบปัญหาการรับประทานยาแล้วไม่กล้าขอความ

ช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากเกรงใจและกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัว ประกอบกับความพร่อง ด้านการได้ยิน ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ที่สนทนาด้วยเกิดความหงุดหงิด น้อยใจ ทำให้มีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพขึ้น กลายเป็นปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุจะรักใคร่กันดี แต่ถ้าขาดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพแล้ว กระบวนการตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองร่วมกันกับผู้ดูแลในครอบครัวก็จะไม่เกิดขึ้น ดังแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern[11] ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน ดังนั้น การจัดการปัญหาการรับประทานยาโดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะครอบครัวเป็นปัจจัยปรับเปลี่ยนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมเกิดขึ้น การจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชน โดยครอบคลุมบทบาททั้ง 5 มิติ (การสร้างเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิก

โดยผู้วิจัยคาดหวังว่า การส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสม ลดอัตราการกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เนื่องจากอาการกำเริบ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต และช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติภายหลังได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นิยามศัพท์การวิจัย

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern[11] เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และฝึกทักษะเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน ซึ่งผู้วิจัยมีการให้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ ตลอดจนการให้ภาพโปสเตอร์วิธีการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ไว้ศึกษาหรือทบทวน และให้ปฏิทินบันทึกการรับประทานยาของผู้สูงอายุไว้บันทึกการรับประทานยาในแต่ละมื้อต่อที่บ้าน และในสัปดาห์ที่ 4 จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพจริงในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ สัปดาห์ที่ 5 เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อสอบถามปัญหาหรือข้อขัดข้องในการรับประทานยา ให้คำปรึกษา และพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา

การกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง หมายถึง การติดตามดูแลด้านการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยาเป็นผู้ทำหน้าที่ในการกำกับติดตามการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการตรวจสอบยา 2. ด้านการรับประทานยา 3. ด้านการเก็บรักษายา และ 4. ด้านการสังเกตและการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ และผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ในเดือน กรกฎาคม 2561 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2562 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) จับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเบาะ เข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสะแก เข้ากลุ่มควบคุม 30 คน

รวมมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion sampling criteria) ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว

1.2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ โดยใช้ ADL Index

1.3 ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้

1.4 สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

2. ผู้ดูแล โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 บุคคลในครอบครัวที่มีอายุระหว่าง 20–59 ปี จำนวน 1 คน ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ แล้วมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน และให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2.2 อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

2.3 ไม่มีปัญหาความจำหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 20 ข้อ เป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติ จำแนกเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1. ด้านการตรวจสอบยา 2. ด้านการรับประทานยา 3. ด้านการเก็บรักษายา และ 4. ด้านการสังเกตและการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยมีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

3 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติทุกครั้งที่รับประทานยาใน 1 วัน

2 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ต่อการรับประทานยาใน 1 วัน

1 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติบางครั้ง ต่อการรับประทานยาใน 1 วัน

0 คะแนน เท่ากับ ไม่เคยปฏิบัติเลย

โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.98 จากนั้น นำไปทดลองใช้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ตามวิธีของครอนบัค (Cronbach) พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern[11] โดยมีภาพและสื่อประกอบโปรแกรมฯ ได้แก่ ภาพโปสเตอร์วิธีการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง และปฏิทินบันทึกการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยให้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองก่อน จนครบ 30 คน จึงจะเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเป็นลำดับต่อไป ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ ติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรม 2 สัปดาห์ และประเมินผล 1 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการรับประทานยาที่ผ่านมา ผู้วิจัยกระตุ้นให้มีการพูดคุยสื่อสารเพิ่มมากขึ้น และให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน) ตามแผนการดำเนินกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 ให้ร่วมกันค้นหาข้อมูลและสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมที่ผ่านมา ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องสาเหตุและผลกระทบของการมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม ตามแผนการดำเนินกิจกรรม พร้อมทั้งกระตุ้นให้มีการตัดสินใจร่วมกันในการเลือกแนวทางการกำกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 3 ให้ผู้สูงอายุบอกเล่าความต้องการการดูแลด้านการรับประทานยา และให้ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยาบอกเล่าความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกำกับดูแลด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง หลักการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ข้อควรระวังในการรับประทานยา และอาการข้างเคียงที่อาจพบภายหลังการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ตามแผนการดำเนินกิจกรรม พร้อมทบทวนหลักการรับประทานยาตามภาพโปสเตอร์วิธีการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง และอธิบายวิธีการลงบันทึกการรับประทานยาในแต่ละมื้อ และบันทึกการเกิดอาการข้างเคียงที่อาจพบหลังจากรับประทานยาในแต่ละวันลงในปฏิทินบันทึกการรับประทานยาของผู้สูงอายุ และแจกภาพโปสเตอร์วิธีการใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง กับปฏิทินบันทึกการรับประทานยาให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา นำไปใช้ประกอบกิจกรรมต่อที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำเพิ่มเติม พูดคุยให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสอบถามปัญหา ให้คำปรึกษา กล่าวคำชมเชย พูดคุย ให้กำลังใจ สัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลก่อนได้รับการดูแลตามปกติ ต่อจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังใน รพ.สต.

สัปดาห์ที่ 2 – 5 ได้รับการดูแลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการดูแลตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุนำมา

วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาทดสอบโดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher exact probability test และ t-test

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยา โดยใช้สถิติ Dependent t-test

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยา โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยภาพรวมไม่มีความแตกต่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 66.60 ปี กลุ่มควบคุม เท่ากับ 67.17 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 8.43 ปี กลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.73 ปี จำนวนยาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบันเฉลี่ย เท่ากับ 2.47 ชนิด ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมเฉลี่ย เท่ากับ 2.30 ชนิด

2. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยภาพรวมไม่มีความแตกต่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 43.07 ปี กลุ่มควบคุม เท่ากับ 38.53 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว กลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับปริญญาตรีสูงสุด กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษาสูงสุด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ต่อเดือน 10,000 – 14,999 บาท จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 – 4 คน ไม่มีโรคประจำตัว ดูแลผู้สูงอายุในฐานะบุตรและหลาน ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย กลุ่มทดลอง เท่ากับ 6.47 ปี กลุ่มควบคุม เท่ากับ 6.37 ปี

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ = 51.33, **SD** = 1.65 สูงกว่าก่อนเริ่มการทดลอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ = 41.87, **SD** = 2.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
n = 30			16.30	29	< .01
ก่อนการทดลอง	41.87	2.84			
หลังการทดลอง	51.33	1.65			

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาสูงขึ้น $\bar{x}$ = 51.33 , **SD** = 1.65 มากกว่ากลุ่มควบคุม $\bar{x}$ = 41.13 , **SD** = 2.66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง			0.13	58	.45
กลุ่มทดลอง	41.87	2.84			
กลุ่มควบคุม	41.77	2.96			
หลังการทดลอง			16.10	58	< .01
กลุ่มทดลอง	51.33	1.65			
กลุ่มควบคุม	41.13	2.66			

อภิปรายผล

ผู้วิจัย อภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง ($\bar{x}$ = 51.33, **SD**=1.65) สูงกว่าก่อนเริ่มการทดลอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 41.87, **SD**=2.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern[11] ซึ่งอธิบายได้ว่าอาจเป็นผลจากแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลดังกล่าว กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 3 ด้านหลักๆ มีความสอดคล้อง ดังนี้ 1) การสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล

ระหว่างผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการรับประทานยา รูปแบบการช่วยเหลือ ความต้องการการดูแล 2) การตัดสินใจ พบว่าในระหว่างการสนทนาปรึกษา พบว่า ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา มีการนำข้อมูลปัญหาการรับประทานยาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้สูงอายุมาทบทวนร่วมกัน จนได้แนวทางการจัดการปัญหาการรับประทานยา อย่างน้อย 2 แนวทาง แล้วมีการตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการปัญหาการรับประทานยาร่วมกัน อันจะนำไปสู่การกระทำร่วมกันเกี่ยวกับด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) การกระทำร่วมกัน เป็นการฝึกทักษะร่วมกันในเรื่องการรับประทานยาให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา ภายใต้บริบทและข้อตกลงร่วมกัน โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เรื่องการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่ถูกต้องเป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน ในสัปดาห์ที่ 1 – 3 ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังมากขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการรับประทานยาและจัดการปัญหาการรับประทานยาร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับกลุ่มทดลองได้รับโปสเตอร์วิธีการรับประทานยา ที่มีรายละเอียดขั้นตอนการรับประทานยา 4 ขั้นตอนหลัก พร้อมกับได้รับปฏิทินการรับประทานยา เพื่อใช้ลงบันทึกและตรวจสอบการรับประทานยาในแต่ละวัน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4-5 เพื่อสอบถามปัญหาหรือข้อขัดข้องในการรับประทานยา ให้คำปรึกษา และพูดคุยให้กำลังใจ จากรูปแบบกิจกรรมและเครื่องมือวิจัยดังกล่าว ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จงจิต บุญอินทร์[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพเท้าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพารัตน์ คงนาวัง[8] ศึกษา เรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน พบว่า ผลเลือดผู้ป่วย (ค่า DTX และค่า HbA_1C) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทานยา สามารถช่วยปรับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมได้

สมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง ($\bar{x}$ =51.33,**SD**=1.65) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$=41.13,**SD**=2.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้ เนื่องจากโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทานยาที่กลุ่มทดลองได้รับครั้งนี้ มีรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทานยาครอบคลุมประเด็นของการดูแลร่วมกัน ที่ได้ประยุกต์จากทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern[11] เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น รวมทั้งให้ภาพโปสเตอร์

วิธีการรับประทานยาไว้ศึกษาหรือทบทวน และให้ปฏิทินการรับประทานยา ไว้บันทึกการรับประทานยาในแต่ละมื้อต่อที่บ้าน และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อสอบถามปัญหาหรือข้อขัดข้องในการรับประทานยา ให้คำปรึกษาและพูดคุยให้กำลังใจ ในสัปดาห์ที่ 4-5 จนสิ้นสุดโปรแกรมฯ ส่วนของกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสะแก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมใช้บริการตรวจรักษาตามนัดเป็นประจำ ซึ่งรูปแบบการดูแลตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตและเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจดูระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และในระหว่างรอตรวจรักษาตามนัด จะมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคเรื้อรังจากบุคลากรสาธารณสุขอธิบายวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องร่วมด้วย ซึ่งผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่พูดคุยอาการกับเจ้าหน้าที่ เพียงลำพังเป็นส่วนใหญ่ จะพบว่ามีสมาชิกในครอบครัวรออยู่พร้อมกับผู้สูงอายุด้วยน้อย เนื่องจากต้องรีบกลับไปทำงาน และเมื่อผู้สูงอายุกลับบ้าน สมาชิกในครอบครัวจะดูแลด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว และคอยช่วยเตือนเวลาในการรับประทานยา ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ที่จะมีรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการรับประทานยาในผู้สูงอายุมีข้อควรระวังเป็นพิเศษและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการรับประทานยาได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ และจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพในการรับประทานยาด้วยตนเองลดลง

การมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยจัดการปัญหาการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิตระกูล[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกันด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ รัชมนภรณ์ เจริญ[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับประทานยาที่ถูกต้อง ร่วมกับศึกษาจากคู่มือโรคเบาหวานและมีบุคคลในครอบครัวมาร่วมกระตุ้นเตือนหรือเตรียมยาไว้ให้ ทำให้พบว่าการรับประทานยารักษาเบาหวานตรงเวลาเพิ่มขึ้น

ด้วยเหตุผลข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern (11) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังนั้น จำเป็น

ต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน นำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมด้านการรับประทานยาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีการวัดผลหลังให้โปรแกรมฯ เพียงครั้งเดียวโดยใช้แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการรับประทานยา แต่ไม่ได้ติดตามผลการรักษาโดยตรงในทางคลินิก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี ผู้อำนวยการสำนักวิจัย สถาบันเทคโนโลยีแห่งอโยธยา ผศ.ดร.อภิชัย คุณีพงษ์ หัวหน้าสำนักงานคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ดร.บสพร อนุสรณ์พานิชกุล เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ พญ.ดวงดาว ศรียากูล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ด้านปฐมภูมิ (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว) และ ดร.ดลรวี สิมคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์(พยาบาลเวชปฏิบัติ) ขอขอบคุณคณะวิทยากร เภสัชกรทอรุ่ง เหมสุวรรณ์ และทีมงานวิจัยทุกท่าน ตลอดรวมถึงคณะเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเบาะ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสะแก ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ปีงบประมาณ 2560 [อินเตอร์เน็ต]. เพชรบูรณ์; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2560]. เข้าถึงได้ จาก:http://203.157.102.184/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
2. จิตชนก ลี้ทวีสุข, พชร เมฆี, พรทิพย์พา ถวี, พิชญ์สินี ญาณะ, พิธาน จินดาวัฒนวงศ์, ลลิต์ภัทร ถิรธันยบูรณ์, . . . ณัฏฐนันท์ รัตนพาณิชย์. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเชียงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะแพทย์ศาสตร์: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2556.
3. วาสนา นัยพัฒน์. ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2553; 3: 2-14.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์. สรุปรายงานประจำปีการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ปีงบประมาณ 2560. เพชรบูรณ์: ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
5. แสงเดือน อภิรัตนวงศ์. การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
6. สรารัตน์ สุขสมสิน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนลำลูกกา จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2551.
7. จงจิต บุญอินทร์. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2552.
8. ทิพารัตน์ คงนาวัง. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
9. ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิจตระกูล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
10. รัชมนภรณ์ เจริญและคณะ. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. Rama Nurse J. May – August 2010. 279 – 292.
11. Sebern, M. Shared Care elder and family member skills used to manage burden. Journal of Advanced Nursing 2005; 52(2): 170-179.

รูปแบบการบริหารจัดการงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ดิลก อ่อนลา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม (ศศ.ม.)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการบริหารจัดการงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารงานและปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ประชากรที่ศึกษา คือ คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย 5 ตำบล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพใช้ tri-angular ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการด้านบุคลากร ควรมีการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ควรมีกาพัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอในการดำเนินงาน เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้เกิดประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการบริหารจัดการ ,การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

The Management Model of the Elderly Long-term Health Care in Mueang District, Phetchabun Province.

Dilok Onla Master of Arts Program in Social Development (M.A.)
Mueang Phetchabun District Public Health Office

Abstract

The study on the management model of the elderly long-term health care in Mueang District, Phetchabun Province designed mix method by collecting both quantitative and qualitative data. The purposed was to study long-term health care administration model for the elderly administrative factors on the operation of long-term health care for dependent elderly in Mueang District, Phetchabun Province. The long-term elderly care committee of 5 sub-districts in Mueang District, Phetchabun Province were selected by simple randomization using unattended draw methods. Tools were created as quantitative questionnaire, structure interview and focus group discussion guideline. The quantitative data was analyzed by descriptive statistics as Percentage, Frequency, Mean, Median, Minimum and Maximum and qualitative data was analyzed by Tri-angular methods. The result found that executive program was needed to develop for empower the operation driving. The curriculum should be developed continuously in accordance with the operators. There should be the operation sufficient supply to create morale and efficacy.

Key words: Management, Long-term health care

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ขนาดสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจำเป็นจะต้องให้ความตระหนักถึงความสำคัญกับการสร้างกระบวนการในระบบสุขภาพของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ และการบริการที่ครอบคลุม เห็นคุณค่าในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการที่ดี ภายใต้การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อให้มีสุขภาพดี มีระบบการสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีเป้าประสงค์อยู่ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ซึ่งชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีศักยภาพสามารถเสริมสร้างสุขภาพ ช่วยลดอาการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมด้านสุขภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพ[1] เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ต้องอาศัยนโยบายต่าง ๆในการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีกระบวนการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)” บุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสุขภาพของแต่ละตำบล ซึ่งถือเป็นแกนนำสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนรูปแบบการบริหารงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว [2] ในกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ร่วมกันดำเนินงานโดยไม่ยกให้เป็นหน้าที่ของส่วนใดส่วนหนึ่ง จึงจะสามารถดำเนินงานไปถึงเป้าหมาย ซึ่งการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเกิดการพัฒนางานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ที่สามารถเชื่อมต่อกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ร่วมกันทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการแบบองค์รวม มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ไม่ทอดทิ้งกัน ปัญหาของแต่ละพื้นที่โดยจะเป็นแนวทางที่นำมาพัฒนารูปแบบการบริหารงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงอย่างต่อเนื่องที่มีการเชื่อมโยงในชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ได้ดำเนินงานตามแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) การประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ 2) การวางแผนดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย 3) การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 4) การประเมินการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 5) การปรับปรุงการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ [3] ซึ่งนโยบายและยุทธศาสตร์ได้กำหนดรูปแบบการบริหารงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดระดับจังหวัด [4] รูปแบบการบริหารงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ด้านของคุณลักษณะส่วนบุคคลถือเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สำเร็จและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญที่ทำให้แต่ละบุคคลมีความเหมาะสมกับลักษณะงานของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเหมาะสมกับงาน ซึ่งคาดว่าน่าจะมีผลสัมฤทธิ์ในทางที่ดีต่อไป ซึ่งด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล มีผู้ทำวิจัย พบว่า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [5] และพบว่า ระดับการศึกษาที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข [6] นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ คือ ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการบริหารการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวให้บรรลุ

วัตถุประสงค์ที่จะช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานได้อย่างราบรื่น โดยมี 7 ด้าน ประกอบด้วย 1)ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านการบริหารจัดการ 4)ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และยังมีปัจจัยทางการบริหารที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จอีก 3 ปัจจัย คือ 5)ด้านเทคโนโลยี 6)ด้านเวลาในการดำเนินงาน 7)ด้านขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน [7] ผลการปฏิบัติงาน (Job performance) เกิดจากความสัมพันธ์ของหน้าที่ 3 ประการ คือ ความสามารถ (Capacity to perform) โอกาสที่จะทำงาน (Opportunity to performance) และความต้องการที่จะปฏิบัติงาน (Willingness to perform) หรือการจูงใจในงานที่ปฏิบัติ (Work motivation) [8] มีผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร การศึกษาวิจัยเรื่องบรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่อำเภอบัวใหญ่จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการจัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่อำเภอบัวใหญ่จังหวัดนครราชสีมา และยังพบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี และด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา [9]การศึกษาการสนับสนุนจากองค์การมีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการศึกษาภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การ พบว่าด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกำลังคน มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [10] ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม และปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ ด้านการบริหารจัดการ ด้านวัสดุสิ่งของ ด้านเครื่องจักร ด้านขวัญกำลังใจ มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น [11] และด้านการบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลชุมชน และด้านขวัญกำลังใจในการทำงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 11 อำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 153 แห่ง จากการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (Contracting Unit for Primary Care หรือ CUP) ประจำปี 2562 ตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ในภาพรวมระดับจังหวัดมีผลการดำเนินงานน้อยกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ มี 17 ตำบล มีการดำเนินงานผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมทุกตำบล คิดเป็นร้อยละ 100 แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนผู้สูงอายุกับประชากร พบว่า อำเภอเมืองเพชรบูรณ์มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 33,587 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ซึ่งมากกว่าทุกอำเภอในจังหวัดเพชรบูรณ์นอกจากนี้แล้ว ประชากรผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสูงกว่าทุกอำเภอในจังหวัดเพชรบูรณ์ หากไม่มีการบริหารจัดการที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ฯลฯ ของผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มอื่น ๆตามมา จากสถานการณ์ดังกล่าว อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ได้มีการดำเนินงานการจัดทำแผนและการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานพบว่า มีการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 27.9 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่

กำหนดไว้ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ด้านการคัดกรองระบบสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL)มีการบันทึกข้อมูลล่าช้าและการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมและการดำเนินงานยังไม่ต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 73.1 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 โดยมีสาเหตุจากการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ควรมีการวางแผนการพัฒนาระบบการให้บริการ ควรเสริมพลังและพัฒนาศักยภาพในทีมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ระดับตำบลมุ่งให้เกิดความยั่งยืน

จากผลการประเมินและข้อเสนอแนะดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง มุ่งเน้นด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ร่วมกับทุกภาคส่วนในระดับตำบลตามบริบทแต่ละพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

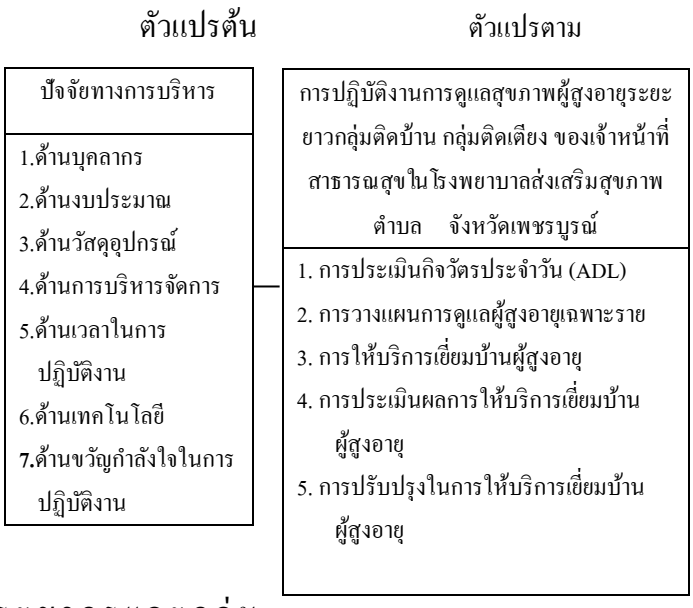
1. เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการจัดการและปัจจัยทางการบริหาร ตามแนวคิดของ ทองหล่อ เดชไทย (2545) และประจักร บัวผัน (2558) ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ตำบล ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้งหมด 30 คน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม 2562 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 19 ศูนย์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์การวิจัยครั้งนี้คือ คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน โดยการเลือกเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออกโดยการใส่ฉลากชื่อศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 19 ศูนย์ สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ใส่ในภาชนะที่มีความทึบแสงแล้วนำมาจับฉลากโดยไม่ใส่คืนกลับให้ได้ตามขนาดของตัวอย่างที่คำนวณไว้ คือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ตำบล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion) ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกจาก

คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ศูนย์ละ 6 คน จำนวน 30 คน แบบเฉพาะเจาะจง ตามตำแหน่งและเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) มีวิธีการสุ่มตัวอย่างดังนี้

สำรวจพื้นที่ดำเนินการ ตำบล Long Term Care ในเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้งหมด 19 ศูนย์

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการใส่ฉลากชื่อศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 19 ศูนย์ สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ใส่ในภาชนะที่มีความทึบแสงแล้วนำมาจับฉลากโดยไม่ใส่คืนกลับให้ได้ตามขนาดของตัวอย่างที่คำนวณไว้ คือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ตำบล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้วิจัยคัดเลือกจากผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้งหมด 30 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศบาลตำบล 5 คน 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน 3) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) 5 คน 4) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 5 คน 6) อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) 5 คน โดยการสนทนากลุ่มจะมีเพียง 1 ครั้ง/ 1 ชั่วโมง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวของกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวม

เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2562 และได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2562 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2563 โดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ในการออกหนังสือขออนุญาตการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ในการเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม พร้อมนำหนังสือจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เข้าพบนายอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงนามในหนังสือขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

แบบสอบถาม (Questionnaire)

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ กรณีตัวแปรแจงนับใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ในกรณีตัวแปรต่อเนื่องและข้อมูลมีการแจกแจงปกติใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และในกรณีแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2) ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจะใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3) ข้อมูลระดับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ทำการวิเคราะห์สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จะใช้ค่าค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางโดยวิธีพรรณนา

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการถอดบทเรียนรูปแบบปัจจัยทางการบริหารที่ศึกษามี 7 ด้าน จะนำมาตรวจสอบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นของการศึกษา ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุระหว่าง 30-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 39.68 ปี (S.D.= 9.30 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 58 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 60.0 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 59.8 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 1.71 ปี (S.D.= 0.46 ปี) และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 70.9 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.8

2.ปัจจัยด้านการบริหารของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ด้านบุคลากร พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีระดับปัจจัยทางการบริหารด้านบุคคล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 คะแนน (S.D.=0.78) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีการวางแผนกำลังคนเพื่อช่วยในการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว มีการสรรหา คัดเลือก บุคคลที่จะดำเนินงานการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 คะแนน (S.D.=0.74) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการเลื่อนตำแหน่งตามผลการประเมินการดำเนินงานตาม

บทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายค่าเฉลี่ย 3.70 คะแนน (S.D.=0.84)

ด้านงบประมาณ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยทางการบริหาร ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 4.26 คะแนน (S.D.=0.69) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ได้ใช้จ่ายงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน เป็นไปตามระเบียบการเบิกจ่ายของทางราชการ ค่าเฉลี่ย 4.20 คะแนน (S.D.=0.71)

ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางการบริหาร ของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 คะแนน (S.D.=0.87) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ตำบลของท่านมีการวางแผนในการจัดหา วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน ให้ตรงกับความต้องการ ค่าเฉลี่ย 3.83 คะแนน (S.D.= 0.95)

ด้านการบริหารจัดการ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 คะแนน (S.D.=0.70) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีกระบวนการตรวจสอบ ควบคุม กำกับการดำเนินงาน โดยมีระบบการประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ 3.83 คะแนน (S.D.= 0.85)

ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75 คะแนน (S.D.=0.59) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากคือ ตำบลของท่านได้มีการวางแผนงานหรือกิจกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างสอดคล้องเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 3.93 คะแนน (S.D.=0.58)

ด้านเทคโนโลยี พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางการบริหาร ของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ด้านเทคโนโลยีอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.40 คะแนน (S.D.= 0.62) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ตำบลของท่านได้มีการสำรวจความต้องการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการดำเนินงานในแต่ละปี ค่าเฉลี่ย 3.50 คะแนน (S.D.=0.63)

ด้านขวัญกำลังใจในการทำงาน พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางการบริหาร ของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ด้านขวัญกำลังใจในการทำงานค่าเฉลี่ย 3.63 คะแนน (S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ บุคลากรใน ตำบลของท่าน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ค่าเฉลี่ย 3.72 คะแนน (S.D.=0.70)

ตารางที่ 1 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์

ตัวแปร	p-value
1. ด้านงบประมาณ	0.043
2. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.005
3. ด้านการบริหารจัดการ	0.038
4. ด้านเทคโนโลยี	0.043
5. ด้านขวัญกำลังใจในการทำงาน	0.034
6. ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน	0.006
ค่าคงที่= p-value <0.05	

ตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์ มีรายละเอียด ดังนี้

1) ปัจจัยด้านงบประมาณ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณ การสนับสนุนงบประมาณ การควบคุมการใช้งบประมาณ การใช้จ่ายงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน เป็นไปตามระเบียบการเบิกจ่ายของทางราชการ

2) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งประกอบด้วย การสำรวจความต้องการใช้วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน การวางแผนในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน ให้ตรงกับความต้องการ การสนับสนุนจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ มาใช้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ การบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ ให้มีอายุการใช้งานได้นาน และมีประสิทธิภาพสูงสุด การวางแผนการจำหน่าย และการหาวัสดุอุปกรณ์มาทดแทนเพื่อให้ทันต่อการใช้งาน

3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนทรัพยากรกับการดำเนินงานอย่างเหมาะสม การจัดโครงสร้างองค์การได้เหมาะสมในดำเนินงาน การคัดเลือกบุคคลในพื้นที่ ที่มีความเหมาะสม เสียสละ ร่วมแรง ร่วมใจ ในการช่วยขับเคลื่อน การดำเนินงานในพื้นที่ คณะทำงานสามารถอำนวยการและร่วมแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ได้จนสำเร็จ กระบวนการตรวจสอบควบคุม กำกับการดำเนินงานโดยมีระบบการประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้

4) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี ซึ่งประกอบด้วย การสำรวจความต้องการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการดำเนินงานในแต่ละปี จัดทำแผนพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอสนับสนุนให้บุคลากรรับการอบรมการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงานอยู่เสมอ ได้ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดำเนินงาน

5) ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย การพิจารณาเลื่อนเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสม ได้รับโอกาสความก้าวหน้าในหน้าที่การงานการมอบหมายให้บุคลากรได้รับงานที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ได้รับการพิจารณาอย่างเป็นธรรมเมื่อมีกรณีร้องทุกข์เกิดขึ้น

6) ปัจจัยด้านเวลาในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนงานหรือกิจกรรมการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างสอดคล้องเหมาะสม จัดลำดับความสำคัญ ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างสอดคล้องเหมาะสม การกำหนดเวลาอย่างเหมาะสมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับสถานการณ์ในพื้นที่ การติดตามการดำเนินงานในด้านความทันเวลาและประสิทธิภาพ ของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การนิเทศ การประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวตามเวลาที่กำหนด

การสนทนากลุ่ม (Focus group)คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มพึ่งพิง ของ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ด้านบุคลากร ด้านกำลังคน กลุ่มผู้บริหาร ประกอบด้วย นายก อปท. ปลัด อปท. ประธานศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ ผอ.รพ.สต. ผู้บริหารในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับตำบล ส่วนใหญ่มีแนวคิดด้านการวางแผนการเพิ่มกำลังคนทั้งในส่วนของ care manager และ care giver เป็นบทบาทหน้าที่ของ ผู้บริหารในระดับอำเภอเป็นผู้กำหนดและวางแผนการเพิ่มกำลังคนด้านการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีบางแห่ง มี

แนวคิดว่าการเพิ่มกำลังคนเป็นบทบาทหน้าที่ของ care managerใน รพ.สต. เป็นผู้กำหนด กลุ่มผู้ปฏิบัติประกอบด้วย care manager และ care giver อสม. ผลการวิจัยพบว่าจำนวน care manager ที่ผ่านการอบรมส่วนใหญ่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. แต่ในภาพรวมมีสัดส่วนเพียงพอในการดูแล care giver แต่เนื่องจาก care manager ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีภาระงานมากเนื่องจากรับผิดชอบงานหลายภารกิจจึงทำให้มีบางพื้นที่เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน ด้าน care giver ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่ต้องดูแลมีสัดส่วนไม่เกินกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า care giver มีไม่ครบทุกหมู่บ้านทำให้มีปัญหาเรื่องการเดินทางและเวลาในการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง โดยมีสาเหตุเนื่องมาจาก ภาระงานและส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกรทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง และมีบางส่วน ไปทำงานต่างพื้นที่ นอกจากนี้แล้วการจัดการอบรมผู้จัดการอบรมมีการจัดการอบรม ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งผู้ที่สนใจจะเข้ารับการอบรม care giver มีเวลาว่างไม่ตรงกับที่ผู้จัดการอบรมและมีบางท่านที่สนใจเข้ารับการอบรมแต่ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้จนครบหลักสูตร 10 วัน ในส่วนศูนย์ฟื้นฟูผู้พิการและผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการมีจำนวนจิตอาสาที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ด้านการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลุ่มผู้บริหารยังไม่เข้าใจถึงกระบวนการบริหารด้านดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มผู้ปฏิบัติประกอบด้วย care manager มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง แต่พบว่า care manager ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงใน อปท. มีความรู้ความเข้าใจโปรแกรมระบบการดูแลผู้สูงกลุ่มพึ่งพิงและระเบียบการเบิกจ่ายเงินไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้บางพื้นที่เกิดปัญหาการสื่อสารความเข้าใจในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านหลักสูตรการอบรม care manager และ care giver พบว่า หลักสูตรการอบรมเป็นหลักสูตรต่อเนื่องติดต่อกัน 10 วัน โดยเฉพาะหลักสูตร care manager ต้องเดินทางไปอบรมต่างจังหวัด บางพื้นที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุไม่สามารถไปอบรมได้ จึงส่งตัวแทนไปอบรม ผู้ที่เข้ารับการอบรม care manager ไม่ได้กลับมาปฏิบัติงานทำให้ผู้รับผิดชอบงานไม่เข้าใจกระบวนการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้าน care giver ส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะในการประเมิน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อย ส่วนใหญ่การประเมินจะเป็นบทบาทของ care manager ใน รพ.สต. นอกจากนี้แล้ว ความรู้เรื่องเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่ต้องดูแลตามบทบาทของ care manager ก็ยังมีความรู้และทักษะน้อย เมื่อพิจารณาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุของ care giver พบว่ามีความมุ่งมั่นตั้งใจในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงนอกจากนี้แล้วยังมีการบริจาคเงินส่วนตัวในการซื้อของเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่รับผิดชอบ ด้านการบูรณาการเยี่ยมบ้าน care giver ส่วนใหญ่การเยี่ยมบ้าน ยังCare Plan ไปใช้ในการเยี่ยมบ้านค่อนข้างน้อย ในด้านด้านการนิเทศติดตามมีการนิเทศติดตามทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความคิดเห็นว่า

การนิเทศติดตามมีความสำคัญมากในการพัฒนางานการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มพึ่งพิง

ด้านงบประมาณ ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ งบประมาณที่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีการใช้งบประมาณ ในการเบิกจ่ายเป็นค่าตองแทน care giver แต่การบริหารงบประมาณยังขาดประสิทธิภาพ ทำให้มีเงินงบประมาณเหลือค้างในศูนย์ทั้งนี้เนื่องจากไม่เข้าใจระเบียบการเบิกจ่าย และการเบิกจ่ายงบประมาณต้องใช้เอกสารมากประกอบกับขั้นตอนการเบิกจ่ายงบมีหลายขั้นตอน ประกอบกับ care giver ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเก็บหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ด้านวัสดุอุปกรณ์ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินการ พบว่าขาดเงินซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง โดยเฉพาะเครื่องวัดความดันโลหิตสูง ปรอทวัดไข้ อุปกรณ์ทำแผล เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้ประมวลผลข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่เปิดให้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่มีการให้บริการในศูนย์ที่มีกิจกรรม การดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีการให้บริการด้านการส่งเสริมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ วัสดุ ปกรณ์ ตู้อบสมุนไพร ในการฟื้นฟูผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และรถรับส่งผู้สูงอายุมาที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุด้านการบริหารจัดการ การบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวยังขาดการบริหารจัดการด้านการวางแผนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจึงทำให้การบูรณาการและการบริหารจัดการด้านงบประมาณ ได้แก่ การเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้ care giver เงินงบประมาณในการดำเนินการผ่านหน่วยงาน และกองต่าง ๆใน อปท. ประกอบกับการสื่อสารในการดำเนินการขาดประสิทธิภาพจึงเกิดความเข้าใจไม่ตรงกันทั้งในส่วนของ อปท.และ ระหว่าง อปท.กับ รพ.สต.ข้อเสนอแนะปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง อำเภอเมืองเพชรบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ ปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ มีแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ดังนี้

ด้านบุคลากร ควรให้ทุก อปท.และ รพ.สต. มี care manager ที่ รับผิดชอบด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงโดยตรง ผู้บริหารท้องถิ่นและผอ.รพ.สต.ต้องผ่านหลักสูตร care manager ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารนอกจากนี้แล้ว อปท.ควรมีทีมในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามภารกิจอย่างน้อย 3-5 คน และควรสนับสนุนให้มี care giver ครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้านพร้อมกับพัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงโดยมีหลักสูตร ดังนี้

1. พัฒนาหลักสูตร ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหาร

2. พัฒนาหลักสูตร care giver ให้เหมาะกับการเรียนรู้และบริบทพื้นที่

3. พัฒนาหลักสูตร คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

4. มีการนิเทศติดตามจากทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ด้านการบริหารจัดการ

1.ควรมีกระบวนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง อย่างมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างบูรณาการในการดำเนินงานผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในชุมชน

2. การบริหารจัดการข้อมูลการดูแลผู้สูง ควรมีศูนย์ในการรวบรวมข้อมูลด้านสารสนเทศและผู้รับผิดชอบประจำของท้องถิ่น

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูล

4. มีการส่งเสริมให้คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ด้านงบประมาณ

1. จัดทำแนวทางระเบียบปฏิบัติการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มพึ่งพิงระยะยาวมีงบ พม. ท้องถิ่น สปสช. โดยมีการบูรณาการงบร่วมกัน ควรจัดสรรงบประมาณมีพัฒนาศักยภาพคนในท้องถิ่น มารับงานด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยตรง

ด้านวัสดุอุปกรณ์

1. ควรมีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ ในการจัดทำศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุ

2. อปท.ควรจัดหาวัสดุอุปกรณ์อาทิเช่น กระเป๋าเยี่ยมบ้านให้เป็นมาตรฐานเดี่ยวกันในระดับอำเภอ

3. ควรมีการสนับสนุนรถเยี่ยมบ้านให้กับ

ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน

Care manager กับ Care giver ควรมีการจัดทำ Care plan ร่วมกัน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตรงตาม Care plan ตามเวลาที่กำหนดได้อย่างเหมาะสม

ด้านเทคโนโลยีและวัสดุอุปกรณ์

การพัฒนาการเยี่ยมบ้านโดยใช้โปรแกรม ช่องทางไลน์ โปรแกรมลงข้อมูล สปสช. ปัญหาการเข้ารหัส ของ สปสช ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูล โดยทำเป็นศูนย์ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุใน อปท.

ด้านขวัญและกำลังใจในการทำงาน

1. มีการจัดทำระเบียบการเบิกจ่ายให้การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงให้กับ Care manager

2. ควรมีการ เสริมพลังให้กับ Care giver ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงโดยการการปรับค่าตอบแทน CGให้ถูกต้องตามระเบียบการ และการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มพึ่งพิง

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผล

คุณลักษณะของคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39 ปี การศึกษา ระดับปริญญาตรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและผ่านการอบรมเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และมีปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ คือ ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการบริหารการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่จะช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานได้อย่างราบรื่น โดยมี 7 ด้าน ประกอบด้วย 1)ด้านบุคลากร 2)ด้านงบประมาณ 3)ด้านการบริหารจัดการ 4)ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และยังมีปัจจัยทางการบริหารที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จอีก 3 ปัจจัย คือ 5)ด้านเทคโนโลยี 6)ด้านเวลาในการดำเนินงาน 7)ด้านขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน มีผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร การศึกษาวิจัยเรื่องบรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการจัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่อำเภอบัวใหญ่จังหวัดนครราชสีมา และยังพบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี และด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการ

จัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่อำเภอบัวใหญ่จังหวัดนครราชสีมา การศึกษา การสนับสนุนจากองค์การมีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการศึกษาภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การ พบว่าด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกำลังคน มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม และปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ ด้านการบริหารจัดการ ด้านวัสดุสิ่งของ ด้านเครื่องจักร ด้านขวัญกำลังใจ มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น และด้านบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลชุมชน และด้านขวัญกำลังใจในการทำงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ care giver เพื่อพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ที่เหมาะสม

2. ควรศึกษาสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. ควรมีการสร้างนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ สำหรับการสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ท่านนายอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในการวิจัย ขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.กุลรัตน์ บริรักษ์วาณิชย์ หัวหน้าศูนย์วิจัยโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ในการให้คำปรึกษาแนะนำการวิจัย ขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอหนองไผ่ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการทดสอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11. กรุงเทพฯ 2555 – 2559;
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การจัดบริการระบบสุขภาพ.กรุงเทพฯ:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2558;
3. จันทิมา บันลือฤทธิ์, ปรียากมล ข่าน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2558; 110-123.
4. วสันต์ บุญหล้า, ประจักร บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานนักบริหารสาธารณสุขในเทศบาล เขต 12. วารสารวิจัย มข 2554; 16(6): 693-705.

5. อุเทน จิณโรจน์, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยในการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ของแก่น 2557; 21(1): 63-74.

6. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:สามเจริญพาณิชย์; 2549.

7. ประจักร บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.

8. Blumberg M, Pringle, C.D. The missing opportunity in organizational research: Some implications for a theory of work performance. Academy of Management Review, (1982);7(4), 560-569

9. กาญจนา พิทักษ์วาณิชย์, ประจักร บัวผัน. บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. ฉบับบัณฑิตศึกษา 2559; 16(1): 90-103.

10. สุมาลี ลารังสิต, ประจักร บัวผัน. การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2557; 14(3): 67-80.

11. ละไม ศิริรัมย์, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี.ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น. ใน:การประชุมวิชาการ เสนอผลงานระดับ บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ; 2557. หน้า 625-635

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 ยินดีรับบบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับ โรคติดต่อ โรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่าง ๆ กำหนดเผยแพร่ทุกรอบ 4 เดือน คือ มกราคม- เมษายน, พฤษภาคม- สิงหาคม และ กันยายน-ธันวาคม งานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 จะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น

กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอ่านให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสม ก่อนลงตีพิมพ์ ซึ่งข้อความต่างๆ ที่ผู้เขียนบทความนำเสนอ ถือเป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป ผู้ที่มีความประสงค์ส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเตรียมผลงานต้นฉบับให้ได้มาตรฐาน ตามข้อกำหนดของประเภทบทความ ดังคำแนะนำต่อไปนี้

1. จัดพิมพ์ออกเผย แพร่ ปี ละ 3 ฉบับ

ฉบับ ที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์ สัปดาห์แรก ของ เดือน พ.ค.

ฉบับ ที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์ สัปดาห์แรก ของ เดือน ก.ย.

ฉบับ ที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตี พิมพ์สมบูรณ์ ตีพิมพ์ สมบูรณ์สัปดาห์ แรกของ เดือน ม.ค.

2. กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์ ฉบับ ที่ 1 ภายใน เดือน ม.ค. ฉบับ ที่ 2 ภายใน เดือน พ.ค.ฉบับที่ 3 ภายในเดือน ก.ย.

1.บทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 3 ประเภท

นิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรม เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์

รายงานการสอบสวนโรค รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงานผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรม เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์

บทความฟื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัยไม่เกิน 10 ปี ความยาวไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

การเตรียมบทความ ให้เจ้าของผลงานพิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16 ใน Microsoft Word 97-2003 ขึ้นไป ใส่กระดาษหน้าเดียวลงบนกระดาษขนาด A4 พิมพ์เนื้อหาแบบสองแถว (2Column)มีเลขกำกับหน้าที่มุมขวาบนทุกหน้า ตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2 เซ็นติเมตร จำนวนหน้าโดยรวมทั้งหมด ไม่เกิน 14 หน้าตามคำแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

ชื่อเรื่อง อ่านเข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 18

ชื่อผู้นิพนธ์และที่อยู่ผู้นิพนธ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนชื่อ นามสกุล ตัวย่อ

วุฒิการศึกษาสูงสุด พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16

บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

Abstract วิธีการเขียนไวยากรณ์

https://bit.ly/2lT7Hx1

บทความนี้ใช้ภาษาอังกฤษ ถูกต้องตามไวยากรณ์ ผู้ส่งบทความสามารถเริ่มต้นการเขียนบทความโดยให้ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ/ความสำคัญและความเป็นมา Background information ใช้ present simple tense/present perfect tense) วัตถุประสงค์ วัสดุ กลุ่มตัวอย่าง Objectives ใช้ present simple tense/past simple tense วิธีการศึกษา Methodology ใช้ past simple tense ผลการศึกษา Results past simple tense/present simple tense และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ Conclusions (อย่างย่อ) present simple tense/tentative verbs/modal ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทความ ห้ามใส่รูปหรือตารางในส่วนของบทคัดย่อนี้บทความนี้

คำสำคัญ ควรเป็นคำที่สื่อถึงงานวิจัย เพื่อให้ผู้ที่สนใจในบทความสามารถสืบค้น ผลงานวิจัย 3-5 คำ คั่นด้วยจุลภาค (,) เช่น รูปแบบบทความ, ขนาดตัวอักษร, รูปแบบตัวอักษร

บทนำ อธิบายถึงถึงที่มาของปัญหา ทฤษฎีและกรอบแนวคิด การย่อหน้าข้อความทั่วไป เว้นจากเส้นขอบหน้า 1.50 ซ.ม. ในส่วนนี้แบ่งบทความเป็น 2 คอลัม

วัสดุและวิธีการศึกษา อธิบายถึงวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตารางและแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งรูป

Postcard สี/ขาว-ดำ 3*5 นิ้ว บันทึกรูป

นามสกุล .JPEG

วิจารณ์/อภิปรายผล (ถ้ามี) ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด เหมือนหรือ

แตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาใน

บทสรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) ข้อจำกัดในการศึกษาและข้อเสนอแนะที่นำผลการไปใช้ประโยชน์หรือสำหรับวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะหลังบทสรุป ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ(ถ้ามี) เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงานหรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1)สำหรับบทความที่ตีพิมพ์กองบรรณาธิการกำหนดให้ผู้เขียนรวบรวมเอกสารอ้างอิงเฉพาะรายการเอกสารที่ถูกอ้างไว้ในส่วนเนื้อเรื่องเท่านั้น ภายใต้หัวข้อ“เอกสารอ้างอิง” สำหรับบทความภาษาไทย และ “References” สำหรับบทความภาษาอังกฤษ หลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิงกำหนดให้ผู้เขียนใช้แบบ The Vancouver style 2008 ขึ้นไป <u>และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง</u>

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ index medicushttp://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียน เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

คำสำคัญ เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ ที่เกี่ยวข้องกับงานของท่านเพื่อเพิ่มคุณค่าทางวิชาการการอ้างถึง (Citation)

3. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทนำ

การย่อหน้าข้อความทั่วไป เว้นจากเส้นขอบหน้า 1.50 ซ.ม. ในส่วนนี้แบ่งบทความเป็น 2 คอลัมอธิบายความสำคัญของปัญหา ผลการวิจัยจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปมาบ้างแล้ว วัตถุประสงค์ สมมติฐาน(ถ้ามี) และขอบเขตการวิจัย จำนวนไม่เกิน 14 หน้า

2.วิธีการ

ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

3. ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล

อธิบายข้อค้นพบ แปลผลจากการวิเคราะห์ มุ่งเน้นตามวัตถุประสงค์ อาจมีตาราง ภาพประกอบตามความจำเป็น ไม่เกิน 4-6 ตารางหรือภาพ รูปภาพทั้งหมดควรมองเห็นชัดเจนเมื่อบทความถูกพิมพ์ด้วยเครื่องพิมพ์ขาวดำ

1.1 ภาษาให้ใช้ภาษาไทย อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้เฉพาะที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรม ฯ โดยใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะที่ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

1.2 ตัวเลข กรณีการเขียนค่าสถิติร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1-2 ตำแหน่ง

1.3 การพิมพ์หัวข้อ

พิมพ์หัวข้อใหญ่ที่นี่

พิมพ์หัวข้อรองที่นี่ โดยมีเลขกำกับหัวข้อหรือไม่ก็ได้

หัวข้อย่อย ในกรณีที่หัวข้อรองมีเลขกำกับหัวข้อ หัวข้อย่อยให้เริ่มหัวข้อหรือเลขกำกับหัวข้อที่อักษร

ตัวแรกของหัวข้อรอง ดังนี้ (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

1.✓✓.....

1.1✓✓.....

1.1.1✓✓.....

1.4 ตารางและรูปภาพ ให้พิมพ์รวมในเนื้อหาบทความ และให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินความจำเป็น ระบุหมายเลขกำกับ มีชื่อตารางและชื่อรูปภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาให้ตรวจสอบได้สะดวก

1.4.1 รูปภาพ

จะต้องวางไว้ตำแหน่งกลางคอลัมน์ หรือในกรณีจำเป็นจริงๆเพื่อรักษารายละเอียดในภาพอาจยอมให้มีความกว้างได้เต็มหน้ากระดาษ ตัวอักษรทั้งหมดในรูปภาพ จะต้องมีขนาด 16 จุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอ่านได้สะดวก โดยรูปภาพทุกรูปจะต้องมีหมายเลขแสดงลำดับและคำบรรยายได้ภาพ หมายเลขและคำบรรยายรวมกันแล้วควรจะมีความยาวไม่เกิน 2 บรรทัด ควรจะเว้นบรรทัด 1 บรรทัด เหนือขอบของรูปภาพและใต้คำอธิบายภาพ ตัวอย่างการจัดวางรูปดังแสดงในรูปที่ 1

ภาพที่ 1 นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นเข้าร่วมการประชุมวิชาการ

หมายเหตุ: ใส่หมายหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

กรณีชื่อภาพมีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด อักษรตัวแรกในบรรทัดต่อๆ ไปให้วางตรงกับอักษรตัวแรกของชื่อภาพส่วนของการแสดงภาพให้เว้นบรรทัด 1.5 จากข้อความส่วนบนและส่วนล่าง

1.4.2 การเขียนสมการ

สมการทุกสมการต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ และเรียงลำดับที่ถูกต้อง ตำแหน่งของหมายเลขสมการต้องอยู่ชิดขอบด้านขวาของคอลัมน์ ดังตัวอย่างนี้

$$a+b=c \qquad (1)$$

MERGEFORMAT เริ่มเขียนคำอธิบายตั้งแต่บรรทัดนี้

3.3 การจัดทำตาราง

ตารางควรมีจำนวนไม่เกิน4-5ตาราง ทุกตารางจะต้องมีหมายเลข และคำบรรยายกำกับเหนือตาราง และคำอธิบายเพิ่มเติมให้เขียนเป็น footnote ใต้ตาราง เช่น

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุ: ใส่หมายหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

โดยปกติให้ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 pt โดยพิมพ์ตัวหนาสำหรับหัวเรื่องและหมายเลขของตาราง และตัวพิมพ์ธรรมดาสำหรับคำอธิบายตาราง ถ้ามีข้อมูลฟุตโน๊ตด้านล่างของตารางให้ใช้ตัวหนังสือเป็นแบบเดียวกันหากแต่ขนาดตัวอักษรเป็น 16 pt

ในกรณีที่จำนวนข้อมูลในตารางมีปริมาณน้อย ตารางควรมีขนาดความกว้างไม่เกิน 7 ซม. ตารางขนาดใหญ่อาจยอมให้มีความกว้างได้ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ

หากเกิน1หน้ากระดาษ ให้ พิมพ์ตารางที่ 1(ต่อ)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หมายเหตุ: ใส่หมายหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

ใส่ตารางทั้งหมดไว้หลังหัวข้อรูปภาพ โดยทุกตารางที่ใส่ไว้ท้ายบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างในเนื้อหาบทความทุกตาราง

4.วิจารณ์

เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานหรือไม่ สอดคล้องกับทฤษฎี หรืองานวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการ

5.สรุป

เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาการวิจัย สรุปผลให้ตรงประเด็นตามคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

6.กิตติกรรมประกาศ

เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัย ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

7.บทสรุป

ผู้เขียนบทความกรุณาตรวจบทความอย่างรอบคอบ ก่อนส่งให้กรรมการพิจารณา จะทำให้บทความของท่านมีคุณภาพสูงและผ่านการพิจารณาได้ง่ายขึ้น

8.กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความร่วมมือรักษาระเบียบการเขียนบทความอย่างเคร่งครัด

*** การพิสูจน์อักษร เจ้าของผลงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง

9. รูปแบบการเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

9.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

เอกสารอ้างอิงต้องมีภาษาอังกฤษ(reference) ประกอบ ใช้ระบบThe Vancouver style 2008 ขึ้นไป โปรดอ้างอิงวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลกฉบับก่อนๆในเนื้อหาที่ท่านทำวิจัยอยู่ จักขอบคุณยิ่งเพราะช่วยให้วารสารเป็นที่รู้จักเป็นประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขไทย และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก[1] หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความและควรเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น

9.2 เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้เรียงตามลำดับโดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า *"et al."* (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

<u>1.การอ้างอิงจากวารสาร</u>

หมายเลข.✓ชื่อผู้แต่ง (Author).✓ ชื่อบทความ (Title of the article).✓ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year);✓เล่มที่ของวารสาร (Volume):✓หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1.1 บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.วิทยา สวัสดิภูมิพงษ์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-26.

2.Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, Children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644

1.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

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

2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และ แนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ ทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538; 24: 190-204.

1.3 บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

4. Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research CouncilCognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. N Engl J Med2009; 360: 2302-9.

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

2.1 การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

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

2.1.1 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

1. รังสรรค์ ปัญญาธัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบ ประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

2.1.2 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

2.Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.1.3 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

3. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

หมายเลข.✓ชื่อผู้นิพนธ์.✓ชื่อเรื่องใน.✓ใน:✓ชื่อบรรณาธิการ,✓บรรณาธิการ.✓ชื่อหนังสือ.✓ครั้งที่พิมพ์.✓ เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์;✓ ปีที่พิมพ์.✓หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตู้จินดา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2550. หน้า 424-7.

2. Phillpps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM,editors.

Hypertension: pathophysio- logy, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. pp. 465-78.

3. รายงานการประชุม/สัมมนา

หมายเลข.✓ชื่อบรรณาธิการ,✓ บรรณาธิการ.✓ชื่อเรื่อง.✓ชื่อการประชุม;✓ วัน เดือน ปีประชุม;✓สถานที่จัดประชุม.✓เมืองที่พิมพ์:✓ สำนักพิมพ์;✓ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2551; ณ โรงแรมโบ๊เบ๊ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2551.
2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th Interna- tional congerss of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier;1996.

3.1 บทความในการประชุมสัมมนา (Conference paper)

หมายเลข.✓ชื่อผู้รายงาน.✓ ชื่อบทความ.✓ ใน: ชื่อบรรณาธิการ,✓ บรรณาธิการ.✓ ชื่อการประชุม;ครั้งที่ประชุม.✓วันเดือนปีหรือปีเดือนวัน พร้อมรายละเอียดอื่นๆ (ถ้ามี); สถานที่ประชุม:✓ผู้รับผิดชอบในการพิมพ์; ปีที่พิมพ์.✓หน้า.

1. พิทักษ์ พุทธวรชัย, กิตติ บุญเลิศนิรันดร์, ทนงศักดิ์ มณีวรรณ, พองาม เดชคำรณ, นภา ขันสุภา. การใช้เอทธีฟอน กระตุ้นการสุกของพริก. ใน: เอกสารการประชุมสัมมนาทางวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 15 สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล; 2541. หน้า 142-9.
2. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for enetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors.Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp.182-91.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

หมายเลข.✓ชื่อผู้นิพนธ์.✓ชื่อเรื่อง.✓เมืองที่พิมพ์: ✓หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน;✓ปีที่พิมพ์.✓เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัp การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การ อนามัยโลก; 2540.
2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections;1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

5.วิทยานิพนธ์

หมายเลข.✓ชื่อผู้นิพนธ์.✓ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา).✓ภาควิชา คณะ.✓เมือง: มหาวิทยาลัย;✓ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.
2. Kaplan SJ. Post-hospital hone health care: the elderly's access and utillzation (dissertation). St. Louis (MO): Washing- ton Univ.; 1995.

6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

หมายเลข.✓ชื่อผู้เขียน.✓ชื่อเรื่อง.✓ชื่อหนังสือพิมพ์ วัน เดือนปีที่พิมพ์;✓ส่วนที่ :✓ เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ ๓๐ สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).
2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 adminissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect.A:3 (col.5).

6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).
2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์ ; 2538 . หน้า 555.
2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

7. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ Web based / online Databases

หมายเลข.✓ชื่อผู้แต่ง (Author).✓ชื่อบทความ (Title of the article) ✓ [ประเภทของสื่อ].✓ปีพิมพ์✓ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. ✓เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://…….

1.Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick Interpretation/dp/3540777717 #reader_3540777717

2.จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf

7.1. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rore Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: http://rarediseases.org/

7.2 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

หมายเลข.✓ชื่อผู้แต่ง (Author).✓ชื่อบทความ (Title of the article).✓ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ✓ [ประเภทของสื่อ].✓ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];✓ปีที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.✓เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://……

1. 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

2. วันดี สันติวุฒิเมธี. การแพทย์พาณิชย์ อาชญากรที่มองไม่เห็น. สารคดี [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2556];188-9 เข้าถึงได้จาก: http://www.sarakadee.com/ feature/2000/10/doctor.htm

4. การจัดส่งบทความต้นฉบับ

1.ส่งบทความต้นฉบับ 1 ฉบับ ที่เว็ปไซต์ https://www.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs

2) เรื่องที่รับไว้ บรรณาธิการจะแจ้งตอบรับเบื้องต้น ให้เจ้าของผลงานทราบ

3. ขั้นตอนการส่งบทความ http://bit.ly/2uvkSYQ

4) บรรณาธิการจะจัดส่งบทความกลับคืนเจ้าของผลงานกรณีที่มีการแก้ไข

5) การรับบทความลงตีพิมพ์จะอยู่ในดุลพินิจของกองบรรณาธิการ โดยผลงานที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง เป็นหนังสือราชการ และเมื่อตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับจริง 1 ฉบับหรือเท่าจำนวนผู้เขียนบทความโดยจะส่งให้ผู้เขียนคนแรก ในทางตรงกันข้ามหากผลงานพิจารณาแล้วไม่รับลงตีพิมพ์ จะแจ้งให้ทราบทางe-mail